

EVALUERING AF SATSPULJEN FOREBYGGENDE INDSATSER FOR OVERVÆGTIGE BØRN OG UNGE

KOMMUNALE MODELPROJEKTER



15:43

NETE KROGSGAARD NISS
IDA SCHEEL RASMUSSEN

15:43

EVALUERING AF SATSPULJEN
FOREBYGGENDE INDSATSER
FOR OVERVÆGTIGE BØRN OG
UNGE

KOMMUNALE MODELPROJEKTER

NETE KROGSGAARD NISS
IDA SCHEEL RASMUSSEN

KØBENHAVN 2015
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

EVALUERING AF SATSPULJEN FOREBYGGENDE INDSATSER FOR OVERVÆGTIGE
BØRN OG UNGE.KOMMUNALE MODELPROJEKTER.

Afdelingsleder: Mette Deding

Afdelingen for skole og uddannelse

Undersøgelsens følgegruppe:

Christoffer Scavenius Sonne-Schmidt, SFI

Cecilie Dohlman Weatherall, Kraks Byggeforskningsfond

Søren Ravn, Julemærkefonden, formand for

Susanne Hede, Fagligt selskab for Sundhedsplejersker

Mette Rasmussen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Observatører i følgegruppen:

Annette Poulsen, Sundhedsstyrelsen

Tatjana Hejgaard, Sundhedsstyrelsen

ISSN: 1396-1810

e-ISBN: 978-87-7119-345-9

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Colourbox

© 2015 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Hertuf 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.

INDHOLD

	FORORD	7
	SAMMENFATNING	9
1	BAGGRUND OG FORMÅL	15
	Satspuljeprojektet	15
	Baggrund for undersøgelsen	17
	Rapportens opbygning	17
2	METODE	19
	Evalueringsdesign	19
	Datagrundlag	19
	Analyser og effektmål	21
3	SAMLET ANALYSE	25

	Målgruppe	25
	Indsats og aktiviteter	26
	Projektstyring og bemanding	28
	Rekruttering	29
	Fastholdelse	34
	Opfølgning	38
	Forældreinddragelse	40
	Resultater i forhold til centrale effektmål	44
	Fordeling på kommuner	49
	Oplevet udbytte	51
4	EKSEMPLER PÅ GOD PRAKSIS	53
	Rekruttering	54
	Fastholdelse	54
	Opfølgning	55
	Forældreinddragelse	55
5	INDSATSBEKRIVELSER OG RESULTATER I MODELKOMMUNERNE	59
	Holbæk: Så letter vi	60
	Langeland: Sundhedsgruppen	64
	Randers: Nu rykker vi!	67
	Solrød: Mod Målet	75
	Svendborg: Sunde Unge – Svendborg	82
	Tønder: Godt for mig	88
	Vallensbæk: Feel the power	96
	Vejen: Sund Ung	105
	Vesthimmerland: Så letter vi!	113
	BILAG	121
	Bilag 1 Udmøntning af satspuljen	121
	Bilag 2 Aldersstandardiserede BMI-kurver for piger	127
	Bilag 3 Anvendte standardiserede instrumenter	129

LITTERATUR	133
SFI-RAPPORTER SIDEN 2014	135

FORORD

Overvægt hos børn er et stigende problem. Det har sundhedsmæssige konsekvenser, idet der er stor risiko for, at de unge også vil være overvægtige som voksne med en række livsstilsproblematikker til følge.

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. Midlerne er udmøntet til 9 modelprojekter i forskellige kommuner. Denne rapport beskriver resultaterne af evalueringen af de ni projekter.

Evalueringsdelen har haft en følgegruppe og Sundhedsstyrelsens projektleder Annette Poulsen og projektmedarbejder Tatjana Hejgaard har været observatører i følgegruppen. Følgegruppen takkes for værdifulde input og kommentarer til evalueringen. Christina Schnohr, adjunkt på Institut for Folkesundhedsvidenskab, har været referee på rapporten. Christina takkes for mange gode og konkrete input til rapporten. Og endelig skal der lyde en stor tak til de kommunale projektledere, som løbende har givet relevant information om deres projekter, herunder fyldige beskrivelser af praksis, styrker og udfordringer.

Rapporten er skrevet af seniorkonsulent Nete Krogsgaard Niss og studentermedhjælper Ida Scheel Rasmussen. Derudover har videnskabelig assistent Tina Termansen ydet et stort bidrag til evalueringspro-

jektet frem til midtvejsrapporten. Forsker Christoffer Sonne-Schmidt har bistået med løbende støtte, herunder til det statistiske arbejde.

Evalueringen er finansieret af satspuljen ”Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge” og er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen.

København, december 2015

AGI CSONKA

SAMMENFATNING

BAGGRUND FOR PROJEKTET

Overvægt hos børn er et stigende problem. Det har sundhedsmæssige konsekvenser, idet der er stor risiko for, at de unge også vil være overvægtige som voksne med en række livsstilsproblematikker til følge. Det er ligeledes et socialt problem, idet unge med overvægt ofte har problemer med den psykosociale og fysiske trivsel og fx oftere end andre børn føler sig ensomme.

Satspuljen om forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge, som vi evaluerer i denne rapport, består af konkrete indsatser i ni kommunale projekter. De ni kommuner er Holbæk, Langeland, Randers, Solrød, Svendborg, Tønder, Vallensbæk, Vejen og Vesthimmerland. Satspuljen er målrettet børn og unge på 12-15 år, som er overvægtige eller har en uhensigtsmæssig vægtudvikling. Indsatserne bygger på lignende projekters erfaringer og indeholder derfor alle et element af forældreinddragelse og opfølgning samt et fokus, som går på tværs af fysisk og psykisk sundhed – det vil sige, at der arbejdes aktivt med de unges trivsel og selvværd. Der er i evalueringsrapporten et særligt fokus på disse elementer.

INDSATSERNES OPBYGNING OG ERFARINGER

I dette afsnit beskriver vi kort, hvordan indsatserne typisk er opbygget, og derefter beskrives projekternes erfaringer og praksis med rekruttering, fastholdelse, forældredeltagelse og opfølgning.

Kommunerne tilbyder typisk de unge at deltage i et gruppeforløb sammen med andre unge med lignende udfordringer. To af kommunerne har på et tidspunkt i stedet tilbudt individuelle forløb. Forløbet kan vare alt fra tre måneder til ét år og består typisk af forskellige aktiviteter, der vedrører trivsel, sund kost og motion. Det kan fx være, at holdet mødes en gang om ugen, hvor man spiser et sundt mellemmåltid, får en snak i gruppen om, hvordan det går og derefter laver en fysisk aktivitet sammen. Nogle projekter deler det mere op og tager fx motionsdelen som et separat ”spor” i indsatsen. Ofte tager holdet ud til lokale idrætsforeninger for at prøve forskellige muligheder af.

En overordnet erfaring er, at projekter, der lykkes med at have fokus på det positive og tilbyder sjove aktiviteter, har de bedste muligheder for rekruttering, fastholdelse og resultater. Herved undgår man, at projektet ses som stigmatiserende, men at det i stedet opleves som et attraktivt tilbud.

REKRUTTERING

Rekruttering beskrives i alle projekter som en udfordring, der er tidskrævende. Den væsentligste rekruttering sker gennem sundhedsplejerskerne, som ser de unge til de ordinære sundhedssamtaler i skolen, hvor de også bliver målt og vejret. Hvis den unge er i målgruppen for indsatsen, får man en snak om det, og den unge får tilbuddet om at deltage og får fx en folder med hjem.

Alle projekterne supplerer denne rekruttering med en re ”bred” rekrutteringsstrategi. De har fx været i de lokale medier, og de informerer typisk også om projektet på skolernes forældre- og elevintra. Derudover holder nogle projekter åbne møder for alle interesserede, og nogle er rundt i alle klasser for at informere.

Erfaringen fra projekterne er, at det er lettest at rekruttere unge, der har hørt om projektet, før de fik det tilbudt af sundhedsplejersken. Blandt andet derfor er det en god idé at have en bred rekrutteringsstrategi.

FASTHOLDELSE

Det kan være tidskrævende at fastholde deltagere, og alle projekter har fx indført påmindelses-sms'er til alle deltagere før hver mødegang. Ved fravær uden afbud ringes forældrene typisk op. Projekterne laver også typisk en mødeplan til køleskabet for at skabe struktur og klarhed over, hvad projektet indebærer, og hvornår de unge skal møde.

Derudover arbejdes der med gruppens sammenhængskraft, som har afgørende indflydelse på fastholdelsen. Hvis de unge først begynder at falde fra på et hold, så er erfaringen, at der følger flere med. Det er særligt de små hold, der er sårbare.

Unge, som i forvejen har svært ved det sociale, fx fordi de er generte eller mangler sociale kompetencer, er sværest at fastholde.

OPFØLGNING

Alle projekter har et element af opfølgning. Det er dog meget forskelligt, hvordan de tilrettelægger opfølgningen. Nogle projekter har flere opfølgningssange på holdet, andre har individuel opfølgning, og andre igen har en mere uformel opfølgningsdel. I alle projekter får deltagerne at vide, at de er velkomne til at henvende sig til deres skolesundhedsplejerske, hvis de har behov for hjælp eller støtte, efter at forløbet er afsluttet.

FORÆLDREINDDRAGELSE

Alle projekter har et element af forældreinddragelse. Som regel deltager forældrene i en indskrivningssamtale. Det kan tjene det formål at vise, at forældrene bakker op om deres barn, og at snakke om, hvordan familien sammen kan få bedre vaner. Derudover deltager forældrene mellem 2 og 9 gange i løbet af projektet, ofte sluttende med en udskrivningssamtale, hvor familien taler om, hvordan den kan fortsætte de sundere vaner efter projektet. Der er desuden syv af de ni projekter, som involverer mindst én aktivitet, hvor forældre og børn laver mad sammen, og mange projekter har også særlige foredrag for forældrene.

Projektlederne beskriver forældrenes rolle som afgørende for projekterne. Alle er enige om, at forældredeltagelsen har styrket projekterne, og at det er meget svært (måske endda umuligt) for de unge at lægge deres livsstil om uden konkret opbakning fra forældrene. Samtidig beskriver projektlederne manglende opbakning fra forældrene som en typisk barriere, der kan gøre rekruttering og fastholdelse betydeligt sværere. Det handler både om, at nogle forældre ikke synes, at børnene har

et problem, og om at kommunen ikke skal ”blande sig”. Men det kan også være en praktisk barriere, idet forældrene ikke kan eller vil bruge den tid, som projektet kræver af dem.

RESULTATER

Et samlet overblik over resultaterne på de enkelte parametre er anført i tabel 0.1. Det ses af tabellen, at der er en positiv udvikling for de unge på alle parametre fra starten til slutningen af forløbene. Især i forhold til selvværd og selvoplevet sundhed er der en markant fremgang med en stigning på henholdsvis 1,9 point på selvværdsskalaen og 1,4 point på skalaen for selvoplevet sundhed fra start til slut. Der er ligeledes statistisk signifikante ændringer på livskvalitet, selvopfattet handleevne og BMI-point fra overvægtsgrænsen. BMI-point fra overvægtsgrænsen er et mål for børnenes (over)vægt. BMI-overvægtsgrænsen er 25 for voksne, men for børn er grænsen lavere og varierer med køn og alder. Tallet ’BMI-point fra overvægtsgrænsen’ viser, hvor langt de unge ligger fra denne grænse på måletidspunkterne. De unge rykker sig altså i løbet af projektet, så de både får det bedre og taber sig.

TABEL 0.1

Før- og eftermålinger på udvalgte parametre. Score.

	Før	Efter	Ændring før-efter	Opfølgning	Ændring før opfølgning
Livskvalitet	15,8	16,3	0,5 *	17,6	1,1 ***
Selvværd	16,6	18,5	1,9 ***	-	-
Selvopfattet handleevne	28,1	28,8	0,7 **	-	-
SDQ-problem	12,4	12,0	-0,4	10,7	-1,3 ***
SDQ prosocial	7,6	7,7	0,1	7,9	0,3
BMI fra overvægtsgrænse	4,5	4,0	-0,5 ***	3,5	-0,4 **
Selvoplevet sundhed	4,8	6,2	1,4 ***	6,7	1,4 ***

Anm.: Gennemsnitstal for alle kommuner. ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1

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

Ved de opfølgende målinger fortsætter den positive udvikling, hvilket er interessant at se. Her er der ligeledes statistisk signifikans på de ovenstående parametre samt på SDQ-problemskalaen, som er et mål for de unges adfærd. En hypotese kunne have været, at de unge ville opleve et tilbagefald efter deres forløb, når der ikke længere var den opmærksomhed og støtte omkring dem, som forløbet giver. Dette er naturligvis også tilfældet for nogle unge, men gennemsnitligt er den positive udvikling altså

fastholdt eller forstærket. Resultaterne tyder på, at projekterne er lykkedes med at etablere blivende ændringer.

Resultaterne peger samlet set på, at satspuljeprojektets fokus på psykosociale forhold, forældredeltagelse og opfølgning har virket. Selv om ændringerne i projektet ikke er store, så er de signifikante, og de fastholdes, efter at forløbet er slut.

Projektets fokus på at styrke de unges trivsel synes således at have betydning for de positive resultater, da det kræver et vist mentalt overskud at fastholde nye vaner. Her er forældredeltagelsen vigtig i forhold til fastholdelsen af resultaterne, idet deltagerne kun har forældrene at støtte sig til efter endt projektdeltagelse. Ved opfølgningen er deltagerne dog ikke overladt til sig selv, men bliver holdt øje med løbende i tiden efter. Dette har sandsynligvis også betydning for, at de nye vaner fastholdes.

DATAKILDER

Følgende kilder er anvendt i evalueringen:

- Projektbeskrivelser indsendt fra de kommunale projektledere
- Praksisportræt, som består af kvalitative, skriftlige besvarelser fra de kommunale projektledere på en række spørgsmål om projektet
- Spørgeskemadata fra deltagende unge – ved opstart og afslutning af projektet samt ved opfølgning
- Spørgeskemadata fra sundhedsplejersker, inkl. højde- og vægtmålinger ved opstart og afslutning af projektet samt ved opfølgning
- Data om registrerede ikke-deltagere, dvs. unge, som har fået tilbudt at være med i projektet, men som har sagt nej tak.

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. Midlerne er udmøntet til 9 modelprojekter i forskellige kommuner. Denne rapport beskriver resultaterne af evalueringen af satspuljeprojektet, der har omfattet disse ni kommuner: Holbæk, Langeland, Randers, Solrød, Svendborg, Tønder, Vallensbæk, Vejen og Vesthimmerland.

SATSPULJEPROJEKTET

De ni kommunale modelprojekter er rettet mod børn og unge på 12-15 år, dvs. i 6.-9. klasse. I rapporten omtales de for læsevenligheds skyld som 'unge'. Projekterne har 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 derimod om brede indsatser med det formål 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 gruppeforløb og varer 3-12 måneder med en efterfølgende opfølgning.

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

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 de tidligt opstartede projekter.

Sideløbende med dette satspuljeprojekt om modelprojekter i udvalgte kommuner gennemføres et satspuljeprojekt på Julemærkehjemmene, kaldet ”Øget udbytte”. I ”Øget udbytte” samarbejder Julemærkehjem og kommuner vest for Storebælt om at styrke sammenhængen mellem ophold på Julemærkehjemmene og de kommunale indsatser. Det sker blandt andet ved gensidig information, øget kendskab til hinandens tilbud og sikring af, at der er en kommunal kontaktperson tilknyttet alle børn og unge, der har været eller skal på Julemærkehjem. Projekt ”Øget udbytte” har desuden fokus på øget forældresamarbejde. De to satspuljeprojekter spiller sammen på den måde, at kommunerne ved, hvilke børn og unge der er optaget på Julemærkehjem, og derfor kan involvere dem i modelprojekterne før eller efter opholdet. Fokus på forældresamarbejde går desuden på tværs af de to satspuljeprojekter og understøtter hinanden ved at sætte betydningen af dette meget højt, både i forhold til forældre og professionelle.

BAGGRUND FOR UNDERSØGELSEN

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

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

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

Det er afgørende, at fokus på forandring ikke rettes mod barnets vægtudvikling alene. I denne evaluering anlægger vi derfor et bredere perspektiv på barnets sundhed og udvikling, hvor barnets sundhed indeholder både fysiske og psykosociale parametre.

RAPPORTENS OPBYGNING

Rapporten er bygget op omkring fire gennemgående parametre, som har haft stor betydning i satspuljeprojektet. De er:

- Rekruttering
- Fastholdelse
- Opfølgning
- Forældreinddragelse

Rekruttering og fastholdelse er med som gennemgående parametre i rapporten, fordi de har været en central opgave og udfordring for alle projekterne. Opfølgning og forældreinddragelse er med, fordi de, som

beskrevet, er afgørende fællestræk for projekterne. Fokus på psykosociale forhold er et gennemgående tema, som fylder meget i beskrivelserne af indsatserne og i resultaterne. Forældreinddragelse er til dels også et tværgående tema, da det påvirker rekruttering og fastholdelse samt indgår i beskrivelserne af indsatsen.

Denne indledning efterfølges i kapitel 2 af et metodeafsnit, hvor vi beskriver det overordnede evalueringsdesign, datagrundlaget og de anvendte effektmål.

Dernæst følger i kapitel 3 en samlet analyse af praksis, erfaringer og resultater på tværs af kommunerne, og der fremhæves derefter i kapitel 4 nogle eksempler på god praksis.

Til sidst beskriver og analyserer vi hvert modelprojekt for sig i kapitel 5. Heri beskriver vi projektet og hver enkelt kommunes specifikke erfaringer og analyserer hovedresultaterne i forhold til de unges livskvalitet, selvværd, selvopfattet handleevne og styrker, vanskeligheder, vægtudvikling og sundhed.

METODE

EVALUERINGSDESIGN

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

DATAGRUNDLAG

Følgende kilder er anvendt i denne evaluering:

- Projektbeskrivelser, indsendt fra de kommunale projektledere
- Praksisportræt, som består af kvalitative, skriftlige besvarelser af de kommunale projektledere på en række spørgsmål om projektet
- Spørgeskemadata fra deltagende unge – ved opstart og afslutning af projektet samt ved opfølgning

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

Projektbeskrivelserne fra de kommunale projekter er tilsendt fra de respektive projektledere. De er kendetegnet ved at være meget forskellige, idet der ikke har været en fast skabelon for dem. I nogle projekter har vi brugt den oprindelige projektbeskrivelse fra ansøgningen om satspuljemidler, i andre har vi brugt en ny og revideret version. I mange tilfælde har vi fået supplerende kilder vedrørende det enkelte projekt, fx en folder fra projektet.

Praksisportrættet er et spørgeskema til projektlederne, hvor de bliver bedt om at beskrive deres projekt. I skemaet er der særligt fokus på rekruttering, fastholdelse, forældredeltagelse og opfølgning. Det består primært af åbne spørgsmål, fx ”Hvad oplever du har virket bedst ift. rekruttering? Beskriv” eller ”Hvilke årsager oplever I, at der er til, at nogle børn er svære at fastholde? Er der nogle typer af børn, der er sværere at fastholde end andre? Beskriv hvilke og hvorfor?”. Her har projektlederne haft mulighed for at beskrive deres projekts styrker og udfordringer udførligt og med egne ord. Samtidig er der indsat enkelte lukkede spørgsmål med henblik på at kunne sammenligne projekterne på tværs.

Praksisportrætskemaet blev sendt ud den 26. marts 2015 og er blevet udfyldt af projektlederne i løbet af månederne efter.

Indsatsbeskrivelserne i denne rapport bygger dels på projektbeskrivelsen og dels på praksisportrætbesvarelsen. Alle indsatsbeskrivelser er blevet gennemlæst af de lokale projektledere med henblik på at rette eventuelle misforståelser og uddybe enkelte forhold.

Spørgeskemaer til de unge udfyldes elektronisk ved projektets opstart og afslutning samt ved opfølgningen, som ligger et stykke tid efter forløbets afslutning¹. 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 290 unge², som har gennemført projektet og har udfyldt både start- og slutskemaet. Nogle projekter var startet op,

1. Typisk mellem tre måneder og et år efter projektafslutningen, men det varierer fra projekt til projekt.

2. Spørgsmålet om selvoplevet sundhed er dog kun besvaret af 288 unge.

inden spørgeskemaerne lå klar, og der foreligger derfor ikke startskemaer for unge på de første hold i de pågældende kommuner. For analyser af opfølgningmålingerne er medtaget alle unge, som har udfyldt både start- og opfølgningsskemaet, hvilket gælder i alt 147 unge.

Udfyldelsen af spørgeskemaet er typisk sket i forbindelse med et møde eller en samtale med sundhedsplejersken, som dermed har sikret sig, at de fleste unge har besvaret skemaet. Der er dog enkelte, der ikke har udfyldt enten start- eller slutskemaet.

Enkelte unge er ikke blevet registreret rigtigt, så deres før- og efterdata kan ikke kobles sammen. Det er typisk, hvis cpr-nummeret ikke er indtastet korrekt. Det har betydet problemer med datakvaliteten.

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 var startet op, inden spørgeskemaerne lå klar, har man alligevel noteret højde og vægt inden projektet og indsendt oplysningerne. Derfor er der lidt flere unge med start- og slutdata på dette parameter, nemlig 380. For analyser af opfølgningmålingerne er medtaget alle unge, som vi har både start- og opfølgningmålinger på, hvilket gælder i alt 180 unge.

Vanskelighederne med datakvaliteten, som er beskrevet vedrørende de unges skemaer, gælder også for sundhedsplejerskernes skemaer.

Alle spørgeskemadata er trukket fra systemet den 1. september 2015.

Registrering af ikke-deltagere er foregået på den måde, at sundhedsplejerskerne har noteret de unge, der har sagt nej tak, herunder enkelte forhold om kontakten med familien og årsagen til, at de ikke ønsker at deltage i projektet. Det er dog ikke gjort helt systematisk. I nogle projekter rekrutterer man i høj grad på fællesmøder og taler derfor ikke med den enkelte unge. I andre projekter har man ikke fået registreret alle de unge. Derfor kan listerne ikke bruges til at sige noget om andelen, der siger ja og nej. Listerne kan til gengæld anvendes til at sige noget om de typiske årsager til ikke at deltage i projekterne.

ANALYSER OG EFFEKTMÅL

Der er lavet før- og eftermålinger med henblik på at se, om der er sket en udvikling med de unge. Der er foretaget en t-test på alle analyser for at

undersøge, om udviklingen i gennemsnitstallene er statistisk signifikant. Statistisk signifikans er et mål for, om forskelle i gennemsnit kan anses for rimeligt sikre og dermed ikke en tilfældighed. Hvis der er angivet, at der er en statistisk signifikant udvikling, betyder det, at der er mindre end 10 pct. sandsynlighed for, at forskellen skyldes et tilfælde. I tabellerne er angivet signifikansniveau, dvs. man kan se i tabellerne, om sandsynligheden er endnu mindre.

Jo færre respondenter der er i en undersøgelse, desto sværere er det at påvise en statistisk signifikant udvikling. Derfor vil man ikke kunne forvente en statistisk signifikant udvikling i de enkelte modelprojekter.

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 (Bech, 2004). Den består af fem spørgsmål, der handler om, hvordan den unge har følt sig tilpas i de seneste to uger. Spørgsmålene besvares af den unge.

SELVVÆRD

Selv værd måles med skalaen Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965), som er en skala for selvværd, der bruges i mange lande. Den består af ti spørgsmål, som besvares på en firepunktsskala af den unge selv. Fem af spørgsmålene er negativt formuleret, og fem er positivt formuleret.

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 egne evner til at lykkes i specifikke situationer. Den selvopfattede handleevne kan spille en stor rolle for, hvordan man håndterer mål, opgaver og udfordringer. Hvis ikke en person 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/hun besidder de evner, der skal til (Bandura, 1997). 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 gennem-

føre en ny livsstil. Selvopfattet handleevne måles med The General Self-efficacy Scale (Schwarzer & Jerusalem, 1995), som består af ti spørgsmål med fire svarkategorier og besvares af den unge selv.

STYRKER OG VANSKELIGHEDER

Styrker og vanskeligheder måles med SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) (Goodman, Meltzer & Bailey, 1998), som er et skema med 25 spørgsmål om børn og unges adfærd, som er delt ind i fem underskalaer: emotionelle symptomer, adfærdsproblemer, hyperaktivitet, kammeratskabsproblemer og prosocial adfærd. Spørgsmålene besvares af den unge selv.

VÆGTUDVIKLING I BMI

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

De unges vægtudvikling vurderes ud fra deres Body Mass Index (BMI). BMI er et praktisk, objektivi målt til at vurdere graden af overvægt og beregnes ud fra vægt og højde.

For voksne er der faste grænser for overvægt, idet et BMI 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 denne rapport har vi anvendt de grænseværdier for overvægt, som anbefales af Sundhedsstyrelsen til børn og unge i skolealderen, kaldet ISO-BMI-kurver (Sundhedsstyrelsen, 2014).

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 for overvægt ved før- og efter-målingen. Alle unge i denne undersøgelse har et BMI over grænsen for overvægt, så effektmålet viser, om deltagerne kommer tættere på normalvægtsområdet for deres alder og køn.

For at eksemplificere viser bilag 2 aldersstandardiserede BMI-kurver for piger, hvor grænseværdierne for overvægt (IOTF-25) og svær

overvægt (IOTF-30) er tegnet ind. I bilaget er der sat kryds for en pige på 13½ år med et BMI på 27,5. Efter et halvt år, hvor hun er blevet 14 år, er BMI stadig 27,5. Afstanden mellem pigens BMI og grænseværdien for overvægt er ved før-målingen 4,6, mens den er 4,2 ved efter-målingen. Hun er dermed kommet 0,4 BMI-point tættere på at være normalvægtig.

I rapporten bruger vi ”BMI-point fra overvægtsgrænsen” som betegnelse for den afstand, der er fra de unges BMI til den køns- og aldersstandardiserede grænseværdi for overvægt.

SELVOPFATTET SUNDHED

Selvopfattet sundhed måles ved, at den unge bliver bedt om at vurdere sin 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. Metoden med stigen er inspireret af Hadley Cantril’s Self-Anchoring Striving Scale (1965).

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 dårligst. 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

I dette kapitel beskriver vi først projekterne i forhold til målgruppe, indsats og aktiviteter samt projektstyring og bemanning. Der er fokus på ligheder og forskelle mellem projekterne, og formålet er at give læseren et overblik over det samlede satspuljeprojekt.

Derefter er projekternes praksis og erfaringer analyseret på tværs. I denne analyse er der fokus på de fire områder:

- Rekruttering
- Fastholdelse
- Opfølgning
- Forældreinddragelse

Til sidst i kapitlet analyseres satspuljeprojektets overordnede resultater på baggrund af før- og eftermålingen af en række effektmål.

MÅLGRUPPE

Målgruppen for alle projekter er unge i 6.-9. klasse, som er 12-15 år gamle. Det er lidt forskelligt, hvordan projekterne præcist definerer målgruppen. Det vil sige, om deltagerne udvælges på baggrund af BMI, udvikling

i BMI eller motivation, men i de fleste tilfælde er en blanding af de tre faktorer i praksis afgørende. Som regel måler og vejer sundhedsplejersken de unge og tilbyder derefter projektet til de unge, som ligger inden for målgruppen. De unge vil, efter deres forløb, i princippet være tilknyttet projektet til de fylder 18 år i forhold til opfølgning (som beskrives fra side 38).

INDSATS OG AKTIVITETER

I tabel 3.1 fremgår en række karakteristika ved hvert projekt, herunder varighed, intensitet og indsatsens indhold.

Af tabellen ses det, at alle ni projekter består af gruppeforløb for de unge, og i syv af projekterne kombineres dette med individuelle samtaler. I Langeland Kommune er man gået over til kun at tilbyde individuelle forløb, mens Holbæk, som startede med individuelle forløb, er gået over til at tilbyde gruppeforløb i stedet; begge dele på grund af erfaringerne fra første halvdel af projektet.

Projekternes varighed varierer meget: fra tre måneder til et helt år. På samme måde er der stor forskel i intensiteten: I Vesthimmerland mødes de fx to gange om ugen over tre måneder, mens de på Langeland mødes en gang om måneden over et år.

TABEL 3.1

Karakteristika ved modelkommunernes indsatser.

Kommune	Type	Varighed ¹	Intensitet	Indhold		
				Socialt fokus	Motion	Kost/madlavning
Holbæk	Individuel/gruppe ²	1 år i det individuelle forløb	1 gang pr. måned i det individuelle forløb	X	X	X
Langeland	Gruppe/individuel ³	1 år	1 gang pr. måned	X	X	X
Randers	Gruppe + 7 individuelle samtaler	10 mdr.	1 gang om ugen i starten, derefter gradvist mindre	X	X	X
Solrød	Gruppe	3 mdr.	1 gang om ugen	X	X	X
Svendborg	Gruppe + 3 individuelle samtaler	6 mdr.	1 gang om ugen	X	X	X
Tønder	Gruppe	4 mdr.	Hver anden uge	X	X	X
Vallensbæk	Gruppe + 3 individuelle samtaler	6 mdr.	3 gange om måneden	X	X	X
Vejen	Gruppe + 2 individuelle samtaler	8 mdr.	Hver anden uge i starten, senere en gang om måneden	X	X	X
Vesthimmerland	Gruppe + 1 individuel samtale	3 mdr.	2 gange om ugen	X	X	X

1. Opfølgingsperiode er ikke medregnet.
2. I starten af projektperioden var det et individuelt forløb, midtvejs i projektperioden ændrede man det til et gruppeforløb.
3. I starten af projektperioden var det et kombineret gruppe- og individuelt forløb, midtvejs i projektperioden ændrede man det til et rent individuelt forløb.

Kilde: Indsendte projektbeskrivelser og praksisportræts spørgeskemaer fra kommunerne.

INDHOLD

Indholdet er til gengæld mere ens, hvilket afspejler kravene fra satspuljen. I alle indsatser er der et socialt element, hvilket vil sige, at projekterne arbejder med deltagerens selvværd med fokus på sociale relationer mv. Rationalet bag er, at de unges situation handler om andet og mere end overvægt, og at det er svært at tilegne sig og opretholde nye gode vaner, hvis man grundlæggende har det svært med sig selv. I alle indsatser er der også et element, der handler om motion. På de fleste forløb laver holdet forskellige idrætsaktiviteter sammen. Der er også altid et fokus på kost. På mange hold laver de unge mad, eller de får et sundt mellemmåltid i

forbindelse med mødet for at få inspiration til, hvad man kan spise. På nogle projekter er der desuden foredrag om kost og events med kokke.

Generelt er projekterne meget orienteret mod at ændre ved børnenes (og familiernes) vaner og dermed skabe blivende ændringer. De arbejder fx med det mentale aspekt, motivation, selvværd osv. De unge skal have både lyst og overskud til at ændre på deres situation, hvis vægttabet skal kunne vare ved. Forældreinddragelsen er en vigtig del, da forældrenes forståelse for situationen og opbakning til nye vaner er afgørende for, om det kan lykkes de unge at fastholde vanerne. Derudover arbejder en del af projekterne meget eksplicit med fastholdelse af gode vaner mod slutningen af forløbet, fx ved at lave handleplaner/kontrakter med familierne, eller ved at hjælpe dem helt konkret med at blive tilmeldt en idrætsaktivitet, efter at forløbet slutter.

Det er forskelligt, hvor meget forældrene er involveret i de forskellige aktiviteter, hvilket gennemgås i afsnittet om forældreinddragelse fra side 40.

PROJEKTSTYRING OG BEMANDING

Alle projekterne er forankret i sundhedsplejen og er bemanded af sundhedsplejersker som de primære medarbejdere. Fx er sundhedsplejerskerne typisk ansvarlige for at lede og være gennemgående personer på holdene. De fleste projekter har en række andre medarbejdere eller samarbejder med andre afdelinger. Typiske kompetencepersoner kan være kokke/madkundskabslærere/ernæringsfaglige personer, som er ansvarlige for forskellige madlavningsaktiviteter. Andre typiske fagligheder er fysioterapeuter, ungdomsskolelærere eller idrætsinstruktører, som er ansvarlige for motionsaktiviteter i projekterne.

En del af projekterne foregår i samarbejde med en række aktører i eller uden for kommunen, herunder fx:

- Ungdomsskole
- Børne- og skoleforvaltning
- Praktiserende læger
- Idrætsforeninger
- Tandplejen

Nogle projekter har haft et særligt opmærksomhedspunkt om, *hvor mange* personer der deltager i projektet. Det gælder fx Vallensbæk, som har et lille fast team af tre medarbejdere. Det betyder, at deltagere og medarbejdere kommer til at kende hinanden godt, og at de kan få en nær og tryk relation til hinanden. I Svendborg har man reduceret antallet af tilknyttede medarbejdere undervejs i projektet for at fremme sammenhængen mellem de forskellige dele af projektet. I Randers er næsten alle skolesundhedsplejersker med i projektet, hvilket betyder, at skolesundhedsplejersken allerede har kendskab og relation til den unge og dermed har lettere ved at følge op.

REKRUTTERING

I forbindelse med praksisportrættet har rekruttering været et vigtigt tema. Blandt andet har vi spurgt, hvordan projekterne har rekrutteret, hvad der har været særligt udfordrende, og hvad man oplever, har virket bedst. I dette afsnit sammenlignes praksis på tværs af projekterne, og nogle fælles udfordringer og læringspunkter trækkes frem. Vi beskriver først projekternes praksis, derefter deres erfaringer i forhold til stigmatisering, kendskab til tilbuddet, særlige grupper og forældrenes betydning. Til sidst analyseres de registrerede årsager til ikke at ønske at deltage i projektet.

PRAKSIS

For at få et overblik over deres rekrutteringspraksis har vi spurgt, hvilke kanaler projekterne bruger til at rekruttere. Svarene ses i tabel 3.2. Her fremgår det, at alle anvender sundhedsplejerskekonsultationerne. Konsultationer ved sundhedsplejersken er den primære rekrutteringsform, idet eleverne i forvejen bliver målt og vejlet, hvilket giver anledning til en snak om vægt og et tilbud om deltagelse i projektet, hvis eleverne er i målgruppen. Alle projekter har også haft en folder liggende på strategiske steder til udlevering til mulige deltagere. Alle projekter har desuden sikret sig plads i lokale medier, hvilket har hjulpet i rekrutteringen. Næsten alle har også sat kryds i ”andet”, hvilket primært dækker over opslag på elev- og forældreintra. To af rekrutteringsmetoderne er kun blevet brugt af få projekter: To projekter har været på rundtur i klasserne for enten at fortælle om projektet eller rekruttere i forbindelse med generel snak om

sundhed. Tre af projekterne har afholdt møder, hvor interesserede kunne komme og høre om projektet, fx åbne, uforpligtende informationsaftner.

TABEL 3.2

Projektledernes besvarelser af, hvilke kanaler de har brugt til at rekruttere.

	Alm. konsultation ved sundhedsplejersken	Kommer rundt i klasserne	Møder for en gruppe børn/forældre	Foldere	Medier	Andet
Holbæk	X			X	X	X
Langeland	X			X	X	X
Randers	X		X	X	X	X
Solrød	X	X		X	X	X
Svendborg	X			X	X	X
Tønder	X		X	X	X	X
Vallensbæk	X	X		X	X	X
Vejen	X		X	X	X	
Vesthimmerland	X			X	X	X

Kilde: Praksisportræt-spørgeskema til projektlederne

VURDERING AF UDFORDRINGEN

Som det ses af figur 3.1, oplever de fleste, at det har været svært at rekruttere børn til projektet. Kun en enkelt kommune, nemlig Vallensbæk, har angivet, at det var 'let'. I mange af projekterne (også i Vallensbæk) beskriver projektlederne rekrutteringsopgaven som meget tidskrævende, hvilket for nogle har været overraskende.

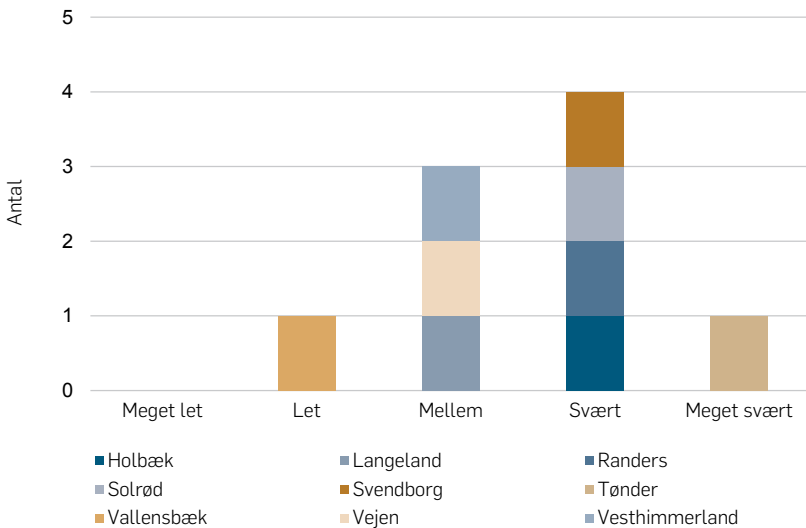
En af de største udfordringer i forhold til rekruttering, som nævnes af næsten alle projektledere, er de unges frygt for stigmatisering. De har ikke lyst til, at deres kammerater ser dem som overvægtige, og de vil derfor helst have så lidt fokus på deres vægt som muligt. Det illustreres i nedenstående citat.

Mange tænker over, hvad kammeraterne vil tænke, og nogle har sikret sig, at ingen i klassen behøver at få at vide, at de er med.

(Projektleder)

FIGUR 3.1

Projektledernes svar på spørgsmålet, hvordan de har oplevet at rekruttere børn til projektet. Antal inden for hver kategori.



Kilde: Praksisportræt-spørgeskema til projektlederne.

KENDSKAB TIL TILBUDET

Det er meget forskelligt, hvilke specifikke tiltag projektlederne vurderer, har virket bedst i forhold til rekruttering. Mange fortæller, at det virker bedst, når deltagerne har hørt om projektet, *før* de bliver spurgt, om de vil deltage. Det kan være på forældreintra eller ved at den unge har en kammerat, der har deltaget tidligere. Åbne informationsmøder har været en vigtig kanal i Vejen Kommune. På disse måder kan de unge og forældrene selv tage stilling til projektet, inden de bliver opfordret til at deltage, og de kan dermed ofte være mere motiverede til at deltage. En bred rekrutteringsstrategi ser derfor ud til at være mest effektiv, ligesom rekrutteringen bliver nemmere, jo længere tid projektet har kørt og kendskabet er øget.

SÆRLIGE GRUPPER

Næsten alle projektlederne fortæller, at det er nemmest at rekruttere blandt de yngste elever, dvs. i 6. og 7. klasse, mens det er sværere blandt de ældste. Det forklares med to forhold. For det første er de ældste ele-

ver blevet mere selvbevidste og føler sig mere udsat for kammeraternes syn på overvægt. For det andet er de yngre elever mere tilbøjelige til at gøre, hvad deres forældre siger/opfordrer dem til, mens de ældre elever i højere grad bestemmer selv.

Der er også flere projektledere, der fortæller, at det har været nemmere at rekruttere piger end drenge, hvorfor de har sørget for at have en mandlig ansat på projektet.

FORÆLDRENES BETYDNING

Forældrenes reaktioner på projektet har også betydning for rekrutteringen, ikke mindst fordi de også skal deltage i det. Flere projektledere beskriver forældrenes påvirkning som meget forskellig. Nogle forældre støtter op og er en stor hjælp til at motivere og få de unge med i projektet. Andre forældre er en decideret barriere for rekrutteringen, fordi de ikke selv har tid, eller fordi de ikke selv synes, at deres barn har et problem, som sundhedsplejersken skal involveres i. En projektleder forklarer:

Vi har oplevet adskillige gange, at forældre er blevet overraskede - og nogle også stødt/vrede - over at få en henvendelse vedrørende deres barns overvægt. Flere forældre ser simpelthen ikke børnenes overvægt, og en del tænker det som noget meget privat og er derfor hurtige til at sige 'nej tak, det klarer vi selv'.

(Projektleder)

En anden projektleder fortæller på samme måde, at nogle sundhedsplejersker har oplevet at blive ”skældt ud” af forældrene ved henvendelse.

Ovenstående reaktion fra forældrene kan have den betydning, at sundhedsplejerskerne bliver tilbageholdende med at rette henvendelse til forældrene og tre af projektlederne beskriver det som ”grænseoverskridende” for sundhedsplejerskerne. En projektleder fortæller om den direkte betydning for rekrutteringen:

Sundhedsplejerskerne synes, at det er grænseoverskridende at tale med børnene og ikke mindst forældrene om børnenes overvægt, derfor bliver det ikke altid nævnt og taget fat om.

(Projektleder)

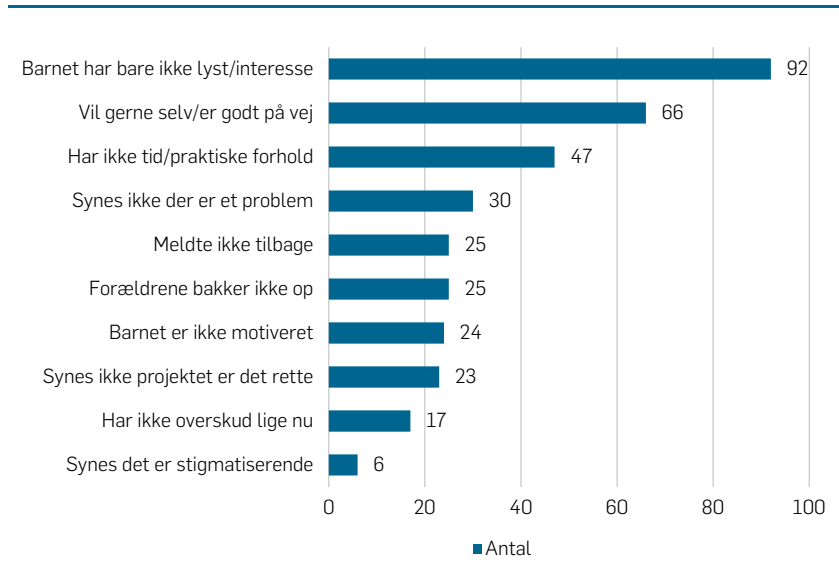
Et af de andre steder beskriver projektlederen, at de i projektgruppen har diskuteret, at det er forventeligt og naturligt, at nogle forældre synes, at samtalen er svær, og at de måske bliver vrede - men at det skal projektgruppen kunne håndtere og rumme som fagpersoner.

ÅRSAGER TIL FRAVALG

I midtvejsrapporten til projektet fra sommeren 2014 præsenterede vi en analyse af årsagerne til, at en del unge valgte at sige ”nej tak” til deltagelse i projektet (Niss & Termansen, 2014). I alt 326 unge indgår i analysen. Årsagerne er angivet i figur 3.2.

FIGUR 3.2

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.

Denne analyse svarer meget godt til projektledernes erfaringer. To af de årsager, der fylder meget, er, at ”de gerne vil klare det selv”, og at ”de ikke har tid eller andre praktiske forhold”. Begge dele kan hænge sammen med manglende forældreopbakning og frygt for stigmatisering, hvilket også er direkte angivet som årsag for nogle af de unge.

FASTHOLDELSE

Vi har i forbindelse med praksisportrættet spurgt om, hvilke ting der er gjort i projekterne for specifikt at fremme fastholdelsen. I dette afsnit beskriver vi projekternes praksis, efterfulgt af deres erfaringer i forhold til sammenhængskraft, gode relationer og forældreopbakning.

PRAKSIS

Et overblik over, hvilke tiltag der er brugt i hvilke projekter, ses i tabel 3.3.

TABEL 3.3

Projektledernes svar på spørgsmålet om de har gjort nogle af nedenstående ting for at fastholde børnene i projektet.

	Sms'er med påmindelser	Ringer barnet op ved fravær	Ringer forældre op ved fravær	Tilbud om at køre	Andet
Holbæk	X	X	X		
Langeland		X	X		
Randers	X	X	X		X
Solrød	X	X	X		X
Svendborg	X	X	X	X	
Tønder	X	X	X		
Vallensbæk	X			X	X
Vejen	X	X	X	X	X
Vesthimmerland	X	X	X		

Kilde: Praksisportræt-spørgeskema til projektlederne

Som det ses, benytter næsten alle projekterne det at sende sms'er med påmindelser til de unge inden hver mødegang/aktivitet. På samme måde ringer projekterne næsten alle op – både de unge og forældrene, hvis den unge er fraværende. Det er dog kun, hvis det er fravær uden afbud, men nogle projekter har den praksis, at eventuelle afbud skal komme fra forældrene. Nogle af projekterne supplerer også med en opringning, hvis den unge har været fraværende flere gange i træk, selv om det har været med afbud.

Tre af projekterne tilbyder eller har tilbudt kørsel til børnene i forbindelse med aktiviteter. For nogle familier kan kørsel være en væsentlig barriere, da forældrene har svært ved at finde tiden til det eller ikke har en bil. Projektlederne fortæller, at det praktiske særligt er et issue

for de unge, som i forvejen er sværest at fastholde, nemlig dem, hvor forældreopbakningen ikke er så stor og/eller hvor der ikke er så mange ressourcer i hjemmet. Derfor kan hjælp til det praktiske være særlig relevant. Andre projekter imødekommer familiernes udfordringer i forhold til det praktiske ved at tilbyde at hjælpe med at koordinere samkørsel (Tønder), betale for transport (Solrød) eller lægge aktiviteterne på tidspunkter, hvor det er nemmere for familierne at deltage (Vallensbæk).

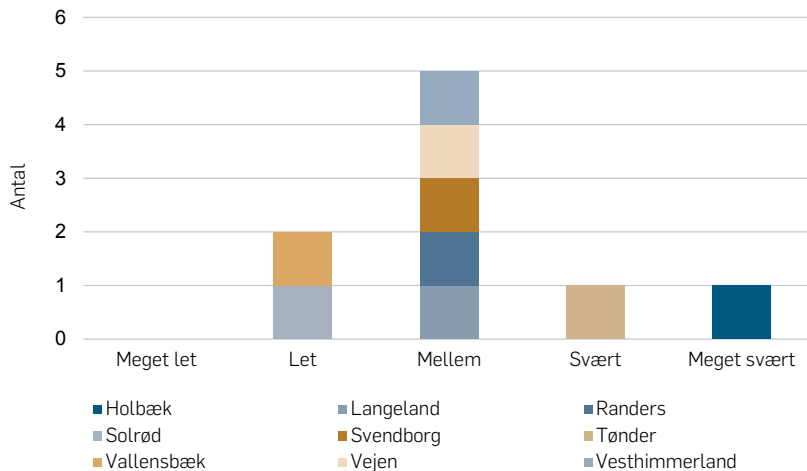
Svarkategorien ”andet” dækker som regel over mails til familierne med aktivitetsplaner eller anden løbende information om, hvad der sker i projektet. Nogle kommuner har mere kontante incitamenter. Vallensbæk har et tilbud om et gavekort til en valgfri sportsgren, og Solrød tilbyder en lille gave ved projektets afslutning til de deltagere, som gennemfører.

VURDERING AF UDFORDRINGEN

Projektlederne finder generelt ikke fastholdelse helt så vanskelig som rekruttering, hvilket figur 3.3 viser. De fleste vurderer ”mellem”, dvs. at det hverken er let eller svært. De fleste projektledere siger, at de bruger noget tid på fastholdelse, og at det er meget varierende, hvor stort frafaldet er fra hold til hold. Men når de unge først er startet på holdet, finder de fleste, at det er sjovt og udbytterigt og er derfor motiverede til at fortsætte.

FIGUR 3.3

Projektledernes besvarelse på spørgsmålet om, hvordan deres oplevelse har været i forhold til at fastholde børn i projektet. Antal besvarelser i hver kategori.



Kilde: Praksisportræt-spørgeskema til projektlederne.

Sundhedsplejerskerne har i afslutningsskemaerne skullet angive, om den unge har fuldført forløbet som planlagt. Af disse skemaer fremgår det, at 357 ud af 488 har fuldført som planlagt, svarende til 73 pct. Der er dog et ukendt antal unge, som har afbrudt forløbet, og som ikke er blevet registreret, hvorfor den reelle fuldførelsesandel er lidt lavere. 131 unge, som har afbrudt forløbet før tid, er blevet registreret, og sundhedsplejersken har angivet en årsag.

SAMMENHÆNGSKRAFT

Det er meget forskelligt fra hold til hold, hvordan det går med fastholdelsen. På nogle hold er fastholdelse let, mens det er svært på andre. Især de små hold kan være sårbare, og der kan være en glidebaneeffekt, hvor flere falder fra, når de første stopper. Sammenhængskraften i gruppen er afgørende, og de fleste projekter fortæller, at de arbejder målrettet med det. For 16 af de 131, som er faldet fra, er årsagen angivet som ”Barnet følte sig ikke tilpas socialt i gruppen”. En af projektlederne skriver:

Det er ekstremt vigtigt at arbejde med gruppens sammenhængskraft. En dårligt fungerende børne-/ungegruppe kan give anledning til, at familien springer fra, selv om det egentlig går ok med familiesamtaledelen.

(Projektleder)

Flere af projekterne har specifikt peget på, at unge, som har svært ved at fungere i en gruppesammenhæng, enten fordi de er generte, eller fordi de på anden vis mangler sociale kompetencer, er særligt svære at fastholde. For 30 af de unge, som har afbrudt forløbet før tid, er årsagen angivet som ”Barnet havde andre psykosociale problemstillinger, som gjorde det svært for barnet at engagere sig i projektet”. De voksne i projekterne har forsøgt at give disse unge ekstra opmærksomhed, men det har stadig været en udfordring at fastholde dem.

GODE RELATIONER

Mange af de unge er meget motiverede og synes, at aktiviteterne er sjove. Der er en god stemning, og de har det sjovt sammen. Et fokus på det positive er med til at skabe god stemning og dermed fastholdelse. Den gode relation til de voksne kan også have en fastholdende effekt. Hypotesen understøttes af, at man i Randers har oplevet, at der i forbindelse med et skift af den tilknyttede sundhedsplejerske var flere, som stoppede på holdet.

FORÆLDREOPBAKNING

En afgørende faktor for fastholdelsen er forældrenes opbakning. Hvis opbakningen er god, kan det have en klart fastholdende effekt, mens det er særdeles svært at fastholde unge, hvor forældrene ikke bakker op om projektet. Det kan fx være, fordi forældrene ikke selv prioriterer at deltage i de aktiviteter, som de skal deltage i, eller det kan være, at de ikke understøtter det praktiske ved at sørge for transport, at den unge har det rette udstyr osv. Som en projektleder skriver:

Hos de enkelte familier i forløbet, hvor det har været en udfordring at fastholde, har det overvejende været forældrenes manglende lyst/overskud/motivation, som har været grunden til, at barnet/den unge er blevet meldt ud.

(Projektleder)

Projektledernes beskrivelser i praksisportrætbesvarelsen understøttes også her af de registrerede årsager til, at de unge har afbrudt projektet før tid. For 30 af de 131 unge er årsagen angivet til ”Barnet stoppede i projektet primært pga. manglende forældreopbakning/utilstrækkelig forældredeltagelse”

OPFØLGNING

Alle projekter har en opfølgingsdel, men de respektive dele er meget forskellige. I dette afsnit beskrives nogle af forskellene og lighederne.

I oversigten i tabel 3.4 ses, hvilke tilbud om opfølgning der ligger i de forskellige projekter.

Som det fremgår, er der i nogle projekter opfølgende mødegange for holdet. Her bliver de unge som regel vejret, og de laver fx mad eller en idrætsaktivitet. I nogle projekter er disse møder kun for de unge, mens andre også inviterer forældrene. Der er også flere projekter, der i stedet bruger individuel opfølgning, som de unge bliver indkaldt til et stykke tid efter forløbets afslutning. Andre igen har en fælles opfølgningssgang for alle de deltagere, der har været på projektet.

Det er lidt forskelligt, hvordan projektlederne beskriver opfølgningen. Nogle beskriver det som en integreret del af forløbet, hvor deltagerne fra starten har fået datoer på mødegangene inkl. opfølgningssange. Andre steder aftales datoen efterfølgende, eller det bliver meldt ud som et ekstra tilbud, man kan tage imod, hvis man har lyst.

TABEL 3.4

Oversigt over opfølgningen i de forskellige projekter.

Kommune	Faste tilbud	Antal gange			Andre tilbud	Kontakt til sundhedsplejerske efter behov
		Individuelt	Hold	Fælles		
Holbæk	Individuel samtale Kommunal tandpleje	1			Hold på Ungdomsskole Evt. tilbud på Holbæk Sygehus	X
Langeland	Individuelle samtaler	Intet fast tal				X
Randers	Individuelle samtaler efter -1 år	Årligt				X
Solrød	Holdet mødes efter 2, 8 og 14 måneder		4			X
Svendborg	Mødes på holdet tre måneder efter. Individuel samtale seks måneder efter	1	1			X
Tønder	Fælles arrangement for alle deltagere. Årlige arrangementer for alle			1 (+ årlige tilbud)	Hold på Ungdomsskolen	X
Vallensbæk	Gensynsaftner på holdet 1-2 gange årligt. Individuelle samtaler 3-4 gange årligt	3-4 gange årligt	1-2 gange årligt			X
Vejen	Holdet mødes tre og seks måneder efter		2			X
Vesthimmerland	Holdet mødes hver 3. måned et år efter		4			X

Kilde: Praksisportræt-spørgeskema til projektlederne.

Alle projektledere fortæller, at deltagerne bliver informeret om, at de altid er velkomne til at henvende sig til enten deres egen skolesundhedsplejerske og/eller en af projektsundhedsplejerskerne, hvis de senere har noget de gerne vil snakke om eller følge op på mere individuelt. Projektlederne fortæller, at det fungerer godt, indtil de unge går ud af 9. klasse, hvorefter det ikke længere er oplagt for de unge at kontakte en skolesundhedsplejerske. Så selv om de unge formelt set er tilknyttet projektet til de fylder 18, vil den reelle opfølgning typisk stoppe tidligere. I Holbæk har man dog lavet et samarbejde med den lokale tandpleje, som følger op. Tandplejen noterer i sin journal, hvilke børn der er tilknyttet projektet, og sørger derefter for at afsætte ekstra tid til dem ved konsultationer.

Nogle projektledere fortæller, at der er oprettet hold i ungdomsskoleregi, som de unge opfordres til at deltage i.

Det er meget forskelligt, hvor stor deltagelsen er i de forskellige opfølgingsaktiviteter. Det generelle billede er, at hvis der har været god tilslutning på holdet under selve forløbet, vil der også være det ved opfølgningen, såfremt opfølgningen er holdbaseret. Hvis opfølgningen er individuel, vil der være størst tilslutning, jo mere der lægges op til, at opfølgningen er en del af forløbet og ikke et ekstra ”tilbud”, som er nemt at vælge fra.

FORÆLDREINDDRAGELSE

Indsætterne består af nogle fælles elementer, hvoraf et af de vigtigste er forældreinddragelse. Idéen er, at de unge ikke kan etablere nye sunde vaner alene, men at de har brug for opbakning hjemmefra. Opbakningen er både mental støtte til den unge, men også at der sørges for sunde madvarer i huset, at der bliver lavet en fælles sund aftensmad, og at den unge får adgang til fritidsaktiviteter. Derfor er det nødvendigt, at familien bakker op og er deltagende i projektet. I dette afsnit beskriver vi forældredeltagelsens omfang og indhold samt hvordan det opfattes som en styrke for projekterne.

FORÆLDREINDDRAGELSENS OMFANG

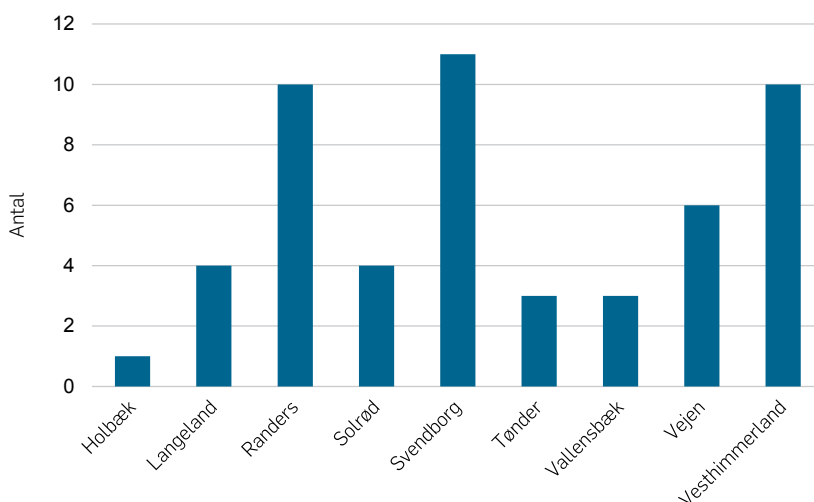
Hvor rekruttering og fastholdelse var mere ens på tværs af projekterne, er det meget forskelligt, hvordan og hvor meget projekterne har valgt at inddrage forældrene i praksis. I figur 3.4 ses det, hvor mange gange hvert projekt har valgt at inddrage forældrene – altså hvor mange gange forældrene deltager i et typisk forløb. Her ses det, at de kommuner, der har inddraget forældrene flest gange, er Svendborg, Randers og Vesthimmerland, hvor forældrene er med 10-11 gange i løbet af et forløb. Der, hvor forældrene deltager mindst, er Holbæk, hvor de kun deltager én gang, og en række andre kommuner, hvor det er 3-4 gange.

Der kan være adskillige grunde til at involvere forældrene mange gange, idet forældrenes opbakning kan være afgørende for den unges mulighed for at etablere og fastholde nye vaner. Samtidig har flere projekter bevidst valgt ikke at involvere forældrene helt så meget i projektet, da det kan være svært for forældrene at finde tid til det, og på den måde

kan forældreinddragelsen være en væsentlig barriere i forhold til rekruttering og fastholdelse. Der er dog ikke nogen sammenhæng mellem, hvilke kommuner der oplever, at rekruttering og fastholdelse er særlig svært, og hvilke der har særlig meget forældreinddragelse.

FIGUR 3.4

Projektledernes besvarelse på spørgsmålet om, hvor mange gange forældrene er med i et typisk forløb. Antal.



Kilde: Praksisportræt-spørgeskema til projektlederne

FORÆLDREDELTAGELSENS INDHOLD

I tabel 3.5 ses projektledernes svar på, hvordan de har involveret forældrene, dvs. på hvilke måder forældrene deltager i projektet.

Af tabellen ses det, at næsten alle projekter har forældrene med til en indskrivningssamtale, mens fem projekter også har forældrene med ved en udskrivningssamtale. Syv projekter inkluderer et madlavningsarrangement, hvor forældrene laver mad sammen med børnene. Seks projekter har foredrag for forældrene som et element. Det kan fx være et foredrag om sund kost eller hvordan det er at være ung og overvægtig. Cirka halvdelen af projekterne har desuden forældremotion med børnene, forældresamtaler sammen med børnene og forældredeltagelse i gruppe-møder.

TABEL 3.5

Projektledernes besvarelse på spørgsmålet om, hvilke måder forældrene deltager i projektet på.

	Indskrivnings-samtale	Madlavning med børnene	Motion med børnene	Foredrag for forældrene	Samtaler sammen med børnene	Deltagelse i grupper møder	Udskrivnings-samtale	Andet
Holbæk				X				X
Langeland	X	X	X		X	X	X	
Randers	X	X		X	X		X	
Solrød	X	X	X	X		X		X
Svendborg	X	X				X	X	
Tønder	X	X	X	X				
Vallensbæk	X				X		X	
Vejen	X	X	X	X	X		X	
Vestthim-merland	X	X		X	X			X
Antal	8	7	4	6	5	3	5	3

Kilde: Praksisportræt-spørgeskema til projektlederne.

Der er lidt forskellige holdninger til, hvad det er fornuftigt at involvere forældrene i, og generelt er det blevet diskuteret i projektgrupperne, hvad der var bedst. Nogle mener fx, at det kan være et godt og hyggeligt signal, at forældrene kan lave noget aktivt med børnene, mens andre synes, at det er bedre at lade de unge gøre dette alene. Vi kan ikke i denne evaluering pege på, hvad der er bedst.

FORÆLDREDELTAGELSE SOM STYRKE FOR PROJEKTERNE

Uanset forskellighederne i, hvordan projekterne har valgt at udforme forældreinddragelsen i praksis, så er der generel enighed om, at forældre-deltagelsen har styrket projekterne. Syv ud af ni svarer, at det har styrket det ”meget”, som det ses af figur 3.5. Den projektleder, der har svaret ”midt imellem”, gør det, fordi det har været svært at få forældrenes opbakning, men når den har været der, har det været en stor gevinst.

Argumenterne for, at forældreopbakningen har styrket projektet handler først og fremmest om de unges mulighed for at etablere og fastholde nye sundere vaner. Her er familien afgørende. Pointen illustreres i nedenstående citater fra to forskellige projektledere:

Det er afgørende, at forældrene er med, når det handler om vænændringer - som jo på mange måder påvirker hele familien.

(Projektleder)

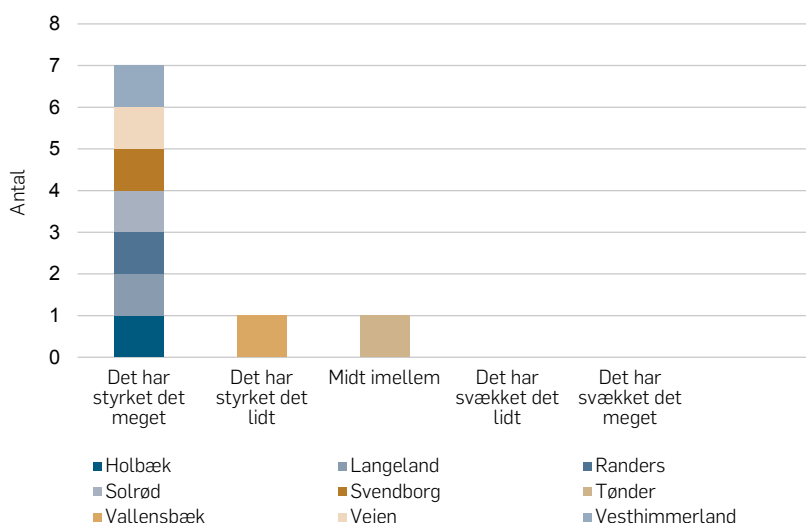
Jeg mener det både er urealistisk og uetisk at arbejde med livsstilsændringer hos børn/unge uden at have familien med. Vi inddrager også søskende, hvor det giver mening. Barnet/den unge skal ikke stå alene.

(Projektleder)

Flere pointerer også, at deres deltagers unge alder gør dem meget afhængige af deres forældre, som de lytter til.

FIGUR 3.5

Projektledernes besvarelse på spørgsmålet om, hvad de mener forældredeltagelsen har betydet for projektet. Antal i hver kategori.



Kilde: Praksisportræt-spørgeskema til projektlederne.

En fordel ved forældredeltagelsen er, at forældrene kan have glæde af at erfaringsudveksle og videndele. Fra interviews med forældre til børn på julemærkehjem ved vi, at forældrene kan føle sig meget alene med udfordringen, og at denne følelse fylder meget for dem (Niss, Termansen & Rasmussen, 2014). De pågældende forældre havde stor glæde af at møde andre forældre i samme situation og erfaringsudveksle.

RESULTATER I FORHOLD TIL CENTRALE EFFEKTMÅL

I dette afsnit laves en samlet analyse af før- og eftermålinger på de unge, der har gennemført et af modelprojekterne. Vi gennemgår en række parametre for psykisk og fysisk sundhed. De samme parametre indgår i analysen af de enkelte kommuners indsatser i kapitel 5. Til sidst viser vi, hvad deltagerne selv oplever at have fået ud af at deltage.

DATAGRUNDLAG

Der er i alt udfyldt skemaer for 646 unge. I tabel 3.6 ses det, hvordan de er fordelt på de forskellige skemaer.

I de unges skemaer indgår effektmålene vedrørende psykisk sundhed og selvoplevet sundhed. I analysen indgår alle unge, som har udfyldt både start- og slutskema (290) eller både start- og opfølgningsskema (147).

I sundhedsplejerskernes skemaer indgår effektmålet om vægtudvikling. I analysen indgår de unge, som der enten både er lavet før- og eftermålinger for (383) eller både før- og opfølgningmålinger (180).

TABEL 3.6

Antal udfyldte skemaer i alt.

I alt unge	646
Unge startskema	465
Unge slutskema	340
Unge opfølgningsskema	187
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	<i>290</i>
<i>Unge med både start- og opfølgningsskema</i>	<i>147</i>
Sundhedsplejerske startskema	545
Sundhedsplejerske slutskema	416
Sundhedsplejerske opfølgningsskema	185
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>383</i>
<i>Unge med både før- og opfølgningmålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>180</i>

PSYKISK SUNDHED

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

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er steget fra en score på 15,8 til 16,3 i projektperioden.

TABEL 3.7

Livskvalitet før og efter indsatsen samt opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Livskvalitet før	15,8	290
Livskvalitet efter	16,3	290
Livskvalitetsændring fra før indsatsen til efter indsatsen	0,5 *	
Livskvalitetsopfølgning	17,6	147
Livskvalitetsændring fra før indsatsen til opfølgning	1,1 ***	

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgningens afslutning.

Livskvaliteten for de unge, som har udfyldt opfølgningsskemaet, er efterfølgende steget til en score på 17,6. Denne gruppe startede dog også med en højere score på livskvalitet, og den samlede fremgang er således på 1,1. Den positive udvikling fortsætter og forstærkes altså efter deltagerens forløb.

Selvværd

De unges gennemsnitlige selvværd er steget fra en score på 16,6 til 18,5, hvilket svarer til en stigning på 1,9³. Denne stigning afspejler, at projekterne arbejder aktivt med deltagerens selvværd. Der er ikke lavet opfølgningsmålinger på parameteret selvværd.

TABEL 3.8

Selvværd før og efter indsatsen. Score og antal.

	Score	Antal
Selvværd før	16,6	290
Selvværd efter	18,5	290
Selvværdsændring	1,9 ***	

Anm.: Målt ved Rosenberg Self-esteem Scale, skala 0-30. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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

Selvopfattet handlevne

I forhold til den selvopfattede handlevne er der en mindre stigning i de unges gennemsnitlige score, idet den går fra en score på gennemsnitligt 28,1 til 28,8. Der er ikke lavet opfølgningsmålinger på selvopfattet handlevne.

3. I midtvejsrapporten blev der afrapporteret en højere stigning i selvværdet. Dette har ved en efterkontrol af beregningerne vist sig at være misvisende. Der er således ikke tale om, at projekterne i starten havde bedre resultater på parameteret selvværd, end de havde senere.

TABEL 3.9

Selvopfattet handlevne før og efter indsatsen. Score og antal.

	Score	Antal
Selvopfattet handlevne før	28,1	290
Selvopfattet handlevne efter	28,8	290
Selvopfattet handlevneændring	0,7 **	

Anm.: Målt ved The General Self-efficacy Scale, skala 10-40. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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

Styrker og vanskeligheder (SDQ)

På SDQ-skalaen vises ingen statistisk signifikante ændringer fra forløbets start til deres slutning. Tendensen er dog positiv, idet der samlet på problemskalaen ses et lille fald, og på den prosociale skala ses en lille stigning i den gennemsnitlige score. Begge udviklinger fortsætter i opfølgingsperioden, og på problemskalaen forstærkes den og bliver statistisk signifikant.

TABEL 3.10

Strengths and Difficulties (SDQ). Score og antal.

	Problemskala	Prosocial skala	Antal
Før	12,4	7,6	290
Efter	12,0	7,7	290
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,4	0,1	
Opfølgning	10,7	7,9	146
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-1,3 ***	0,3	

Anm.: Målt ved SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Problemskala 0-60, prosocial skala 0-15. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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

FYSISK SUNDHED – BMI

De unge startede med et gennemsnitligt BMI, der lå 4,5 point over grænsen for overvægt, og sluttede 4,0 point over grænsen for overvægt. Deres BMI er altså reduceret med 0,5 point i løbet af deres forløb. Der er tale om en positiv ændring i deres BMI mod normalområdet.

TABEL 3.11

BMI-point over grænsen for overvægt. Antal.

	BMI-point over grænsen for overvægt	Antal
Før	4,5	383
Efter	4,0	383
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,5 ***	
Opfølgning	3,5	180
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-0,4 **	

Anm ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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

Ved opfølgningsmålingen har den gruppe unge, som deltog i opfølgningen, et BMI, som er 3,5 point over grænsen for overvægt. Eftersom de startede med et gennemsnit på 3,9 og dermed var lidt mindre overvægtige end den samlede gruppe, så er deres BMI reduceret med 0,4 point, som de er kommet tættere på normalvægten i deres forløb. Resultatet peger på, at de unge gennemsnitligt vedligeholder deres forbedrede BMI, efter at de er færdige med deres forløb.

Fysisk sundhed i øvrigt

Selvoplevet sundhed er en god indikator for faktisk sundhed⁴, og en stigning i den selvoplevede sundhed er derfor af væsentlig betydning. De unges gennemsnitlige selvoplevede sundhed er steget fra en score på 4,8 til 6,2 på en skala fra 1-10 i projektperioden. Ved opfølgning er den gennemsnitlige selvoplevede sundhed steget til en score på 6,7. Denne gruppe startede dog også med en højere selvoplevet sundhed, og stigningen er derfor reelt på i alt 1,4. Dette svarer til, at den selvoplevede sundhed, som de unge har opnået under forløbet, er bevaret. De unge oplever altså selv, at de er en del sundere, både ved forløbets slutning og ved opfølgningsmålingen, end da de startede.

4. For eksempel målt ved mortalitet, se fx Kaplan & Camacho (1982).

TABEL 3.12

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Selvoplevet sundhed før	4,8	288
Selvoplevet sundhed efter	6,2	288
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	1,4 ***	
Selvoplevet sundhed opfølgning	6,7	147
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til opfølgning	1,4 ***	

Anm.: Skala 1-10. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbets afslutning

SAMLEDE RESULTATER

Et samlet overblik over resultaterne på de enkelte parametre er anført i tabel 3.13 og ligeledes illustreret i figur 3.6 (bemærk, at skalaen på y-aksen i figuren er den samme, selvom skalaerne på de forskellige parametre er forskellige).

Det ses af tabellen og figuren, at der er en positiv udvikling for de unge på alle parametre. Især i forhold til selvværd og selvoplevet sundhed er der en markant stigning på henholdsvis 1,9 og 1,4 point fra start til slut. Alle ændringerne er statistisk signifikante, undtagen på SDQ-skalaerne. De unge rykker sig altså i løbet af projektet, så de både får det bedre og kommer tættere på normal vægt.

TABEL 3.13

Før- og eftermålinger på udvalgte parametre. Score.

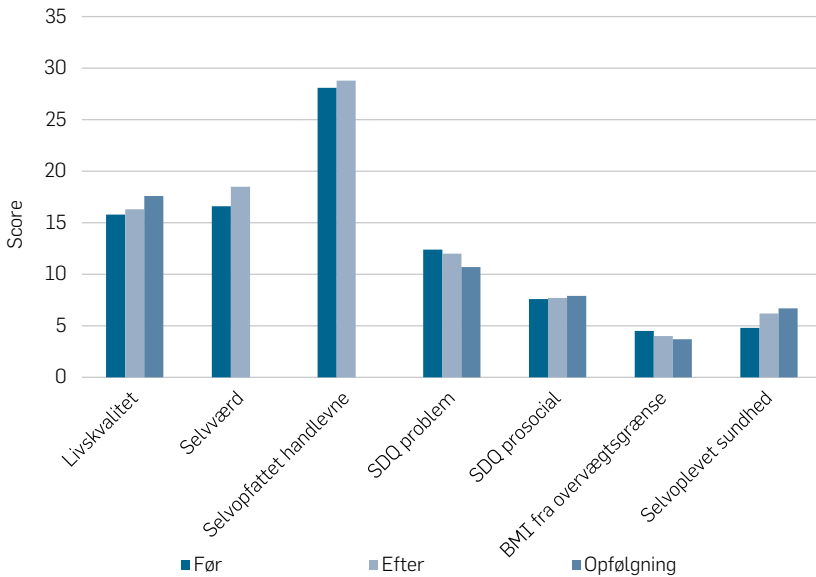
	Før	Efter	Ændring før-efter	Opfølgning	Ændring før-opfølgning
Livskvalitet	15,8	16,3	0,5 *	17,6	1,1 ***
Selvværd	16,6	18,5	1,9 ***	-	-
Selvopfattet handleevne	28,1	28,8	0,7 **	-	-
SDQ problem	12,4	12,0	-0,4	10,7	-1,3 ***
SDQ prosocial	7,6	7,7	0,1	7,9	0,3
BMI fra overvægtsgrense	4,5	4,0	-0,5 ***	3,5	-0,4 **
Selvoplevet sundhed	4,8	6,2	1,4 ***	6,7	1,4 ***

Anm.: Gennemsnitstal for alle kommuner. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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

FIGUR 3.6

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.

Ved de opfølgende målinger fortsætter den positive udvikling, hvilket er interessant at se. Her er der ligeledes statistisk signifikans på de ovenstående parametre samt SDQ-problemskalaen. En hypotese kunne have været, at de unge ville opleve et tilbagefald efter deres forløb, når der ikke længere var den opmærksomhed og støtte omkring dem, som forløbet giver. Dette er naturligvis også tilfældet for nogle unge, men gennemsnitligt er den positive udvikling altså fastholdt eller forstærket. Resultaterne tyder på, at projekterne er lykkedes med at etablere blivende ændringer.

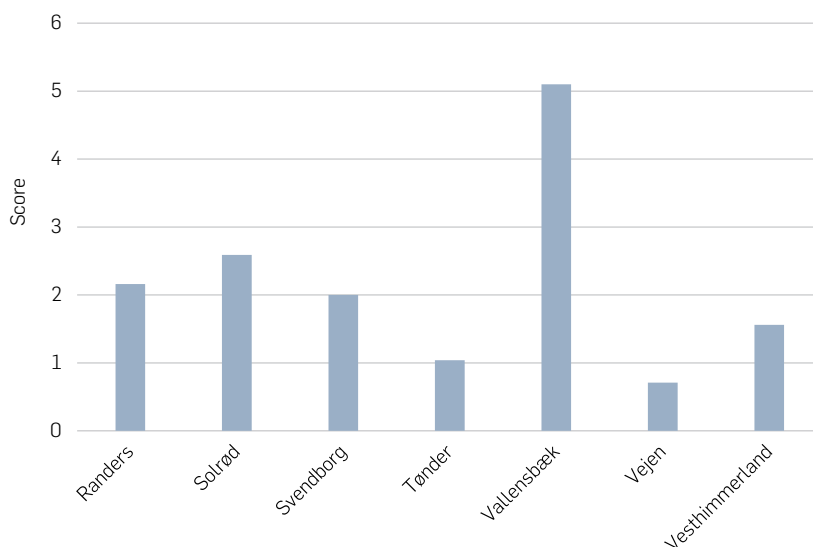
FORDELING PÅ KOMMUNER

I det nedenstående vises fordelingen på kommuner på de to mest centrale parametre, selvværd og vægtudvikling.

Ændringer i selvværd er kun taget med i figuren for syv af kommunerne, da Holbæk og Langeland har meget få respondenter (under 10). Der ses en gennemsnitlig stigning på selvværd i alle syv kommuner. Stigningen er størst i Vallensbæk.

FIGUR 3.7

Ændring i selvværd fordelt på kommuner. Score.



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

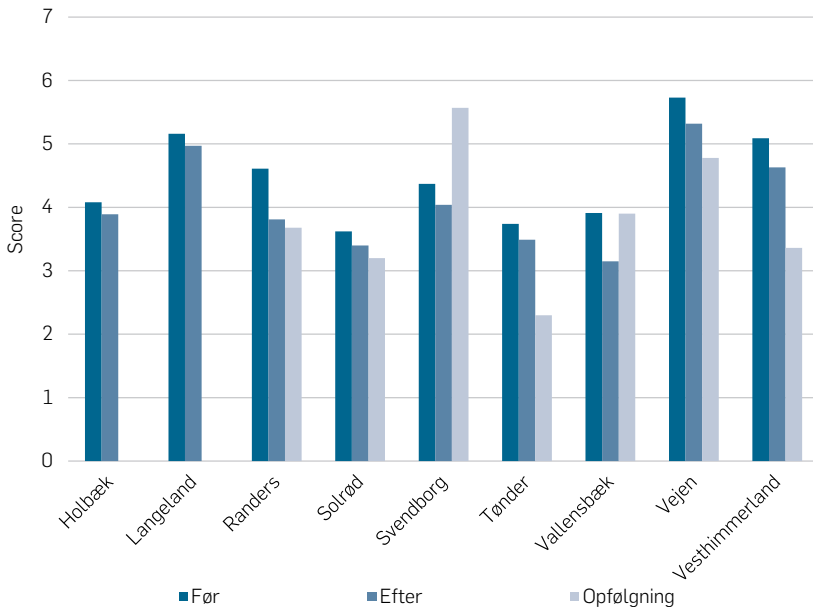
Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Der er fra indsatsens start til slut et fald i den gennemsnitlige overvægt, målt ved BMI-point, fra overvægtsgrænsen blandt deltagerne i alle projekterne. Særligt i Randers og Vallensbæk har der været en markant udvikling fra start til slut. Begge steder har de unge gennemsnitligt rykket sig 0,8 BMI-point nærmere normalvægten. I Vallensbæk stiger de unges BMI dog igen efter projektets afslutning, mens man fastholder niveauet i Randers.

Når man medregner opfølgingsperioden, har deltagerne fra Vejen, Tønder og Vesthimmerland et markant fald i BMI-point over overvægtsgrænsen. I Vesthimmerland baserer opfølgingsmålingen sig kun på syv deltagere og er derfor meget usikker, mens den i både Vejen og Tønder baserer sig på over 30 deltagere.

FIGUR 3.8

De unges gennemsnitlige afstand til overvægtsgrænsen fordelt på kommuner før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score.



Anm.: Data for opfølgningsmålinger bygger på en vis usikkerhed, da der kun er tale om en andel af respondenterne. Der er ikke medtaget opfølgningsmålinger for Holbæk og Langeland på grund af manglende data.

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

OPLEVET UDBYTTE

De unge er blevet spurgt i afslutnings- og opfølgningsskemaet, hvad de har opnået ved at deltage i projektet. I figur 3.9 vises de unges besvarelser i procent af de i alt 131, der har besvaret opfølgningsskemaet – altså efter at der er gået et stykke tid. 17 pct. synes ikke rigtig, at de har opnået noget. Til gengæld ses det, at en meget stor del af deltagerne oplever at have fået det bedre med sig selv (84 pct.) og være blevet gladere (83 pct.). Det passer godt med, at det særligt er på selvværdet, at der er sket en udvikling.

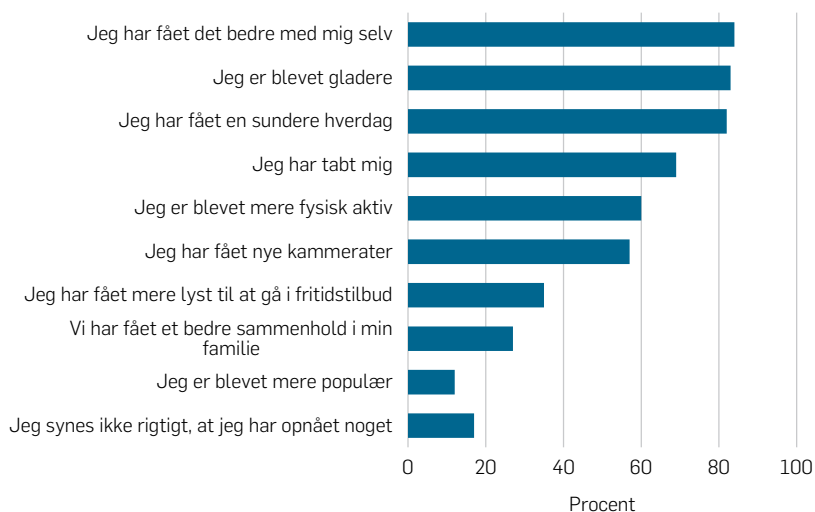
Der er også en meget stor gruppe, der oplever, at de har fået en sundere hverdag, og ligeledes er der en stor andel, der har tabt sig

og/eller er blevet mere fysisk aktive. Det passer godt med fremgangen i parameteret selvoplevet sundhed.

57 pct. angiver at have fået nye kammerater, og 27 pct. angiver, at de har fået et bedre sammenhold i familien. Der opbygges og styrkes altså relationer i forløbet.

FIGUR 3.9

De unges svar på spørgsmålet om, hvad de synes, at de har opnået ved at deltage i projektet. Procent.



Anm.: Antal =131.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge ved opfølgningen.

EKSEMPLER PÅ GOD PRAKSIS

I dette kapitel vil vi beskrive nogle gode praksiseksempler på, hvordan projekterne har håndteret rekruttering, fastholdelse, forældreinddragelse og opfølgning. Kapitlet rummer enkelte nedslag i indsatsbeskrivelserne med projekternes egne erfaringer fra praksis. Eksemplerne er udvalgt ud fra, hvad projektlederne oplever at have gode erfaringer med. Formålet er, at læseren kan få en fornemmelse af, hvad der har fungeret godt i projekterne uden at læse alle indsatsbeskrivelserne igennem. Det kan forhåbentlig give inspiration til håndtering af lignende udfordringer.

Generelt har projekterne haft meget gavn af at fokusere på at skabe en positiv stemning om projektet. Det skal forstås på to måder. For det første forsøger projekterne generelt at nedtone væggtabselementet for at flytte fokus fra det negative (overvægt) til det positive (sundhed og glæde). Projekterne arbejder eksplicit med deltageres ressourcer, trivsel og selvværd. Det gælder fx i Vallensbæk, hvor man taler meget om ”power” og gør meget ud af at vise deltagerne anerkendelse. Et andet aspekt er, at projekterne prøver at lave nogle aktiviteter, der er attraktive at deltage i. Projekterne er fulde af sjove aktiviteter, fx en tur til en klatrepark i Tønderprojektet, amerikansk fodbold i Randersprojektet eller en camp med natløb i Vesthimmerland. Der er også fælles madlavning i næsten alle projekter, hvilket beskrives som en hyggelig, fælles aktivitet. På den måde bliver det rart at deltage i projektet.

Det positive fokus understøtter flere dele af projektet. Det gør det især nemmere at rekruttere og fastholde de unge, men har formentlig også en positiv betydning for resultaterne.

REKRUTTERING

I en del af besvarelsene om rekruttering lægges der vægt på, at det er en fordel, hvis de unge i forvejen har hørt om projektet, fx fra venner eller fra andre kilder. Det gør det nemmere at rekruttere, når projektet har kørt i noget tid og således er blevet kendt, men det taler også for at vælge en bred rekrutteringsstrategi.

I Vejen Kommune havde man succes med at afholde en åben uforpligtende informationsaften, inden et nyt hold starter, hvor alle interesserede kunne komme og høre om projektet. Især har det fungeret godt, når informationsaftnerne har ligget i tilknytning til sundhedssamtalerne i 5. og 8. klasse, fordi sundhedsplejersken har kunnet foreslå relevante elever at deltage i mødet. I forbindelse med møderne annonceres tilbuddet desuden med særskilt annonce i Vejen Kommunes ugeaviser. Derudover lægges tilbuddet ud på alle folkeskolernes skoleintra til både forældre og elever i de relevante aldersgrupper.

FASTHOLDELSE

Når holdet fungerer godt sammen, og der er en god stemning, så er det ikke så svært at fastholde de unge. Der arbejdes derfor meget med sammenhængskraft og gruppedynamik.

Vallensbæk Kommune er et af de steder, hvor man har haft nemt ved at fastholde deltagere. Projektet giver en bonus på op til 1.000 kr. til deltagelse i en valgfri sport til alle, som gennemfører projektet. Dette har haft betydning for halvdelen af deltagerne.

Man kan også fremme fastholdelsen gennem praktiske tiltag, som gør det nemmere for de unge og familierne at møde op til de forskellige mødegange. I Svendborg Kommune har der været et samarbejde med Ungdomsskolen, hvor der var tilknyttet to trivselspersoner, som blandt andet tilbød at køre de unge til aktiviteterne. Projektet oplevede, at det var særlig svært at fastholde familier med få ressourcer, hvorfor et

tiltag om gratis kørsel var særlig relevant. I Vallensbæk har man lagt aktiviteterne sent om eftermiddagen eller om aftenen og tilbudt tilsvarende tider til individuelle samtaler. Det blev gjort for at undgå, at mødetidspunkterne skulle give familien logistiske problemer.

OPFØLGNING

Forløbet i Vejen Kommune er på otte måneder og inkluderer en opfølgningsperiode, så de unge ”slippes” langsomt. Efter de sidste gange i et intensivt forløb er der to opfølgningsgange efter henholdsvis tre og seks måneder. De to opfølgningsgange er uden forældre og typisk i tidsrummet fra kl. 16.00/16.30 til 19.30 på den samme ugedag, hvor holdet plejer at mødes. Mødet inkluderer typisk en fysisk aktivitet i ca. 1 time. Alle bliver vejret og målt. Endvidere er der samtale omkring bordet om, hvordan den enkelte synes det er gået, siden man sidst var samlet. Efterfølgende har projektlederen skrevet orienteringsbrev fra mødet til forældre inkl. højde/vægt. Har der været vægtstigning, er pågældende familier blevet ringet op af projektlederen for at hjælpe med at løse udfordringen. Opfølgningsgangene opfattes som en del af forløbet på holdet, og der har været et fremmøde på ca. 80 pct.

Derudover møder skolesundhedsplejerskerne i Vejen Kommune ofte de unge fra projektet i forbindelse med deres daglige gang på skolen eller ved almindelige konsultationer. Det beskrives som ”helt specielt” at møde de unge igen, og at man ”har fået opbygget en relation, som er let at genoptage/fortsætte”.

I Holbæk var projektet baseret på et samarbejde med den lokale tandpleje, som står for at følge op. Aftalen har den fordel, at opfølgningen kan fortsætte, efter at de unge er stoppet i skolen. Tandplejen har noteret, hvilke børn det drejer sig om, i sin journal, og sørger derefter for at afsætte ekstra tid til dem ved konsultationer.

FORÆLDREINDDRAGELSE

De fleste projekter har en aktivitet, hvor forældre laver mad sammen med børnene, hvilket fungerer godt.

Ved den afsluttende familiesamtale i Randers Kommune gennemføres en mindmap med den unge, som giver indblik i de forandringer, der er sket, og hvad han eller hun ønsker at holde fast i eller arbejde videre med ved forældrenes hjælp. Mindmappen bidrager til at forankre ønsket om en blivende forandring i både den unge og forældrene.

I Solrød Kommune arrangerede man et forældremøde, hvor den kok, som stod for køkkenworkshoppene, holdt et oplæg om motivation og forældreansvar, hvilket ledte til diskussion og erfaringsudveksling blandt forældrene. Forældrene fik også opskrifterne på den mad, der var blevet serveret på møderne.

I Holbæk Kommune var der en mødegang på hvert hold, hvor forældrene deltog. Alle startede sammen med et oplæg fra underviseren om, hvad man havde lavet de foregående mødegange inkl. tilgangen til vægt, livsstil og livskvalitet.

BOKS 4.1

Citater fra unge og forældre, skrevet anonymt på post-its, om, hvordan man mener, at forældrene bedst kan støtte deres børn.

Citater fra børnene

- Ingen slik i skabene
- Sundere mellemmåltider
- Hjælp mig med ikke at spise så meget
- Nye indendørssko
- Nye løbesko
- Der skal kun være fredagslik
- At min mor og far hjælper mig til at komme ud og løbe.
- At der ikke er cola hjemme
- At vi har det at tabe os sammen
- At der ikke er slik i skabene
- Tak fordi jeg måtte starte i motionscenter
- Tak fordi du var der for mig
- Dejligt at mor kører mig til svømning, og at hun nogle gange bliver der
- Tak, fordi du hjælper mig med at sige stop til mere mad

Citater fra forældrene

- Fortsat vise interesse for projektet. Afprøve nye idéer og forslag til fx mad og motion
- Opmuntre til at fortsætte den gode udvikling
- Støtte med inspiration til mad
- Vise interesse for aktiviteter, som barnet/den unge har
- Deltage i ikke at åbne køleskabet
- Være mere aktive sammen
- Opbakning
- Være mere tilstede
- Mere overskud
- Jeg vil altid hjælpe dig, hvis jeg kan; jeg elsker dig jo
- At være et bedre forbillede
- At lave mad sammen

Kilde: Besvarelse på praksisportrætskema fra projektleder i Holbæk Kommune. Citater skrevet ved et møde med børn og forældre i projektet.

Derefter er børnene gået i køkkenet sammen med et par voksne og har lavet mad. Samtidig har en familierapeut haft et oplæg til forældrene om, hvordan de bedst muligt kan støtte deres barn, og har startet en dia-

løg om, hvad forældrene oplever som vanskeligt, og hvilke udfordringer de har hjemme hos sig selv. Forældre har anonymt skrevet på gule sedler, hvordan de gerne vil støtte deres barn, og børnene har anonymt skrevet, hvordan de gerne vil støttes af deres forældre. Til sidst spiste man sammen og læste citaterne op, som efterfølgende blev sendt ud til alle med en lille hilsen om tak for en dejlig aften. Citaterne ses i boks 4.1.

INDSATSBESKRIVELSER OG RESULTATER I MODELKOMMUNERNE

I dette kapitel gennemgås de enkelte kommuner alfabetisk efter kommunens navn. I starten af hvert afsnit er der indsat lidt om de demografiske forhold i kommunen for at give læseren et indtryk af, hvilke forhold projektet opererer under i forhold til befolkningens alderssammensætning, kommunens velstand og andelen af overvægtige børn og voksne. Derefter har vi beskrevet projekternes praksis, herunder indsats/aktiviteter og projektstyring og bemanning. Projekternes erfaringer på de gennemgående parametre rekruttering, fastholdelse, opfølgning og forældreinddragelse er dernæst beskrevet. Til sidst i hvert afsnit har vi beskrevet projektets resultater i forhold til effektmålene.

Man kan læse om hvert projekt for sig, hvis man har en særlig interesse i ét eller flere af projekterne. Det betyder til gengæld, at der vil være en række gentagelser i kapitlet, da emnerne i beskrivelsen er ens og det er de samme analyser, der er foretaget. Beskrivelserne er dog af forskellig længde, da graden af detaljer afhænger af, hvilket materiale vi har haft til rådighed for hvert projekt. Hvor vi har haft detaljer, som kunne være relevante for andre, er de generelt taget med.

HOLBÆK: SÅ LETTER VI

Holbæk Kommune ligger i Region Sjælland og rummer 69.604 indbyggere⁵. Kommunen er dermed en af de større kommuner på Sjælland. Gennemsnitsalderen er 42 år, dvs. lidt højere end landsgennemsnittet på 41 år. Cirka 22 pct. af indbyggerne i kommunen er under 18 år mod et landsgennemsnit på 16 pct. Den gennemsnitlige årlige skattepligtige indkomst⁶ er 259.788 kr. pr. indbygger, lidt under landsgennemsnittet på 261.323 kr. pr. indbygger (Danmarks Statistik, 2015).

De nyeste tal viser, at 51,4 pct. af Holbæk Kommunes borgere var moderat eller svært overvægtige i 2013, hvilket er højere end landsgennemsnittet, som er på 47,4 pct. (Sundhedsdata.dk-Visualisering af Sundhedsdata, 2013). 9,4 pct. af børnene i indskoling var moderat overvægtige, og 2,2 pct. af børnene var svært overvægtige (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013). På landsplan var de tilsvarende tal henholdsvis 9,5 pct. og 2,4 pct. I udskoling blev 14,9 pct. af de unge kategoriseret som moderat overvægtige og 4,6 pct. som svært overvægtige, hvilket er lidt højere end andelen af overvægtige i udskoling landet over, som var henholdsvis 13,8 og 3,6 pct. (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013).

Målgruppen i Holbæk Kommunes projekt er unge på 12-15 år med en uhensigtsmæssig vægtkurve. Der har været syv unge igennem det individuelle forløb, og derefter er der gennemført fire hold. I alt har 31 unge deltaget i holdforløb.

Holbæk Kommune samarbejder med Julemærkehjemmene, jf. beskrivelsen på side 16.

Indsats/aktiviteter

Da projektet startede op, bestod indsatsen af et individuelt forløb med månedlige samtaler, som sundhedsplejersken på skolen afholdt med barnet og forældre gennem et år med udgangspunkt i metoderne ”Du bestemmer” og ”Små skridt” samt et helhedsorienteret syn på barnet og familiens samspil og trivsel.

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

5. Alle folketal er opgjort i tredje kvartal 2015.

6. Inkluderer: Samlet løn, dagpenge og kontanthjælp i alt, pension og lign., stipendier (SU) samt anden A-indkomst.

unge, med forældre, blev desuden fulgt til de supplerende tilbud i organisationen, således at de fik støtte i den første svære kontakt med fx en idrætsaktivitet.

Ved en midtvejsstatus i projektet viste det sig, at det var meget svært at rekruttere deltagere til dette forløb, og kun syv unge gennemførte forløbet. Derfor valgte projektledelsen at relancere tilbuddet som et gruppeforløb.

For at kvalificere indsatsen i projektet har sundhedsplejen ansat en kostvejleder syv timer om ugen til projektet. Projektdeltagere bliver tilbudt gruppeforløb i deres lokalområde. Der har været afholdt fire gruppeforløb.

Gruppeforløbene ledes af kostvejlederen. Der er på nogle mødegange en anden fagperson tilstede, som samarbejder om gruppeforløbet. Den sundhedspædagogiske tilgang er stadig baseret på metoderne "Små skridt", "Du bestemmer" og "Aktive vurderinger". Der er fokus på netværksdannelse, øget trivsel og selvværd. Ved hvert møde er der en fysisk aktivitet samt et sundt mellemmåltid. Der er også tilbud om forældreinddragelse i forbindelse med afviklingen af et gruppeforløb.

Ud over gruppeforløbene har der været afholdt en række aktiviteter i samarbejde med andre aktører. For eksempel er der etableret et samarbejde med Holbæk Kommunes frivillighedskoordinator og lokalforumkonsulent om 'fritidsguider'. Disse fritidsguider står til rådighed for projektdeltagere, som har brug for at blive fulgt til og/eller integreret i en foreningsaktivitet. Der er lavet en aftale med den lokale Hapkido klub, hvor man kan få gratis medlemskab i tre måneder.⁷ Mange deltager i dette og er meget glade for det. Sundhedsplejen og Ung Holbæk har i fællesskab arrangeret en event, "Fit for fight", i skolernes sommerferie i 2015. Eventen var åben for alle unge mellem 12 og 15 år.

Projektstyring og bemanning

Projektet er forankret hos sundhedsplejen, hvor der er ansat en projektleder. På holdene har børnene mødt projektlederen, som er professionsbachelor i ernæring og sundhed. Hun har forberedt og kørt undervisning og aktiviteterne. Derudover har der skiftevis været en SSP-konsulent⁸ og en børn- og ungekonsulent på alle hold.

7. Hapkido er en kampsport.

8. SSP betyder Skole-, Social- og Politisamarbejde.

Projektet indbefatter derudover samarbejde med blandt andet børnekonsulentcenterets andre faggrupper, børnetandplejen, kommunens 28 skoler, ungdomsuddannelserne, ungdomsskolen, SSP, kommunallæge, sundhedscentret samt de praktiserende læger.

Rekruttering

Rekruttering sker ved vægtscreening i slutningen af 5. klasse. Da projektet kørte med individuelle samtaler, brugte man fx foldere og plakater, men det er man gået væk fra. Ved relanceringen har man fået lavet to YouTube-videoer med unge, som har tabt sig meget i et andet af kommunens projekter.

Inden relanceringen var det meget svært at rekruttere deltagere. 45 unge fik tilbuddet, men kun syv tog imod det. Det er dog blevet nemmere, da man skiftede til gruppeforløb.

Et af problemerne i starten var, at sundhedsplejerskerne ikke vidste, hvad tilbuddet gik ud på og derfor havde svært ved at rekruttere til det. Derfor gør man nu meget ud af at informere sundhedsplejerskerne om, hvad der bliver lavet på holdene.

Et andet problem er, at nogle sundhedsplejersker finder det grænseoverskridende at tale med børn og forældre om overvægt og derfor ikke nævner det. Nogle sundhedsplejersker har oplevet at blive skældt ud eller har mødt anden form for modstand.

Projektlederen fortæller desuden, at mange unge gerne vil deltage, hvis de har hørt om andre af deres kammerater, der har deltaget.

Fastholdelse

Projektlederen oplever, at det er meget svært at fastholde de unge, og at det har været mere tidskrævende end forventet.

Projektets primære strategi for fastholdelse har været klar og tydelig information til de unge og deres forældre om, hvad der skulle ske og hvornår. Man har også gjort en aktiv indsats for, at de unge på holdet fik en god relation til hinanden. Man har desuden sendt korte sms'er til de unge om at huske at komme, og der er desuden skrevet mails på nogle hold. Ved udeblivelser er forældrene blevet kontaktet.

Fastholdelsen har været svær på grund af skiftende intervaller mellem mødegangene, hvilket har været svært for de unge at forstå. Derudover har det været særlig svært at fastholde unge, hvor der ikke var så stor opbakning hjemmefra, og hvor de unge derfor var mere vant til at

gøre som det passede dem, samtidig med at de ikke fik lov til at bestemme maden derhjemme og ikke fik mulighed for at gå til sport.

Der har været stor forskel på holdene. Deltagerne på det første hold var nemme at fastholde, der fortsatte med at være en god stemning, og de ses stadig. De følgende hold har været mindre, og det har særligt været svært at fastholde de unge på disse små hold.

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. Sundhedsplejen vil følge op på deres sundhed og trivsel.

Mange af deltagerne er fortsat i Højkidoklubben, og her er det muligt med opfølgning for disse unge.

Efter 9. klasse og til den unge fylder 18 år fortsætter den kommunale tandpleje med opfølgningen. Tandplejen noterer i sin journal, hvilke unge der har deltaget i forløbet, og sætter derefter noget ekstra tid af til disse unge, når de kommer til kontrol.

Ved projektperiodens ophør (juni 2015) afholdes der individuelle samtaler for alle børn. Ellers er der ikke planlagt egentlige opfølgningssange for holdet.

Der er ved at blive oprettet et hold i Ungdomsskolen for 14-19-årige, og der er tilbud i Holbæk Kommune om individuelle forløb, hvor ”Holbæk-modellen” anvendes, og som deltagerne kan kobles på.

RESULTATER

Da der har været meget få deltagere igennem indsatsen i Holbæk Kommune på grund af rekrutteringsvanskeligheder, så foreligger der ikke brugbare data for børnenes spørgeskemaer. Der er dog højde og vægtmålinger før og efter for i alt 19 børn. Resultaterne afrapporteres nedenfor.

FYSISK SUNDHED – VÆGT

De unges BMI startede i gennemsnit med at ligge 4,1 point over grænsen for overvægt. Ved projektets afslutning var den nede på 3,9 point, hvilket svarer til et lille fald på 0,2 point.

TABEL 5.1

BMI-point over grænsen for overvægt. Score og antal.

	Score	Antal
Før	4,1	19
Efter	3,9	19
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,2	

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

LANGELAND: SUNDHEDSGRUPPEN

Langeland Kommune ligger i Region Syddanmark og inkluderer et mindre antal omkringliggende øer. Kommunen rummer 12.576 indbyggere⁹ og er dermed en af Danmarks mindste kommuner. Gennemsnitsalderen i kommunen er 50 år, hvilket er næsten 10 år ældre end gennemsnittet for hele landet på 41 år. Cirka 15 pct. af indbyggerne er under 18 år mod et landsgennemsnit på 16 pct. Den gennemsnitlige årlige skattepligtige indkomst¹⁰ er 214.289 kr. pr. år, hvilket er lavere end landsgennemsnittet på 261.323 kr. pr. år (Danmarks Statistik, 2015).

De nyeste tal viser, at 56,5 pct. af Langeland Kommunes borgere var moderat eller svært overvægtige i 2013, hvilket er næsten 10 pct.-point mere end landsgennemsnittet, som er på 47,4 pct. (Sundhedsdata.dk - Visualisering af Sundhedsdata, 2013). 11,3 pct. af børnene i indskoling var moderat overvægtige, og 6,2 pct. var svært overvægtige. På landsplan var de tilsvarende tal henholdsvis 9,5 pct. og 2,4 pct. I udskoling blev 18,8 pct. af de unge registreret som moderat overvægtige og 7,7 pct. som svært overvægtige, hvilket er højere end andelen af overvægtige på landsplan, som var henholdsvis 13,8 pct. og 3,6 pct. (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013).

Målgruppen for projektet i Langeland Kommune er unge i 6.-9. klasse med overvægt ved sidste måling eller en u hensigtsmæssig vægtudvikling – samt deres forældre. Der har været gennemført to hold, men der var store problemer med fastholdelsen af børn og forældre. Derfor valgte man at omlægge indsatsen til et individuelt tilrettelagt forløb.

9. Alle folketal er opgjort i tredje kvartal 2015.

10. Inkluderer: Samlet løn, dagpenge og kontanthjælp i alt, pension og lign., stipendier (SU) samt anden A-indkomst.

Indsats/aktiviteter

I starten af perioden var indsatsen tilrettelagt som en blanding af samtalegrupper og individuelle samtaler med sundhedsplejersken.

Samtalegrupperne mødtes fem gange i løbet af et år. Der blev præsenteret viden omkring overvægt, og der var rum for drøftelser og erfaringsudveksling. Der blev undervist efter metoden ”små skridt til varigt vægttab” med den motiverende samtale som grundelement og med inddragelse af elementer fra metoden ”aktive vurderinger”. I grupperne er der desuden blevet afholdt workshop med Meyers Madhus.

De individuelle samtaler med sundhedsplejersken har også bygget på den motiverende samtale og har haft til formål at fastholde den unge samt forældrene i projektet og give en individuel vejledning efter behov.

Tilbuddet blev omlagt midtvejs, så det kom til at bestå af et individuelt tilrettelagt forløb med hjemmebesøg, da der var størst tilslutning til den individuelle del af indsatsen. Samtidig blev der arrangeret fælles events for alle rekrutterede børn med fokus på mad og motion.

Projektstyring og bemanding

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. Derudover har en medarbejder fra kommunens sundhedshus været involveret i at introducere børn og forældre til det lokale motionscenter, hvor de kunne træne.

Rekruttering

Eleverne rekrutteres via sundhedsplejerskernes sundhedsorienterede samtale på 5. og 8. årgang. Som forberedelse til samtalen bliver eleven bedt om at udfylde et ark, hvor vedkommende blandt andet skal svare på, om han eller hun er tilfreds med sit udseende. Ofte har projektdeltagerne selv vurderet sig til at være for kraftige og udtrykt ønske om at få hjælp til at tabe sig/holde vægten. Ved undersøgelsen af mål og vægt ses der på, om BMI er på vej op. Sundhedsplejersken foreslår i givet fald, at den unge/familien gør en indsats for at undgå, at BMI fortsætter med at stige. Den unge får derfor besked med hjem om, at forældrene tilbydes at kontakte sundhedsplejersken med henblik på at lave en plan for deltagelse i projektet

Der ligger foldere på skolerne og hos de praktiserende læger, som henviser til projektet. Yderligere har der været annonceret i den lokale avis og på skolens intranet.

Projektlederen fortæller, at tilbuddet om et forløb, som i høj grad er individuelt tilrettelagt, gør det nemmere at rekruttere. Det er også en stor fordel, når forældrene bakker op. Derimod har man oplevet spørgeskemaet, som skal udfyldes ved projektstart, som en barriere for rekrutteringen.

Fastholdelse

Det var problematisk at fastholde deltagerne i de gruppeforløb, som kørte i starten af projektet, formentlig på grund af høje krav til forældredeltagelse, da det var svært for forældrene at møde på de aftalte tider.

I de individuelt tilrettede forløb har det været nemmere at fastholde deltagerne, da møderne kunne tilrettelægges mere fleksibelt. Det fleksible, individuelle forløb betyder også, at der har været mulighed for at holde en pause i forløbet og fortsætte senere.

Den motiverende samtale har været brugt som grundelement sammen med ”små skridt”-metoden, hvilket projektlederen også vurderer har været godt for fastholdelsen.

Opfølgning

Opfølgningen består af tilbud til den unge og familien om undersøgelse og samtale med den sundhedsplejerske, der har fulgt familien med månedlige, individuelle samtaler. Tidspunkt og varighed efter afslutning aftales individuelt. Tilbuddet om opfølgning bruges af familierne, fortæller projektlederen.

RESULTATER

Da der har været meget få deltagere i indsatsen på Langeland, og der ikke er samlet data ind for alle deltagere, foreligger der ikke brugbare data for børnenes spørgeskemaer. Der er dog højde og vægtmålinger før og efter for i alt 10 børn. Resultaterne afrapporteres nedenfor.

FYSISK SUNDHED – VÆGT

De unges BMI startede i gennemsnit med at ligge 5,2 point over grænsen for overvægt. Ved projektets afslutning var den nede på 5,0, hvilket svarer til et lille fald på 0,2 point.

TABEL 5.2

BMI-point over grænsen for overvægt. Score og antal.

	Score	Antal
Før	5,2	10
Efter	5,0	10
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,2	

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

RANDERS: NU RYKKER VI!

Randers Kommune ligger i Region Midtjylland og rummer 97.032 indbyggere¹¹, hvilket gør den til en af Danmarks større kommuner. Gennemsnitsalderen er 41 år, svarende til landsgennemsnittet. Cirka 21 pct. af indbyggerne i kommunen er under 18 år mod et landsgennemsnit på 16 pct. Den gennemsnitlige årlige skattepligtige indkomst¹² er 245.534 kr. pr. indbygger, lidt under landsgennemsnittet på 261.323 kr. pr. indbygger (Danmarks Statistik, 2015).

De nyeste tal viser, at 52,4 pct. af Randers Kommunes borgere var moderat eller svært overvægtige i 2013, hvilket er højere end landsgennemsnittet, som er på 47,4 pct. (Sundhedsdata.dk-Visualisering af Sundhedsdata, 2013). 10 pct. af børnene i indskolingen var moderat overvægtige, og 2,5 pct. af børnene var svært overvægtige (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013). På landsplan var de tilsvarende tal henholdsvis 9,5 pct. og 2,4 pct. I udskolingen blev 13,7 pct. af de unge kategoriseret som moderat overvægtige og 4,8 pct. som svært overvægtige. Til sammenligning var tallene på landsplan henholdsvis 13,8 og 3,6 pct. (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013).

Målgruppen for projektet i Randers Kommune er overvægtige unge på 6.-9. klassetrin samt deres forældre/familie. Der er startet fire hold samtidig hvert halve år med cirka otte unge på hvert hold. I alt er der gennemført 16 hold i projektperioden, nogle hold dog med færre børn.

Randers Kommune samarbejder med Julemærkehjemmene, jf. beskrivelsen på side 16.

11. Alle folketal er opgjort i tredje kvartal 2015.

12. Inkluderer: Samlet løn, dagpenge og kontanthjælp i alt, pension og lign., stipendier (SU) samt anden A-indkomst.

Indsats/aktiviteter

Forløbene har en varighed på cirka ti måneder og omfatter individuelle familiesamtaler, ungegruppemøder og motion samt sundhedseftermiddage/madlavningsaftner 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 cirka en times varighed med en sundhedsplejerske. Til familiesamtalerne arbejdes der primært med kost, måltidsstruktur, motion, brug af PC/TV og søvn. Endvidere tales der om, hvordan barnet har det i ungegruppen. Der tages udgangspunkt i redskaberne "Familiemap", 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.

Der er cirka otte unge i hver ungegruppe, og gruppen ledes 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 én eller to øvelser med en aktiv pause cirka midtvejs. Øvelserne har til formål at skabe øget bevidsthed om 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 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 løbet af projektet er der blevet skabt et godt netværk til idrætsforeninger, og man har besøgt eller inddraget eksterne undervisere/trænere fra forskellige idrætstilbud i kommunen med henblik på at bygge bro til eksisterende tilbud, de unge kan fortsætte i. Holdene har på denne måde fået prøvetimer i mange forskellige sportsgrene, fx floorball, basket, amerikansk

fodbold og svømning. Mødegangene varer 1½ time og afvikles (medmindre man er på besøg et andet sted) i en gymnastiksal, centralt placeret i Randers, i tidsrummet 15:30-17.

I forløbet indgår desuden to eftermiddage/aftner for forældre og børn fra de fire hold, som er startet samtidig. Tidligere var der to 'sundhedseftermiddage', hvor den ene eftermiddag havde fokus på "mindful spisning" og den anden på motion. I den sidste del af projektperioden har der været to gange madlavning for børn og forældre. Her har familierne lavet mange forskellige retter til en fælles buffet. Madlavningen har været ledet af en ernæringsuddannet person fra Randers Sundhedscenter og har været en stor succes, både i forhold til fremmøde og tilfredshed.

Tidligere var der desuden et tilbud til de unge deltageres forældre om at deltage på vægttabsforløb, hvis forældrene selv har et BMI over 30. Da der ikke var ret stor tilslutning til disse forløb, blev de droppet igen.

Projektstyring og bemanning

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 i alt 14 skolesundhedsplejersker, en projektleder, to ansatte fra Ungdomsskolen, som står for motion, og to ernæringsuddannede, som står for madlavningsaftnerne. De unge møder typisk seks eller syv forskellige ansatte på deres forløb.

Der er udarbejdet en drejebog til både familiesamtalerne og ungegruppemøderne.

Kompetenceudvikling er en vigtig del af projektet, idet sundhedsplejerskerne skal være 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. I den forbindelse kontaktes familien. Desuden er alle unge og deres familier, som i forvejen er i et "behovsforløb" i forhold til overvægt, blevet til-

budt deltagelse. Den brede rekruttering sker ved at udbrede kendskabet til projektet på skolernes intranet, på relevante hjemmesider, facebooksider og infoskærme, via plakater på alle skoler og tandklinikker og i medierne.

Projektgruppen har oplevet, at det har været sværere at rekruttere, end man havde forventet, og at det har været meget tidskrævende. Noget af forklaringen er måske, at der har været gennemført en stor skole-strukturreform i Randers i projektperioden, hvilket har givet meget uro.

Det har været markant nemmere at rekruttere unge fra 6. klasse end ældre elever. Erfaringen er, at mange unge er betænkelige ved at tage imod tilbuddet, fordi de er bekymrede for, hvad deres kammerater vil tænke.

Forældrene har ligeledes reageret meget blandet, hvor nogle har været glade for tilbuddet og overtalt børnene til at deltage, mens andre har reageret med overraskelse og/eller vrede over henvendelsen. Derfor har projektgruppen nu besluttet, at den første henvendelse altid er på skrift, og at barnets BMI-kurve sendes med. Derefter ringer man og håndterer de konflikter, der eventuelt måtte komme.

Projektet har haft lidt problemer med at rekruttere drenge og har derfor valgt at opprioritere den fysiske aktivitet og neddrog refleksi-on/snak på holdene. Desuden har man valgt, at den ene motionstræner er en mand.

Projektet har haft størst succes med rekruttering via forældreintra, hvor det særligt er dem, der har hørt om tilbuddet fra andre eller fra medierne, der har henvendt sig.

Fastholdelse

Aftenen inden ungegruppemøde eller motion sendes alle familier en sms som hjælp til at huske at komme af sted. Ved udeblivelse kontaktes forældrene. Der bliver også jævnligt sendt mails til familierne om kommende aktiviteter. På det første møde opfordrer sundhedsplejerskerne til, at de unge udveksler mobilnumre og eventuelt laver en facebookgruppe for at understøtte sammenholdet i gruppen.

Det har varieret, hvor svært det har været at fastholde de unge fra hold til hold.

Projektlederen oplever, at det er helt afgørende for fastholdelsen, at der er en god sammenhængskraft og gruppedynamik på holdet. Derfor

arbejder de voksne meget med at etablere denne. Det er sværest at fastholde børn, som af den ene eller anden grund har det svært med at indgå i sociale gruppesammenhænge. Derfor er projektet særligt opmærksom på disse børn og arbejder med gruppens rummelighed.

Projektet har to gange oplevet, at en sundhedsplejerske er blevet udskiftet midtvejs i et forløb (på grund af jobskifte), hvilket har ført til øget frafald.

Projektlederen oplever ligeledes skolereformen med de længere skoledage som en udfordring, da de unge ikke ”ørker” mere, når de har fri.

Derudover oplever projektlederen, at det ofte er forældrene, der er udfordrede, da forældrene forventes at deltage meget, og det kan være svært for dem at passe ind tidsmæssigt.

Opfølgning

Ved den afsluttende familiesamtale tegnes en mindmap med den unge, som giver indblik i de forandringer, han/hun har gennemgået, og hvad han/hun ønsker at holde fast i eller arbejde videre med ved forældrenes hjælp. Mindmappen bidrager til at forankre ønsket om en blivende forandring i både den unge og forældrene.

Efter afsluttet forløb kontaktes alle familier, som har gennemført forløbet, årligt og tilbydes en individuel, opfølgende samtale med den sundhedsplejerske, som man 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. Det er netop besluttet at ændre tidspunktet for denne henvendelse om opfølgning, så opfølgningen for de sidste hold bliver allerede efter et halvt år, da mange var ”videre” efter et helt år.

Derudover kan der følges op via behovssamtaler med skole-sundhedsplejersken. Her er det en fordel, at næsten alle skolesundhedsplejersker er med i projektgruppen og ved, hvad de skal spørge ind til.

RESULTATER

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 142 unge. Heraf ligger der før- og efterdata for henholdsvis 69 (de unges spørgeskemaer) og for 98 (højde-/vægtmålinger) unge.

TABEL 5.3

Randers – antal udfyldte skemaer.

	Antal
I alt unge	142
Unge startskema	114
Unge slutskema	76
Unge opfølgning	24
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	<i>69</i>
<i>Unge med både start- og opfølgningsskema</i>	<i>20</i>
Sundhedsplejerske startskema	117
Sundhedsplejerske slutskema	106
Sundhedsplejerske opfølgningsskema	23
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>98</i>
<i>Unge med både før- og opfølgningsmålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>20</i>

PSYKISK SUNDHED

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

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er steget fra en score på 15,1 til en score på 16 i projektperioden, hvilket er en pæn stigning, som er statistisk signifikant. Livskvaliteten fra før indsatsen til opfølgningsforløbets afslutning er forbedret yderligere hos de unge med en slutscore på 17,9. Denne måling er dog baseret på en del færre besvarelser, og ændringen er ikke statistisk signifikant.

TABEL 5.4

Livskvalitet før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Livskvalitet før	15,1	69
Livskvalitet efter	16,0	69
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til efter	0,9 *	
Livskvalitet fra opfølgning	17,9	20
Livskvalitet fra før indsatsen til opfølgning	1,3	

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgningsforløbets afslutning.

Selvværd

De unges gennemsnitlige selvværd er ligeledes steget fra en score på 16,0 til en score på 18,1, hvilket er en pæn stigning, som er statistisk signifi-

kant. Indsatsen ser altså ud til at have en positiv effekt på de unges selvværd, hvilket var et vigtigt mål med indsatsen.

TABEL 5.5
Selvværd før og efter indsatsen. Score.

	Score
Selvværd før	16,0
Selvværd efter	18,1
Selvværd ændring	2,2 ***

Anm.: Målt ved Rosenberg Self-esteem Scale, skala 0-30. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.
Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Selvopfattet handleevne

I forhold til selvopfattet handleevne er der en statistisk signifikant stigning i de unges gennemsnitlige score, idet den går fra en score på 28,3 til en score på 29,7.

TABEL 5.6
Selvopfattet handleevne før og efter indsatsen. Score.

	Score
Selvopfattet handleevne før	28,3
Selvopfattet handleevne efter	29,7
Selvopfattet handleevne ændring	1,4 **

Anm.: Målt ved The General Self-efficacy Scale, skala 10-40. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.
Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Styrker og vanskeligheder (SDQ)

På SDQ-skalaen viser analysen små forbedringer. På problemskalaen ses et lille fald – som ser ud til at blive vedligeholdt i opfølgingsperioden. På den prosociale skala ses en lille stigning i den gennemsnitlige score.

TABEL 5.7

Strengths and Difficulties (SDQ). Score og antal.

	Problemskala	Prosocial skala	Antal
Før	11,7	7,6	69
Efter	10,9	7,7	69
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,9	0,1	
Opfølgning	9,3	8,2	20
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-0,9	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

De unges BMI startede i gennemsnit med at ligge 4,6 point over grænsen for overvægt. Ved projektets afslutning var afstanden til grænsen for overvægt nede på 3,8, hvilket er et fald på 0,8 point. Denne ændring er statistisk signifikant. Projektet i Randers er et af dem, hvor der har været den mest positive vægtudvikling.

Ved opfølgningen ser den positive vægtudvikling ud til at være vedligeholdt, idet de 20 deltagere, der er lavet opfølgningsmåling på, ligger gennemsnitligt 3,7 BMI-point over overvægtsgrænsen, hvilket er 1,8 BMI-point over niveauet, da de startede.

TABEL 5.8

BMI-point over grænsen for overvægt. Score og antal.

	Score	Antal
Før	4,6	98
Efter	3,8 ***	98
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,8	
Opfølgning	3,7	20
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-0,8	

Anm: ***p < 0.01, **p < 0.05, *p < 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 en score på 4,5 til en score på 5,8 på en skala fra 1-10 i projektperioden. Ændringen er statistisk signifikant. Scoren ved opfølgningsmålingen er 6,0, hvilket svarer til en stigning for denne gruppe på 0,8. De unge føler sig altså sundere ved både indsatsens afslutning og opfølgning, end da de startede.

TABEL 5.9

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Selvoplevet sundhed før	4,5	69
Selvoplevet sundhed efter	5,8	69
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	1,3 ***	
Selvoplevet sundhed opfølgning	6,0	20
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til opfølgning	0,8	

Anm.: Skala 1-10. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbets afslutning.

SOLRØD: MOD MÅLET

Solrød Kommune ligger i Region Sjælland og rummer 21.687 indbyggere¹³, hvilket gør den til en af landets mindste kommuner. Gennemsnitsalderen er 41 år, svarende til landsgennemsnittet. Cirka 23 pct. af indbyggerne i kommunen er under 18 år mod et landsgennemsnit på 16 pct. Den gennemsnitlige årlige skattepligtige indkomst¹⁴ er 307.915 kr. pr. indbygger, det vil sige over landsgennemsnittet på 261.323 kr. pr. indbygger (Danmarks Statistik, 2015).

De nyeste tal viser, at 50,8 pct. af Solrød Kommunes borgere var moderat eller svært overvægtige i 2013, hvilket er højere end landsgennemsnittet, som er på 47,4 pct. (Sundhedsdata.dk-Visualisering af Sundhedsdata, 2013). 10 pct. af børnene i indskoling var moderat overvægtige, og 1,4 pct. af børnene var svært overvægtige (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013). På landsplan var de tilsvarende tal henholdsvis 9,5 pct. og 2,4 pct. I udskoling blev 8,8 pct. af de unge kategoriseret som moderat overvægtige og 1,1 pct. som svært overvægtige, hvilket er lavere end andelen af overvægtige i udskoling landet over, som var henholdsvis 13,8 og 3,6 pct. (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013).

Målgruppen for projektet i Solrød Kommune er skolebørn i 6.-9. klasse, som har et BMI over 90-procents-percentilen¹⁵. Der er gennemført fem forløb bestående af 8-12 deltagere samt Det udvidede sund-

13. Alle folketal er opgjort i tredje kvartal 2015.

14. Inkluderer: Samlet løn, dagpenge og kontanthjælp i alt, pension og lign., stipendier (SU) samt anden A-indkomst.

15. BMI'en er blandt de 10 pct. største.

hedseksperimentarium¹⁶ for samtlige 6.-9. klasser på alle kommunens skoler.

Indsats/aktiviteter

Forløbet består af ugentlige gruppemøder over i alt 12 uger. I løbet af møderne afprøves forskellige udendørs og indendørs idrætsgrene. Deltagerne har 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, og sundhedsplejerskerne yder derfor også almenmenneskelig støtte og omsorg, da de øvrige problemer udfordrer de unge i forhold til at skulle ændre livsstilsvaner.

Der afholdes en køkkenworkshop for deltagerne og deres forældre, hvor de får inspiration til fremtidige kostvaner og, i selskab med en professionel kok, laver sund og næringsfuld kost.

Møderne foregår forskellige steder i kommunen, afhængigt af aktiviteterne. De finder hovedsageligt 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).

Forældrene deltager sammen med børnene i køkkenworkshoppen samt på et af gruppemøderne, hvor de i fællesskab deltager i den sportsaktivitet, der finder sted den dag. Der afholdes desuden forældremøder, hvor forældrene på baggrund af et fagligt oplæg har mulighed for at diskutere og udveksle erfaringer. Forældrene modtager også nyhedsbreve via e-mail om aktiviteterne i Mod Målet, sammen med opskrifter, nyttige links osv.

Op til forløbet inviteres alle deltagere og forældre sammen til en motiverende forsamling. I forsamlingen er fokus på de unges ønsker for fremtiden i forhold til livsstilsændringer samt tanker omkring, hvad de tror der kan motivere dem. Der lyttes både til den unge samt til forældrenes ønsker, og eventuelle forskelle drøftes.

16. Det udvidede sundhedseksperimentarium er sundhedspædagogisk undervisning med fokus på Kram-faktorerne samt mental sundhed.

Projektstyring og bemanding

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 dels gennem henvisning fra skolesundhedsplejerskerne ved individuelle sundhedssamtaler på 5. og 7. klassetrin, hvor der er blevet oplyst om tilbuddet og mulige deltagere har fået en folder. Forældrene til mulige deltagere er derefter blevet ringet op. Samtidig har man i Solrød Kommune et sundhedseksperimentarium for 6.-9. klassetrin, hvor sundhedsplejerskerne er rundt i klasserne og undervise om sundhed og trivsel. Her er eleverne også blevet målt og vejjet, og sundhedsplejersken har taget kontakt til mulige deltagere. Der har været artikler i de lokale medier samt annoncering på skoler og forældreintra, hvorefter familierne selv har haft mulighed for at henvende sig.

Projektlederen fortæller, at det i starten var sværere end forventet at rekruttere og mere tidskrævende. Det blev lettere, efter at forældre og unge havde stiftet bekendtskab med tilbuddet og flere af dem kendte tidligere deltagere. Også det, at tilbuddet for alvor blev kendt af forældrene via forældreintra, fik betydning i forhold til rekruttering. Det sociale element og de mange aktiviteter (især de sportslige) har været med til at lokke deltagere til.

Fastholdelse

For at fremme fastholdelsen sendes en sms til de unge før hver mødegang, der minder dem om at møde op. Projektlederen beskriver det som et nødvendigt og effektivt tiltag. Ved fravær uden afbud ringer de gruppeansvarlige den unge op, og hvis de ikke får fat i den unge, ringer de til forældrene. Projektet benytter sig også meget af mails. Efter hver mødegang sendes en mail til forældrene om, hvad der skal ske næste gang, tid og sted og hvad der skal medbringes. For deltagere, der bor længere væk, er der tilbud om at få dækket transportudgifter.

I projektet benytter man i høj grad de unges motivation som fastholdelsesstrategi. Der lægges vægt på at sammensætte et alsidigt og sjovt program og at have fokus på positivitet og omsorg frem for udfordringer vedr. overvægt. Deltagerne har mulighed for at benytte sms, dels til sundhedsplejerskerne, dels indbyrdes, og man bruger dette flittigt.

Som en ekstra motivation bliver deltagerne med et tilfredsstillende fremmøde præmieret med en lille gave ved forløbets afslutning.

Projektlederen fortæller, at det har været let at fastholde deltagerne, da de oplevede et stort sammenhold og følte sig trygge ved gruppen samt ved sundhedsplejerskerne – det har været en stor motivationsfaktor for de unge.

Det har været sværest med de unge, hvor forældreopbakningen ikke var så stor, og med unge, som har svært ved at falde naturligt ind i en gruppesammenhæng, hvorfor de projektansvarlige giver disse faktorer ekstra opmærksomhed.

Opfølgning

To 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 med succes har ændret, og hvad der har været svært. Derudover bliver deltagerne også vejlet.

For de senere hold (fra hold 3) afholdes der yderligere opfølgning efter 8 måneder og efter 14 måneder.

Der er ikke et stort fremmøde ved opfølgningerne (med undtagelse af hold 4). Projektlederen oplever dog, at det er godt at fastholde deltagerne på denne måde, men at man har brugt for meget tid på at svare på projektets spørgeskema i stedet for at snakke.

Derudover er der mulighed for individuel opfølgning med sundhedsplejersken eller i et andet regionalt tilbud, hvis det vurderes at være nødvendigt.

RESULTATER

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 40 unge. Det er ikke alle, der har udfyldt mere end startskemaet. Der ligger før- og efterdata for henholdsvis 33 unge og opfølgingsdata for 31-32 unge.

TABEL 5.10

Solrød – antal udfyldte skemaer.

	Antal
I alt unge	40
Unge startskema	38
Unge slutskema	32
Unge opfølgning	33
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	32
<i>Unge med både start- og opfølgningsskema</i>	31
Sundhedsplejerske startskema	38
Sundhedsplejerske slutskema	33
Sundhedsplejerske opfølgningsskema	33
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	33
<i>Unge med både før- og opfølgningsmålinger fra sundhedsplejersken</i>	32

PSYKISK SUNDHED

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

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er tilsyneladende faldet i projektperioden fra 17,1 til 15,8 point. Ved opfølgningen er faldet dog kun på 0,1 point.

TABEL 5.11

Livskvalitet før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Livskvalitet før	17,1	32
Livskvalitet efter	15,8	32
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-1,3	
Livskvalitet opfølgning	16,5	31
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til opfølgning	-0,1	

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgningsforløbets afslutning.

Selvværd

Den største forandring, der er sket med de unge i indsatsperioden, er en pæn stigning på selvværdsskalaen, hvor de i gennemsnit er gået fra 16,7 point til 19,3 point, dvs. en stigning på 2,6 point, hvilket er statistisk signifikant. Indsatsen ser altså ud til at lykkes med at give de unge et højere selvværd. Det kan skyldes, at de unge oplever at komme et sted, hvor de

bliver anerkendt og værdsat, og at sundhedsplejerskernes indsats med at give generel ”støtte og omsorg” har en positiv betydning.

TABEL 5.12

Selvværd. Score.

Selvværd før	16,7
Selvværd efter	19,3
Selvværd ændring	2,6 ***

Anm.: Målt ved Rosenberg Self-esteem Scale, skala 0-30. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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 en gennemsnitlig score på 28,1 til 29,0.

TABEL 5.13

Selvopfattet handleevne. Score.

Selvopfattet handleevne før	28,1
Selvopfattet handleevne efter	29,0
Selvopfattet handleevne ændring	1,0 ¹

¹ At det ikke giver 0,9 skyldes en afrunding.

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. Der er godt nok en lille stigning på problemskalaen, men denne udlignes og bliver til et fald i opfølgingsperioden. På den prosociale skala ses en lille stigning i den gennemsnitlige score.

TABEL 5.14

Strengths and Difficulties (SDQ). Score og antal.

	Problemskala 0-60	Prosocial	Antal
Før	11,8	7,6	32
Efter	12,2	7,8	32
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	0,4	0,2	
Opfølgning	10,7	7,9	31
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-1,8	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

De unges BMI startede i gennemsnit med at ligge 3,6 point over grænsen for overvægt. Ved projektets afslutning var den nede på 3,4, hvilket er et lille fald på 0,2 point.

Ved opfølgningen ser den positive vægtudvikling ud til at være fastholdt, idet de 32 deltagere, der er lavet opfølgningsmåling på, ligger gennemsnitligt 3,2 BMI-point over overvægtsgrænsen.

TABEL 5.15

BMI-point over grænsen for overvægt. Score og antal.

	Score	Antal
Før	3,6	33
Efter	3,4	33
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,2	
Opfølgning	3,2	32
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-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 en score på 4,9 før indsatsen til en score på 7,0 ved opfølgningsforløbet afslutning. Ændringerne er statistisk signifikante. Selvom BMI'en ikke er faldet markant, føler de unge sig markant sundere ved både indsatsens afslutning og ved opfølgning. 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 5.16

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Selvoplevet sundhed før	4,9	32
Selvoplevet sundhed efter	7,0	32
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	2,0 ¹ ***	
Selvoplevet sundhed opfølgning	7,0	31
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til opfølgning	2,2 ***	

1 At det ikke giver 2,1 skyldes en afrunding.

Anm.: Skala 1-10. ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbets afslutning.

SVENDBORG: SUNDE UNGE – SVENDBORG

Svendborg Kommune ligger i Region Syddanmark, rummer 58.086 indbyggere¹⁷, og er dermed en af Danmarks lidt større kommuner. Gennemsnitsalderen er 43 år, dvs. lidt højere end landsgennemsnittet på 41 år. Cirka 20 pct. af indbyggerne i kommunen er under 18 år mod et landsgennemsnit på 16 pct. Den gennemsnitlige årlige skattepligtige indkomst¹⁸ er 241.360 kr. pr. indbygger, lidt under landsgennemsnittet på 261.323 kr. pr. indbygger (Danmarks Statistik, 2015).

De nyeste tal viser, at 47,9 pct. af Svendborg Kommunes borgere var moderat eller svært overvægtige i 2013, hvilket svarer nogenlunde til landsgennemsnittet, som er på 47,4 pct. (Sundhedsdata.dk-Visualisering af Sundhedsdata, 2013). 9,1 pct. af børnene i indskoling var moderat overvægtige, og 1,7 pct. af børnene var svært overvægtige (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013). På landsplan var de tilsvarende tal henholdsvis 9,5 pct. og 2,4 pct. I udskoling blev 13,4 pct. af de unge kategoriseret som moderat overvægtige og 2,5 pct. som svært overvægtige, hvilket er lidt lavere end andelen af overvægtige i udskoling landet over, som var henholdsvis 13,8 og 3,6 pct. (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013).

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

Svendborg Kommune samarbejder med Julemærkehjemmene, jf. beskrivelsen på side 16.

17. Alle folketal er opgjort i tredje kvartal 2015.

18. Inkluderer: Samlet løn, dagpenge og kontanthjælp i alt, pension og lign., stipendier (SU) samt anden A-indkomst.

Indsats/aktiviteter

Indsatsen består af et intensivt seks månedersforløb med opfølgingsgruppemøde efter tre måneder. Forløbet indeholder:

1. Familiesamtaler med skolesundhedsplejerske (opstart, afslutning og opfølgning).
2. Gruppemøder hver anden uge for unge, hvor der tales om både sundhedsfaglige, sociale og trivselsrelaterede emner.
3. Motion hver uge for unge, arrangeret af Svendborg Gymnastikforening. I starten af forløbet var det kun hver anden uge, men dette blev ændret, blandt andet på baggrund af ønske fra deltagerne.
4. Køkkenværksted 2-3 gange i forløbet for unge og forældre sammen. Dette ledes af den involverede diætist.
5. Forældreforløb, hvor forældrene mødes fem gange undervejs i forløbet. Der tales om vaner og vaneændringer samt forælderroller og familieudfordringer, blandt andet med udgangspunkt i ”små skridt”-metoden.

De unge har været delt op i ”Juniorgruppen” (6.-7. klasse) og ”Ungegruppen” (8.-10. klasse), når der har været tilmeldte nok i begge grupper. Disse to grupper er slået sammen, når de dyrker motion.

Projektstyring og bemanning

Projektet er forankret i Sundhedsafdelingen i Svendborg Kommune, og sundhedsplejerskerne er de centrale fagpersoner i indsatsen. Tidligere var det organiseret, så otte sundhedsplejersker deltog i undervisningen i en ”rulleordning”. For at styrke sammenhængen er dette blevet ændret, så der nu i alt er fire sundhedsplejersker og en diætist, som deltager i undervisningsgruppen, som arbejder med de unge og deres forældre. 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, som varetager instruktionen i motionsdelen.

Svendborg Ungdomsskole har været involveret med to medarbejdere, som har fungeret som ”trivselspersoner” på de to første hold, hvor de har deltaget på tværs af aktiviteterne.

Rekruttering

Den primære rekruttering sker gennem sundhedsplejerskerne, hvor børn og unge i målgruppen bliver informeret om tilbuddet, får en folder om projektet, og deres forældre bliver kontaktet. I starten af projektet, hvor projektbeskrivelsen ikke lå endelig fast, blev børn og forældre i målgruppen orienteret om, at der ville komme et tilbud. Da tilbuddet lå fast, blev forældrene igen kontaktet telefonisk eller ved personlig samtale. Alle skolesundhedsplejersker har derudover lagt et link til projektet ud på skoleintra på deres skoler, og nogle sundhedsplejersker har sendt direkte til klasserne (6.-10. klasse). Andre relevante parter har også været informeret om projektet, herunder praktiserende læger, ungdomsuddannelser, familieafdelingen, ungdomsrådgivningen mv.

Der har været artikler i lokale medier og i Kristeligt Dagblad om projektet, og projektet har lavet en event på byens gågade, hvor man har uddelt vandflasker med logo og information om projektet.

Projektlederen fortæller, at det har været meget svært at rekruttere i perioder, mens det i andre perioder har været lettere. De unge kan opleve det som tabu at gå på et overvægtshold, hvilket har været en barriere for nogle børn og forældre. Andre har fundet tilbuddet attraktivt, især på grund af den ugentlige motion og det at være sammen med andre ”i samme båd”.

Rekrutteringen har generelt fungeret bedst, hvor folk selv har henvendt sig efter at have hørt om tilbuddet et andet sted. Så har motivationen været der, og der har ikke været noget ”pres” for at deltage.

Fastholdelse

I Svendborg sender projektet en huske-sms til familierne dagen før fremmøde, og ved fravær uden afbud kontaktes den unge pr. telefon eller sms. Ved flere afbud i træk kontaktes familien for at lave en aftale om fremtiden.

Der var tidligere et samarbejde med Ungdomsskolen, hvor der var tilknyttet to trivselspersoner, som blandt andet tilbød at køre de unge til aktiviteterne. Dette er desværre stoppet på grund af ressourcemangel hos Ungdomsskolen. Projektlederen oplever, at det er særlig svært at fastholde familier med få ressourcer, hvorfor dette tiltag var særlig relevant.

Man oplever, at det er blevet nemmere at fastholde de unge, jo længere tid projektet har kørt, fordi indsatsen har udviklet sig og er ble-

vet bedre. De unge motiveres af de sociale relationer og motionen, og af at der er fokus på fællesskab, sjov og omsorg ved gruppemøder.

Opfølgning

Tre måneder efter afsluttet gruppeforløb afholdes der et opfølgningsmøde, hvor forældrene også er med. Her oplever projektlederen, at det fungerer godt at tage udgangspunkt i de udfordringer, som forældrene/de unge har oplevet, siden forløbet er sluttet. Der er ikke så mange, der dukker op til disse opfølgningsmøder på trods af påmindelser.

Seks måneder efter forløbet kontaktes familien for et opfølgende møde ved skolesundhedsplejersken. Derefter er der opfølgning efter behov ved skolesundhedsplejersken.

RESULTATER

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 57 unge. Der foreligger før- og efterdata for henholdsvis 21 (de unges spørgeskemaer) og 27 (højde-/vægtmålinger) unge.

Der er før- og opfølgingsdata på henholdsvis 11 (de unges spørgeskemaer) og (højde-/vægtmålinger) 15 unge.

TABEL 5.17

Svendborg – antal udfyldte skemaer.

	Antal
I alt unge	57
Unge startskema	42
Unge slutskema	27
Unge opfølgning	12
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	21
<i>Unge med både start- og opfølgningsskema</i>	11
Sundhedsplejerske startskema	50
Sundhedsplejerske slutskema	30
Sundhedsplejerske opfølgningsskema	15
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	27
<i>Unge med både før- og opfølgningsmålinger fra sundhedsplejersken</i>	15

PSYKISK SUNDHED

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

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er faldet fra en score på 17,4 fra før indsatsen til en score på 16,9 ved opfølgingsforløbets afslutning. Ændringerne er dog ikke statistisk signifikante.

TABEL 5.18

Livskvalitet før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Livskvalitet før	17,4	21
Livskvalitet efter	16,7	21
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,7	
Livskvalitet opfølgning	16,9	11
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til opfølgning	-1,4	

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbets afslutning.

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 17,4 point til 19,4 point, dvs. en stigning på 2,0 point, hvilket er statistisk signifikant. Indsatsen ser altså ud til at give de unge et højere selvværd.

TABEL 5.19

Selvværd før og efter indsatsen. Score.

Selvværd før	17,4
Selvværd efter	19,4
Selvværd ændring	2,0 *

Anm.: Målt ved Rosenberg Self-esteem Scale, skala 0-30. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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

Selvopfattet handleevne

I forhold til selvopfattet handleevne er der ligeledes sket en stigning i de unges gennemsnitlige score, idet den går fra en gennemsnitlig score på 28,3 til en score på 29,7, og den er således steget med 1,4.

TABEL 5.20

Selvopfattet handleevne før og efter indsatsen. Score.

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

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 er ændringerne næsten ikke-eksisterende fra starten til slutningen, idet scoren forbedres med 0,1 på begge skalaer. I opfølgningens målingen går det den forkerte vej med de ti, som er målt. Ingen af ændringerne er statistisk signifikante.

TABEL 5.21

Strengths and Difficulties (SDQ). Score og antal.

	Problemskala	Prosocial skala	Antal
Før	11,6	7,7	21
Efter	11,7	7,8	21
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	0,1	0,1	
Opfølgning	11,7	7,0	10
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	1,7	-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

De unges BMI startede i gennemsnit med at ligge 4,4 point over grænsen for overvægt. Ved projektets afslutning var den nede på 4,0, hvilket er et fald på 0,4 point.

Ved opfølgningen lå de 15 deltagere, der er blevet målt, på 4,2 BMI-point over grænsen for overvægt. Denne gruppe startede med at ligge 3,5 point over grænsen, og det ser således ud til, at man ikke holder den positive vægtudvikling, men at de unge derimod tager på efter projektet. Denne ændring er statistisk signifikant.

TABEL 5.22

BMI-point over grænsen for overvægt. Score og antal.

	Score	Antal
Før	4,4	27
Efter	4,0	27
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,4	
Opfølgning	4,2	15
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	0,6 *	

Anm.: ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 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 4,9 til 6,3 på en skala fra 1-10 i projektperioden. Den selvoplevede sundhed er yderligere steget ved opfølgningsforløbets afslutning til en score på 6,9. Begge ændringer er statistisk signifikante.

TABEL 5.23

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Selvoplevet sundhed før	4,9	21
Selvoplevet sundhed efter	6,3	21
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	1,4 **	
Selvoplevet sundhed opfølgning	6,9	11
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til opfølgning	1,9 **	

Anm.: Skala 1-10. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgningsforløbets afslutning.

TØNDER: GODT FOR MIG

Tønder Kommune ligger i Region Syddanmark og rummer 38.037 indbyggere¹⁹. Kommunen er dermed en af Danmarks mellemstore kommuner. Gennemsnitsalderen er 44 år, dvs. lidt højere end landsgennemsnittet på 41 år. Cirka 20 pct. af indbyggerne i kommunen er under 18 år mod et landsgennemsnit på 16 pct. Den gennemsnitlige årlige skattepligtige indkomst²⁰ er 223.163 kr. pr. indbygger, det vil sige under landsgennemsnittet på 261.323 kr. pr. indbygger (Danmarks Statistik, 2015).

19. Alle folketal er opgjort i tredje kvartal 2015.

20. Inkluderer: Samlet løn, dagpenge og kontanthjælp i alt, pension og lign., stipendier (SU) samt anden A-indkomst.

De nyeste tal viser, at 57,5 pct. af Tønder Kommunes borgere var moderat eller svært overvægtige i 2013, hvilket er højere end landsgennemsnittet, som er på 47,4 pct. (Sundhedsdata.dk-Visualisering af Sundhedsdata, 2013). 13,2 pct. af børnene i indskolingen var moderat overvægtige, og 4,2 pct. af børnene var svært overvægtige (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013). På landsplan var de tilsvarende tal henholdsvis 9,5 pct. og 2,4 pct. I udskolingen blev 17,9 pct. af de unge kategoriseret som moderat overvægtige og 5,1 pct. som svært overvægtige, hvilket er højere end andelen af overvægtige i udskolingen landet over, som var henholdsvis 13,8 og 3,6 pct. (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013).

Målgruppen for projektet i Tønder Kommune er overvægtige unge på 7.-9. klassetrin samt deres forældre. Der har ca. været 100 unge (og disses forældre) tilknyttet projektet ”Godt for mig”. De har været inddelt i ca. 15 hold, fordelt på kommunens fem distrikter.

Tønder Kommune samarbejder med Julemærkehjemmene, jf. beskrivelsen på side 16.

Indsats/aktiviteter

Indsatsen består af et holdforløb, der varer cirka fire måneder, hvor de unge mødes hver 14. dag. Derudover afholdes fem forældrearrangementer om året. Nogle af holdene har efter midtvejsevalueringen været afholdt i den understøttende undervisning på skolerne for at fremme deltagelsen. Dette har betydet, at der har været flere kortere gruppemøder.

På holdene har der været arbejdet målrettet med forskellige aspekter i henhold til at leve som overvægtigt barn/teenager. Aktiviteterne omfatter blandt andet:

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 lærer at tælle kalorier på en visuel måde.
- ”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 hvert gruppemøde i form af aktive lege eller besøg i motionscenter. I motionscenteret undervises de unge af en instruktør, og der er særligt fokus på høj puls og afslapningsøvelser. Efter midtvejsevalueringen har de unge fået mere medbestemmelse på, hvilke aktiviteter de skulle lave, og de har fx været i en klatrepark og lært at spille ishockey.

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: Unge, forældre, sundhedsplejen og en diætist laver mad i fællesskab i et skolekøkken. Diætisten holder et foredrag om sammensætningen af måltider, kalorieindtag osv. Der er særligt fokus på mellemmåltider. Aftenen afsluttes med, at de unge laver madpakker til den efterfølgende dag.
- Arrangement med kendiskokken Claus Holm, som laver mad og kommer med indspark til at anvende umami²¹ i hverdagen. Han inddrager flere deltagere undervejs i forløbet. Der er smagsprøver, og de unge og deres forældre bliver udfordret med nye smagsoplevelser. Projektlederen fortæller efterfølgende, at der var rigtig god opbakning til dette arrangement også og positive tilbagemeldinger på oplevelsen fra flere.
- Deltagelse i Tønderløbet samt deltagelse i ”Godt for mig”-arrangementet *Gåtur-over-Romødæmningen (ca. 10 km)*.

Alle holdforløbene faciliteres af to sundhedsplejersker.

Projektstyring og bemanding

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

21. Umami er en af de fem grundsmage sammen med surt, salt, sødt og bittert.

På projektet er tilknyttet en række sundhedsplejersker, hvoraf der har været to tilknyttet hvert hold. På holdene har de unge mødt to sundhedsplejersker, som har været til stede alle gange og fungeret som facilitatorer, når der har været eksterne undervisere. De har også mødt en ung kvindelig diætist og mandlige instruktører, og familierne har mødt en familierådgiver.

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 forældredreentra 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 det en rekrutteringsmulighed, da alle de praktiserende læger er informeret om projektet, og enkelte læger fungerer som nævnt også som partnere i projektet.

Der er også blevet lavet en mere bred rekruttering i form af et særligt rekrutteringsarrangement med børnelæge Jens Christian Holm, som står bag ”Holbækmodellen”. Arrangementet var åbent for alle og var blevet omtalt i medierne forinden for at få maksimal opmærksomhed. Efter foredraget blev der informeret om ”Godt for mig”, og det var muligt at skrive sig op til at deltage.

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

Projektlederen fortæller, at det har været svært at rekruttere, da børnene har været bange for stigmatisering, og da mange forældre tilmed ikke synes, at deres børn var så overvægtige, at det skulle gøres til et problem. Der er også mange, der har haft svært ved at komme til mødegangene. Efter at projektet har lavet et tilbud om at deltage i skoletiden gennem den understøttende undervisning, har det været nemmere at rekruttere.

Fastholdelse

I Tønder har de projektansvarlige sendt en sms til alle de unge dagen inden hver undervisningsgang, og de har kontaktet forældrene ved udeblivelse. Der var enten bus til de aktiviteter der blev arrangeret, eller også blev aktiviteterne afholdt i nærmiljøet og på tidspunkter, som passede godt for forældrene.

Det har været svært at fastholde deltagerne i de forskellige holdforløb. Det vurderes at være en særlig udfordring med de enkelte unge over 14 år, der har været tilmeldt, fordi de har haft en mere løs indstilling til deres tilmelding end de yngre. Nogle er sprunget fra på grund af andre fritidsaktiviteter. Andre er sprunget fra, da de ikke følte, at de passede på holdet. Der har været svingende opbakning fra forældrene.

Det har virket godt i forhold til fastholdelse at fokusere på det positive og at lave nogle interessante aktiviteter. De forskellige events har været en god motivation for de unge. På de senere hold har der været en del medbestemmelse, hvilket har virket godt.

Opfølgning

Som en del af opfølgningen inviterer projektet alle tidligere deltagere med til forskellige arrangementer, fx gåtur over Rømø Dæmningen og det årlige motionsløb Tønderløbet. Den 4. juni er der et stort fælles arrangement for alle, der har deltaget i projektet. Deltagerne er desuden blevet opsøgt ved projektets afslutning med henblik på en individuel opfølgning.

Der er oprettet et tilbud i ungdomsskoleregi, Talent for Sundhed, som de unge bliver opfordret til at deltage i. Derudover er der generelt tilbud om, at de kan kontakte sundhedsplejersken efter behov.

De, der er motiverede, deltager ofte i opfølgningstilbuddene, men det er ikke alle, der har lyst til det.

Resultater

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 138 unge. Der foreligger før- og efterdata for henholdsvis 55 (de unges spørgeskemaer) og 60 (højde-/vægtmålinger) unge.

Der er før- og opfølgningsmålinger på henholdsvis 44 (de unges spørgeskemaer) og 47 (højde-/vægtmålinger) unge.

TABEL 5.24

Tønder – antal udfyldte skemaer.

	Antal
I alt unge	138
Unge startskema	99
Unge slutskema	69
Unge opfølgning	55
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	<i>55</i>
<i>Unge med både start- og opfølgningsskema</i>	<i>44</i>
Sundhedsplejerske startskema	107
Sundhedsplejerske slutskema	69
Sundhedsplejerske opfølgningsskema	49
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>60</i>
<i>Unge med både før- og opfølgningsmålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>47</i>

PSYKISK SUNDHED

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

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er steget fra en score på 16 til en score på 18,3 i perioden fra før indsatsen til opfølgingsforløbets afslutning. Det dækker over et meget lille fald fra start til slut i projektet, mens der er en stor stigning i opfølgingsperioden. Den sidstnævnte stigning er statistisk signifikant.

TABEL 5.25

Livskvalitet før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Livskvalitet før	16,0	55
Livskvalitet efter	15,9	55
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,1	
Livskvalitet opfølgning	18,3	44
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til opfølgning	2,0 ***	

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbets afslutning.

Selvværd

Der ses en stigning i deltagernes selvværd fra indsatsens start til afslutningen. Det gennemsnitlige selvværd blev i starten målt til en score på

16,7, mens den steg til en score på 17,8, svarende til en stigning på 1,0.²² Denne stigning er statistisk signifikant.

TABEL 5.26

Selvværd før og efter indsatsen. Score.

Selvværd før	16,7
Selvværd efter	17,8
Selvværd ændring	1,0 *

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

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

Selvopfattet handleevne

I forhold til selvopfattet handleevne er der et meget lille gennemsnitligt fald. Ved projektets start var den gennemsnitlige score for den selvopfattede handleevne en score på 28,3, mens den ved afslutningen var en score på 28,1. Det er et meget lille fald, som ikke er statistisk signifikant.

TABEL 5.27

Selvopfattet handleevne før og efter indsatsen. Score.

Selvopfattet handleevne før	28,3
Selvopfattet handleevne efter	28,1
Selvopfattet handleevne ændring	-0,1

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 et lidt blandet billede. På problemskalaen er der en mindre gennemsnitlig stigning, svarende til mere problematisk adfærd, fra start til afslutning, mens der er et pænt fald (som er statistisk signifikant), når man medregner opfølgingsperioden. På den prosociale skala er der et meget lille gennemsnitligt fald fra start til slut og en lille stigning, når man medregner opfølgningen.

22. Tallene går ikke op med to decimaler, hvilket skyldes afrunding.

TABEL 5.28

Strengths and Difficulties (SDQ). Score og antal.

	Problemskala	Prosocial skala	Antal
Før	12,5	7,6	55
Efter	12,9	7,4	55
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	0,5	-0,2	
Opfølgning	10,7	7,9	44
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-2,1	0,4	

Anm.: Målt ved SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Problemskala 0-60, prosocial skala 0-15. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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

FYSISK SUNDHED – VÆGT

De unges BMI startede i gennemsnit med at ligge 3,7 point over grænsen for overvægt. Ved projektets afslutning var den nede på 3,5 point, hvilket er et lille fald på 0,2 point.

Ved opfølgningen ligger de 45 deltagere, der er blevet målt, på kun 2,4 BMI-point over grænsen for overvægt. Denne gruppe havde dog også fra starten et lavere BMI, men der er altså sket et samlet fald i denne gruppe på 0,5 point. Dette er statistisk signifikant, og det ser dermed ud til, at deltagerne forstærker den positive vægtudvikling efter projektets afslutning.

TABEL 5.29

BMI-point over grænsen for overvægt. Score og antal.

	Score	Antal
Før	3,7	60
Efter	3,5	60
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,2	
Opfølgning	2,3	47
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-0,5 *	

Anm: ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 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 en score på 5,8 til en score på 6,4 på en skala fra 1-10 i projektperioden. Ved opfølgningen var den gennemsnitlige selvoplevede sundhed steget til en score på 6,6. De unge føler sig altså lidt sundere, både ved indsatsens afslutning og ved opfølgingsforløbets afslutning, end da de startede.

TABEL 5.30

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Selvoplevet sundhed før	5,8	53
Selvoplevet sundhed efter	6,4	53
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	0,5	
Selvoplevet sundhed opfølgning	6,6	44
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til opfølgning	0,4	

Anm.: Skala 1-10.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbets afslutning.

VALLENSBÆK: FEEL THE POWER

Vallensbæk Kommune ligger i Region Hovedstaden og rummer 15.317 indbyggere²³. Det er dermed en lille kommune. Gennemsnitsalderen er 40 år, dvs. lidt lavere end landsgennemsnittet på 41 år. Cirka 24 pct. af indbyggerne i kommunen er under 18 år mod et landsgennemsnit på 16 pct. Den gennemsnitlige årlige skattepligtige indkomst²⁴ er 300.177 kr. pr. indbygger, det vil sige over landsgennemsnittet på 261.323 kr. pr. indbygger (Danmarks Statistik, 2015).

De nyeste tal viser, at 48,6 pct. af Vallensbæk Kommunes borgere var moderat eller svært overvægtige i 2013, hvilket er højere end landsgennemsnittet, som er på 47,4 pct. (Sundhedsdata.dk-Visualisering af Sundhedsdata, 2013). 8,9 pct. af børnene i indskoling var moderat overvægtige, og 3,4 pct. af børnene var svært overvægtige (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013). På landsplan var de tilsvarende tal henholdsvis 9,5 pct. og 2,4 pct. I udskoling blev 14,5 pct. af de unge kategoriseret som moderat overvægtige og 2,3 pct. som svært overvægtige. Til sammenligning var landsgennemsnittet henholdsvis 13,8 og 3,6 pct. (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013).

Målgruppen for projektet i Vallensbæk Kommune er unge i 6.-9. klasse (og deres forældre), der har haft uhensigtsmæssig vægt-/højdeudvikling eller ligger lige på eller over 90-percentilen, samt unge, der er kommet hjem fra Julemærkehjem, og deres forældre. Der er gennemført tre hold. Holdstørrelsen var beregnet til 15 deltagere, men på

23. Alle folketal er opgjort i tredje kvartal 2015.

24. Inkluderer: Samlet løn, dagpenge og kontanthjælp i alt, pension og lign., stipendier (SU) samt anden A-indkomst.

grund af stor interesse startede 19-21 deltagere op pr. hold, og 14-18 deltagere pr. hold gennemførte.

Indsats/aktiviteter

Indsatsen består af et forløb på seks måneder. Der arbejdes ud fra den tilgang, at de unge allerede har den viden, de skal bruge om, hvad der er sundt. Derfor arbejder de i projektet 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 centralt. Der er følgende elementer i indsatsen:

- Samråd: Der afholdes tre 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). På det sidste hold er midtvejssamtalen blevet afholdt telefonisk med forældrene og som en motivationssamtale på skolen for den unge.
- Caféaften: Der afholdes en caféaften om måneden i tidsrummet 19.00-21.00 (primært med sundhedsplejerske og motionskonsulent og uden forældre). De første 30-45 minutter bliver brugt til at drøfte motivation og tale med de unge om, hvordan det går med deres individuelle plan. Resten af caféaftenen bliver brugt til hygge og socialt samvær, og efter de unges ønske har man blandt andet spillet spil, drukket the samt lavet og spist sunde snacks.
- Motion: Der afholdes motionseftermiddage en gang om måneden (primært med motionskonsulent og uden forældre). Motionskonsulenten tager de unge med til afprøvning af sport i det lokale foreningsliv. Han forsøger at vælge lidt anderledes sportsgrene end traditionel holdsport (fodbold, håndbold). Motionskonsulenten har blandt andet haft de unge med til taekwondo, tennis, kajak og springgymnastik. Derudover forsøger de projektansvarlige 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 med madkundskabslærer og frivillig gæstekok eller sundhedsplejer-

ske og uden forældre). Madkundskabslæreren og gæstekokken kommer med nemme og sunde opskrifter, og samtidig inspirerer de til at prøve noget nyt og anderledes. De unge har taget rigtig godt imod dette.

- Gratis abonnement til valgfri sport: Alle deltagere, der gennemfører det seks måneder lange 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.

Der er nedsat en tværfaglig gruppe, som består af de tre faste voksne i projektet, kommunens psykolog, kommunens diætist og kommunens lægekonsulent. Gruppen mødes på rådhuset (2-3 gange pr. hold), og her drøftes de enkelte unges problematikker (anonymt), og der lægges en fælles plan for, hvordan de projektansvarlige kan arbejde videre med at hjælpe dem. Hvis mødedeltagerne vurderer, at den unge kunne have gavn af individuel hjælp fra diætist, psykolog eller lægekonsulent, bliver den unge og forældrene herefter opfordret til dette.

Projektstyring og bemanning

Der er kun tre voksne samt en frivillig gæstekok, som er fast tilknyttet projektet for at sikre tryghed og fortrolighed i gruppen. De tre faste, som står for de forskellige beskrevne aktiviteter, er en sundhedsplejerske, en motionskonsulent og en madkundskabslærer. Der er tale om henholdsvis en kvinde og to mænd, hvilket man vurderer giver en god dynamik og hjælper til at tiltrække drenge til projektet.

De ansatte har kunnet bidrage med hver deres ekspertise på projektet, de har alle været meget engagerede og har fungeret godt sammen.

Rekruttering

Sundhedsplejerskerne ser 6. og 8. klasse til almindelig 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) og opfordrer dem til at deltage i projektet. De unge, som bliver opfordret til at deltage i projektet, får udleveret pjece og avisartikel (fra lokalavisen) med to tidligere deltagere i projektet.

Alle lærere bliver informeret på personaleintra om Feel The Power, og lærerne har været med 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. Der har dog kun været få, der har henvendt sig på denne baggrund.

Der har også været lavet en ”reklamerundtur”, hvor sundhedsplejersken og madkundskabslæreren i projektet går rundt i samtlige 6.-9. klasser og holder et oplæg og har en dialog med de unge om projektet (ca. 5-10 minutter pr. klasse). Man 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 omtale som ”fedeprojekt” eller lignende. Ved rundturen har man også hængt en lille plakat eller pjece op i klasserne.

Projektlederen vurderer, at det generelt har været let at rekruttere, hvilket er særligt for projektet i Vallensbæk.

Projektets positive fokus har haft en vigtig betydning for rekrutteringen, idet der ikke er blevet talt om overvægt, men power, motivation, samvær, glæde med videre. Erfaringen fra projektet er, at deltagerne derfor ikke har været bekymrede for at få nederlag ud af at deltage i projektet.

Relationen mellem projektteamet og deltagerne har haft stor betydning. Allerede ved de motiverende samtaler er der blevet vist et billede af teamet af projektansvarlige, som er unge og af forskelligt køn. På den måde kunne deltagerne allerede ved den motiverende samtale danne sig et billede af, hvem de ville møde. Relationen mellem sundhedsplejerskerne, som rekrutterer, og de unge har haft betydning, idet sundhedsplejersken i Vallensbæk Kommune er højt prioriteret, og elever og sundhedsplejersker kender hinanden godt. Lærerne har også deltaget i rekrutteringen, og der har været et godt samarbejde mellem sundhedsplejersker og lærere.

Projektet giver en bonus på op til 1.000 kr. til deltagelse i en valgfri sport til alle, som gennemfører projektet. Denne økonomiske støtte har haft betydning for halvdelen af deltagerne.

Det har dog stadig været meget tidskrævende at rekruttere, og særligt de ældste elever har sagt nej til at deltage. Afvisningen skyldes primært frygt for stigmatisering, vurderer projektlederen. Nogle forældre har desuden været en barriere, fordi de ikke havde tid, men det har hjulpet, at de kun skulle møde tre gange.

Fastholdelse

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

- Aktivitetsplan med mødetid og sted for tre måneder ad gangen er blevet udleveret.
- Reminder er lagt på Facebook dagene op til aktiviteten (lukket gruppe for de deltagere, der har lyst).
- Påmindelses-sms er sendt til alle deltagere dagen før aktiviteten.
- De fleste gange er de unge og deres forældre blevet ringet op ved udeblivelse.
- Enkelte deltagere er blevet hentet på togstationen på tidspunkter, hvor bussen ikke kørte.
- Aktiviteter sent om eftermiddagen eller om aftenen og tilsvarende tilbud om tider til individuelle samtaler.
- Tilbud om gratis abonnement på en valgfri sport til alle, der gennemførte.

De projektansvarlige har arbejdet med at gøre det hyggeligt og sjovt at komme til aktiviteterne og at skabe en god relation mellem de unge og de voksne i projektet.

Overordnet set synes de ansvarlige, at det har været let at fastholde de unge i projektet, og 81 pct. af deltagerne har fuldført, hvilket man i projektet er godt tilfreds med. Man mener, at det primært skyldes den gode relation til de voksne og den gode stemning på holdene. Der var et par deltagere, som var ved at falde fra, fordi de ikke følte, at de passede ind. De fik tilbud om at tage en ven/veninde med. De blev glade for tilbuddet, men benyttede sig dog ikke af det, og fortsatte på holdet alligevel.

Der har været enkelte, som det ikke er lykkedes at få integreret i gruppen og som faldt fra. Det har været unge, som har været meget generede, har haft ringe opbakning hjemmefra eller som har andre sociale eller psykiske problemer.

Opfølgning

Alle deltagere tilbydes opfølgning ved sundhedsplejersken. Antallet af opfølgningssamtaler aftales individuelt, men som udgangspunkt tilbydes der opfølgningssamtaler hver 3.-4. måned. De deltagere, der fortsat går i

folkeskolen, har opfølgningssamtaler med deres 'egen sundhedsplejerske' på skolen. Projektsundhedsplejersken informerer skolesundhedsplejerskerne om forløbet og opfølgningsplanen for den unge og 'superviserer' skolesundhedsplejerskerne ved behov. De deltagere, som er gået ud af folkeskolen, tilbydes opfølgningssamtaler ved projektsundhedsplejersken frem til de fylder 18 år.

Der afholdes desuden 1-2 gensynsaftner for alle deltagere årligt. De unge inviteres via mail, sms og Facebook.

Alle deltagere og deres forældre får tilbud om at kontakte projektsundhedsplejersken ved behov, hvilket flere har benyttet sig af.

Projektlederen vurderer, at opfølgningen har fungeret godt for de deltagere, der fortsat er i folkeskolen og har haft mulighed for opfølgning i skoletiden. De, som har svært ved at bibeholde motivationen, ville nok ikke selv have taget initiativ til samtalen, men når der er lagt en plan, kan der tages en positiv og motiverende snak, så de har lyst til at arbejde videre. Opfølgningen har derimod været mere udfordrende for de deltagere, som har afsluttet folkeskolen og er startet i gymnasiet eller lignende. For det første har det været sværere for dem at finde 'tid' til opfølgning, og for det andet er det langt mere ressourcekrævende, da opfølgningsmøderne skal foregå i aftentimerne i stedet for i skoletiden.

RESULTATER

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 52 unikke unge. Der foreligger før- og efterdata for henholdsvis 29 (de unges spørgeskemaer) og 40 (højde-/vægtmålinger) unge.

Der er 13, der både har besvaret før- og opfølgningsskemaet, og sundhedsplejersken har lavet højde- og vægtmålinger på 20 unge

TABEL 5.31

Vallensbæk – antal udfyldte skemaer.

	Antal
I alt unge	52
Unge startskema	33
Unge slutskema	30
Unge opfølgning	27
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	29
<i>Unge med både start- og opfølgningsskema</i>	13
Sundhedsplejerske startskema	42
Sundhedsplejerske slutskema	42
Sundhedsplejerske opfølgningsskema	21
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	40
<i>Unge med både før- og opfølgningsmålinger fra sundhedsplejersken</i>	24

PSYKISK SUNDHED

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

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er steget fra en score på 15,4 til en score på 18,5 i projektperioden og er steget yderligere til en score på 19,1 ved opfølgningssmålingen. Det er altså en stor stigning, som er statistisk signifikant ved både projektperiodens afslutning og ved opfølgningen.

TABEL 5.32

Livskvalitet før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Livskvalitet før	15,4	29
Livskvalitet efter	18,5	29
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	3,0 ***	
Livskvalitet opfølgning	19,1	13
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til opfølgning	3,8 **	

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25. ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbet afslutning.

Selvværd

Den største forandring, der er sket med de unge i indsatsperioden, er en markant stigning på selvværdsskalaen, hvor de unge i gennemsnit er gået fra 16,0 point til 21,1 point, en statistisk signifikant stigning på 5,1 point.

Dette er et meget stort spring og den største stigning i selvværd blandt de forskellige indsatser.

TABEL 5.33

Selvværd før og efter indsatsen. Score.

	Score
Selvværd før	16,0
Selvværd efter	21,1
Selvværd ændring	5,1 ***

Anm.: Målt ved Rosenberg Self-esteem Scale, skala 0-30. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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

Selvopfattet handleevne

I forhold til selvopfattet handleevne er der en pæn stigning i de unges gennemsnitlige score, idet den går fra en score på 28,6 til en score på 30,1, en statistisk signifikant stigning på 1,4.

TABEL 5.34

Selvopfattet handleevne før og efter indsatsen. Score.

	Score
Selvopfattet handleevne før	28,6
Selvopfattet handleevne efter	30,1
Selvopfattet handleevne ændring	1,4 *

Anm.: Målt ved The General Self-efficacy Scale, skala 10-40. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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

Styrker og vanskeligheder (SDQ)

På SDQ-skalaen er der sket en forbedring på begge parametre. På problemskalaen er der sket et stort fald, som dog udjævnes en smule i den opfølgende måling. På begge målinger er ændringen statistisk signifikant. På den prosociale skala er der sket en lille stigning.

TABEL 5.35

Strengths and Difficulties (SDQ). Score og antal.

	Problemskala	Prosocial skala	Antal
Før	12,4	8,0	29
Efter	9,8	8,1	29
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-2,7 ***	0,1	
Opfølgning	10,5	8,2	13
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-1,8 *	0,4	

Anm.: Målt ved SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Problemskala 0-60, prosocial skala 0-15. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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

FYSISK SUNDHED – VÆGT

De unges BMI startede i gennemsnit med at ligge 3,9 point over grænsen for overvægt. Ved projektets afslutning var den nede på 3,2, hvilket svarer til et pænt fald på 0,8 point. Faldet er statistisk signifikant. Vallensbæk er en af de kommuner, hvor der har været størst vægttab i projektperioden.

Ved opfølgningen ser det dog ud til, at den positive udvikling med hensyn til vægt er ændret, og nogle deltagere har oplevet et tilbagefald. Ved opfølgningen er den gennemsnitlige afstand til grænsen til overvægt steget til 3,9 point, hvilket er højere end ved forløbets start. Ændringen er dog lille og ikke statistisk signifikant. Den skyldes, at der er enkelte deltagere, som har taget rigtig meget på i opfølgningsperioden, mens det fortsætter i den rigtige retning for de fleste.

TABEL 5.36

BMI-point over grænsen for overvægt. Score og antal.

	Score	Antal
Før	3,7	40
Efter	2,9	40
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,8 ***	
Opfølgning	3,9	24
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	0,3	

Anm.: ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 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 en score på 3,9 til en score på 5,9 på en skala fra 1-10 i projektperioden. Ved opfølgning er den gennemsnitlige selvoplevede sundhed steget til en score på

6,5. Begge ændringer er statistisk signifikante. De unge føler sig altså sundere både ved indsatsens afslutning og ved opfølgingsforløbets afslutning, end da de startede.

TABEL 5.37

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Selvoplevet sundhed før	3,9	29
Selvoplevet sundhed efter	5,9	29
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	2,0 ***	
Selvoplevet sundhed opfølgning	6,5	13
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til opfølgning	3,1 ***	

Anm.: Skala 1-10. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbets afslutning.

VEJEN: SUND UNG

Vejen Kommune ligger i Region Syddanmark og rummer 42.789 indbyggere²⁵. Kommunen er dermed en mellemstor kommune i Danmark. Gennemsnitsalderen er 42 år, dvs. lidt højere end landsgennemsnittet på 41 år. Cirka 22 pct. af indbyggerne i kommunen er under 18 år mod et landsgennemsnit på 16 pct. Den gennemsnitlige årlige skattepligtige indkomst²⁶ er 244.125 kr. pr. indbygger, lidt under landsgennemsnittet på 261.323 kr. pr. indbygger (Danmarks Statistik, 2015).

De nyeste tal viser, at 54,5 pct. af Vejen Kommunes borgere var moderat eller svært overvægtige i 2013, hvilket er højere end landsgennemsnittet, som er på 47,4 pct. (Sundhedsdata.dk-Visualisering af Sundhedsdata, 2013). 10,7 pct. af børnene i indskoling var moderat overvægtige, og 2,9 pct. af børnene var svært overvægtige (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013). På landsplan var de tilsvarende tal henholdsvis 9,5 pct. og 2,4 pct. I udskoling blev 14,2 pct. af de unge kategoriseret som moderat overvægtige og 4,4 pct. som svært overvægtige, hvilket er lidt højere end andelen af overvægtige i udskoling landet over, som var henholdsvis 13,8 og 3,6 pct. (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013).

25. Alle folketal er opgjort i tredje kvartal 2015.

26. Inkluderer: Samlet løn, dagpenge og kontanthjælp i alt, pension og lign., stipendier (SU) samt anden A-indkomst.

Målgruppen for projektet i Vejen Kommune er unge i alderen 12-15 år (6-9. klasse), som selv synes, at de vejer for meget. Der har i hele projektperioden været gennemført syv hold med i alt cirka 50 børn/unge.

Vejen Kommune samarbejder med Julemærkehjemmene, jf. beskrivelsen på side 16.

Indsats/aktiviteter

Hvert hold mødes i starten hver anden uge i to timer om eftermiddagen. Med dette interval mødes de i alt 8-9 gange i løbet af fire måneder.

Herefter mødes gruppen en gang om måneden i de næste fire måneder. Til sidst er der en opfølgingsperiode, hvor gruppen mødes hver tredje måned i løbet af de næste seks 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 et af de lokale idrætscentre/foreninger eller en udendørs aktivitet. Der har været boksetræning, karate, zumba, fitness-træning/spinning, cykeltur x 2 à cirka 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 har der været et gruppemøde for de unge, som er startet 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 selvværd/selvtillid og fælles madlavning.

Som afslutning på det intensive forløb (de første otte måneder) har hvert hold med forældre deltaget i et arrangement i cirka seks timer en lørdag. Blandt andet har der været arrangeret kanotur, fælles bevægelse med instruktør fra DGI sydvest samt aktiviteter i naturen med naturvejleder fra Sønderkov Slot.

Øvrige aktiviteter

Foruden gruppeforløbet er der en individuel samtale i hjemmet med den enkelte deltager og dennes familie to gange i forløbet. Den ene samtale ligger i starten og den anden 4-5 måneder inde i forløbet, når gruppen går over til kun at skulle mødes én gang om måneden.

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 var i starten af projektet ikke et fast mødested fra det ene hold til det andet, men med de sidste 3-4 hold (fra foråret 2014) er stort set alle gruppemøder afholdt på Brørup Sundhedscenter, da det har passet fint med, at flere af deltagerne har været i stand til at transportere sig selv på enten cykel eller i bus/tog.

Forældrearrangementer afholdes også på Brørup Sundhedscenter, hvor sundhedsplejen i Vejen Kommune har sine lokaler, og hvor der er fine faciliteter til blandt andet fælles madlavning og andre aktiviteter.

Projektstyring og bemanning

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.

I projektet møder de unge primært de fire skolesundhedsplejersker, og de har fået undervisning ved en diætist og en folkeskolelærer med efteruddannelser i 'positiv psykologi og mental styrketræning'. Derudover har de unge mødt de forskellige instruktører i de aktivitetstilbud, de har deltaget i.

Rekruttering

Det er primært de fire skolesundhedsplejersker, der rekrutterer, blandt andet ved sundhedssamtalen i 5. (kommende 6. klasse) og 8. klasse.

Der er via Sundhedsstyrelsen lavet og trykt en folder, som deles ud til eventuelt interesserede deltagere ved sundhedssamtalerne. Via kommunens lægepraksisrådgiver er folderen desuden sendt elektronisk til alle praktiserende læger i Vejen Kommune.

Der afholdes en ”uforpligtende informationsaften”, inden et nyt hold starter. I forbindelse med informationsaftnerne annonceres tilbuddet med særskilt annonce i Vejen Kommunes ugeaviser. Desuden lægger projektet tilbuddet ud på alle folke- og friskolers skoleintra til både forældre og elever i målgruppen. Desuden er projektet annonceret på lærerinfra, så lærerne er gjort bekendt med, at tilbuddet til overvægtige unge eksisterer og derfor måske kan gøre en indsats i forhold til at opfordre unge og deres familier til at deltage.

Projektlederen fortæller, at der er stor forskel på, hvordan det har været at rekruttere unge i forskellige aldersgrupper. I 6. og til dels i 7. klasse har forældrene ofte stor indflydelse, og de har i høj grad støttet op om deltagelsen. I 8. og 9. klasse bestemmer de unge mere selv, og her har mange ikke haft lyst, blandt andet på grund af blufærdighed over for vennerne og fordi de ikke har lyst til at identificeres som overvægtige.

Det, som har virket bedst i forhold til rekruttering, har været de åbne uforpligtende informationsaftner. Især har det været godt, når de har ligget i tilknytning til sundhedssamtalerne i 5. og 8. klasse.

Fastholdelse

For at informere familierne om det, der løbende sker i Sund Ung, er der skrevet flere mails til familierne. Desuden er der sendt mange sms'er til både unge og voksne.

Der har været tæt kontakt til de deltagende familier ud fra devisen, at det at tilmelde sit barn til Sund Ung kræver hele familiens deltagelse. Undervejs har der været mange telefonsamtaler med forældrene. Blandt andet er forældrene altid blevet kontaktet, hvis det har vist sig, at den unge har øget vægten mellem to vejninger. Forældrene har også henvendt sig løbende med spørgsmål.

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.

Der er enkelte gange også blevet tilbudt hjælp med transport til gruppemøderne, men primært har de deltagende sundhedsplejersker forestået at koordinere samkørsel, aktivere netværk mv.

Fastholdelsen var sværere i starten, men er blevet nemmere i midten og i slutningen af projektperioden, da projektet har fundet en form med informationer og remindere til familierne. Fastholdelsen er

tidskrævende, men virker. Alt i alt oplever man ikke, at der har været store udfordringer med fastholdelsen.

Der har været problemer med nogle af forældrenes opbakning, hvor de ikke har været så engagerede som de lagde op til. I ganske få tilfælde er de unge blevet meldt ud. Andre gange er de forblevet i projektet, men kun meget få gange, og udelukkende efter forudgående aftale, har de haft forældrearrangement, hvor den unge deltog uden forældre. Enkelte gange har en af bedsteforældrene deltaget.

Opfølgning

Forløbet er langt og inkluderer en opfølgningsperiode, så de unge ”slippes” langsomt. Efter de sidste gange i det intensive forløb er der to opfølgningsgange efter henholdsvis tre og seks måneder. De to opfølgningsgange er uden forældre og typisk i tidsrummet fra kl. 16.00/16.30 til kl. 19.30 på den samme ugedag, som holdet plejer at mødes. Mødet inkluderer typisk en fysisk aktivitet i cirka en time. Alle bliver vejlet og målt. Endvidere er der samtale omkring bordet om, hvordan den enkelte synes det er gået siden man sidst var samlet. Efterfølgende har projektlederen skrevet orienteringsbrev fra mødet til forældre inkl. højde/vægt. Har der været vægtstigning, er de pågældende familier blevet ringet op af projektlederen for at hjælpe med at løse udfordringen. Opfølgningsgangene opfattes som en del af holdets forløb, og der har været et fremmøde på ca. 80 pct.

Derudover gøres deltagerne opmærksomme på, at de altid kan henvende sig til projektlederen eller sundhedsplejersken på skolen med tvivl, spørgsmål eller udfordringer. Det er en klar fordel, vurderer projektlederen, at Sund Ung er forankret i skolesundhedsplejen, og at man dermed kender børnene, også når de har samtaler i 8. klasse. Relationen betyder meget for den gode opfølgning.

RESULTATER

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 52 unge. Der foreligger før- og efterdata for henholdsvis 28 (de unges spørgeskemaer) og 41 (højde-/vægtmålinger) unge.

Der er start- og opfølgningsmålinger på henholdsvis 25 (de unges spørgeskemaer) og 35 (højde-/vægtmålinger) unge.

TABEL 5.38

Vejen – antal udfyldte skemaer.

	Antal
I alt unge	52
Unge startskema	34
Unge slutskema	39
Unge opfølgning	37
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	<i>28</i>
<i>Unge med både start- og opfølgningsskema</i>	<i>25</i>
Sundhedsplejerske startskema	45
Sundhedsplejerske slutskema	47
Sundhedsplejerske opfølgningsskema	38
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>41</i>
<i>Unge med både før- og opfølgningsmålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>35</i>

PSYSISK SUNDHED

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

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er steget fra en score på 16,3 til en score på 17,0 i projektperioden, og ved sammenligning med den gennemsnitlige livskvalitet fra før projektets start til opfølgingsforløbets afslutning er scoren også steget, dog en smule mindre.

TABEL 5.39

Livskvalitet før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Livskvalitet før	16,3	28
Livskvalitet efter	17,0	28
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	0,6	
Livskvalitet opfølgning	16,8	25
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til opfølgning	0,5	

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbets afslutning.

Selvværd

Der ses en stigning af deltagernes selvværd fra indsatsens start til afslutningen. Det gennemsnitlige selvværd var ved starten på en score på 17,6, mens den steg til en score på 18,3, svarende til en stigning på 0,7.

TABEL 5.40

Selvværd før og efter indsatsen. Score.

	Score
Selvværd før	17,6
Selvværd efter	18,3
Selvværd ændring	0,7

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

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

Selvopfattet handleevne

I forhold til selvopfattet handleevne er der en meget lille stigning i de unges gennemsnitlige score, idet den går fra en gennemsnitlig score på 27,5 til en score på 27,6.

TABEL 5.41

Selvopfattet handleevne før og efter indsatsen. Score.

	Score
Selvopfattet handleevne før	27,5
Selvopfattet handleevne efter	27,6
Selvopfattet handleevne ændring	0,1

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 et lidt blandet billede, men med meget små ændringer. På problemskalaen er der en lille gennemsnitlig stigning, svarende til mere problematisk adfærd, fra start til afslutning, mens der er et lille fald, når man medregner opfølgingsperioden. Modsat på den prosociale skala er der et lille gennemsnitligt fald fra start til slut og en lille stigning, når man medregner opfølgningen.

TABEL 5.42

Strengths and Difficulties (SDQ). Score og antal.

	Problemskala	Prosocial skala	Antal
Før	12,0	7,5	28
Efter	12,3	7,3	28
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	0,3	-0,2	
Opfølgning	12,0	7,6	24
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-0,2	-0,1	

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

De unges BMI startede i gennemsnit med at ligge 5,7 point over grænsen for overvægt. Ved projektets afslutning var den nede på 5,3, hvilket svarer til et fald på 0,4 point, hvilket er statistisk signifikant.

Ved opfølgningen ser det ud til, at den positive udvikling med hensyn til vægt er forstærket. Ved opfølgningen er den gennemsnitlige afstand til grænsen til overvægt faldet til 4,7 point, hvilket svarer til et samlet fald på 1,0 fra start til opfølgning for denne gruppe. Dette er ligeledes statistisk signifikant.

TABEL 5.43

BMI-point over grænsen for overvægt. Score og antal.

	Score	Antal
Før	5,7	41
Efter	5,3	41
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,4 *	
Opfølgning	4,7	35
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-1,0 **	

Anm: ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 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 en score på 5,5 til en score på 6,7 på en skala fra 1-10 i projektperioden. Ved opfølgning er den gennemsnitlige selvoplevede sundhed steget til en score på 7,0, hvor ændringen tilmed er statistisk signifikant. De unge føler sig altså lidt sundere, både ved indsatsens afslutning og ved opfølgingsforløbet afslutning, end da de startede.

TABEL 5.44

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Selvoplevet sundhed før	5,5	28
Selvoplevet sundhed efter	6,7	28
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	1,2	
Selvoplevet sundhed opfølgning	7,0	25
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til opfølgning	1,4 **	

Anm.: Skala 1-10. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbets afslutning.

VESTHIMMERLAND: SÅ LETTER VI!

Vesthimmerland Kommune ligger i Region Nordjylland og rummer 37.433 indbyggere²⁷. Dermed er det en af Danmarks mellemstore kommuner. Gennemsnitsalderen er 43 år, dvs. lidt højere end landsgennemsnittet på 41 år. Cirka 21 pct. af indbyggerne i kommunen er under 18 år mod et landsgennemsnit på 16 pct. Den gennemsnitlige årlige skattepligtige indkomst²⁸ er 234.752 kr. pr. indbygger, det vil sige under landsgennemsnittet på 261.323 kr. pr. indbygger (Danmarks Statistik, 2015).

De nyeste tal viser, at 56,1 pct. af Vesthimmerland Kommunes borgere var moderat eller svært overvægtige i 2013, hvilket er højere end landsgennemsnittet, som er på 47,4 pct. (Sundhedsdata.dk-Visualisering af Sundhedsdata, 2013). 8,5 pct. af børnene i indskolingen var moderat overvægtige, og 4,2 pct. af børnene var svært overvægtige (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013). På landsplan var de tilsvarende tal henholdsvis 9,5 pct. og 2,4 pct. I udskolingen blev 16 pct. af de unge kategoriseret som moderat overvægtige og 4,4 pct. som svært overvægtige, hvilket er højere end andelen af overvægtige i udskolingen landet over, som var henholdsvis 13,8 og 3,6 pct. (eSundhed.dk: Børnedatabasen, 2013).

Målgruppen for projektet i Vesthimmerland Kommune er skolebørn i 6.-9. klasse, som er i risiko for at udvikle eller har udviklet overvægt. Der er afviklet seks hold, og et hold er opstartet, men ophørt undervejs på grund af frafald. Hvert hold er på 5-16 deltagere, fordelt på én

27. Alle folketal er opgjort i tredje kvartal 2015.

28. Inkluderer: Samlet løn, dagpenge og kontanthjælp i alt, pension og lign., stipendier (SU) samt anden A-indkomst.

eller to grupper à 5-8 deltagere. De fleste aktiviteter foregår på gruppeniveau.

Vesthimmerland Kommune samarbejder med Julemærkehjemmene, jf. beskrivelsen på side 16.

Indsats/aktiviteter

Indsatsperioden er på 12 uger og er et intensivt forløb med gennemsnitligt to aktiviteter om ugen – flest de første otte uger og færre i slutningen. Elementerne er:

- Indledende individuel samtale med en fysioterapeut for den unge med forældrene.
- 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 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. To aftener er der fx oplæg fra sundhedsplejen om henholdsvis ’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 man 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 hvor man drøfter, hvilke strategier man kan bruge til at fastholde en positiv udvikling.
- Samtaler med psykologerne for forældrene.
- Der afsluttes med en fælles camp for holdet og familier. Det er et døgn med overnatning, og hvor 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 overgangen til opfølgningsperioden. Her deltager diætist, ungdomsskolemedarbejder og naturvejleder.

Projektstyring og bemanning

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

På forløbet møder de unge to sundhedsplejersker, en psykolog, en bachelor i human ernæring, to fysioterapeuter og en naturvejleder.

Rekruttering

Skolesundhedsplejen rekrutterer deltagere blandt de elever, der over de seneste år har haft en uhensigtsmæssig vægtudvikling. Skolesundhedsplejersken ringer til forældrene for mulige deltagere.

Derudover er der lavet en folder, som findes på biblioteket og er sendt ud til praktiserende læger. Der informeres også via elev- og forældreintra, og projektet har været omtalt i de lokale medier.

Det har været særlig svært at rekruttere fra de socialt belastede områder. Der har været stor forskel på, hvordan tilbuddet er blevet taget imod, både blandt børn og forældre. Nogle har været rigtig glade for at få hjælp til at komme videre, andre har følt sig stigmatiserede og ville hellere klare det selv i familien. Det har også været lettest at rekruttere i de områder, hvor skolens sundhedsplejerske selv deltog i projektet.

Fastholdelse

Der sendes en reminder-sms ud før hver mødegang, og ved fravær uden afbud kontaktes familien telefonisk.

De unge motiveres af at møde andre deltagere med samme udfordring som dem selv, sjove aktiviteter og engagerede voksne.

Der har været en del frafald, hvilket kommunen tilskriver manglende opbakning blandt forældrene, da indsatsen kræver en høj grad af forældredeltagelse. Hvis de unge har været fraværende flere gange, oplever de sig ikke som en del af fællesskabet og dropper ofte ud.

Opfølgning

Opfølgningen består af møder hver tredje måned et år efter det intensive forløb er afsluttet. Holdene mødes i de grupper, de var i på det intensive forløb. Her bliver de målt og vejlet, og de laver en aktivitet, fx at bage sunde boller eller cykle en tur. Opbakningen er svingende, men svarer til det engagement, der har været på det intensive forløb. Der indkaldes på samme måde som i det egentlige forløb.

Derudover får de unge at vide, at de altid kan henvende sig til sundhedsplejersken på egen skole.

RESULTATER

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 93 unge. Der foreligger før- og efterdata for henholdsvis 43 (de unges spørgeskemaer) og 55 (højde-/vægtmålinger) unge.

Datagrundlaget på opfølgningmålingerne er meget lille. Da der kun er målinger på tre unge på børneskemaerne, medtages disse ikke. Der er højde- og vægtmålinger på syv unge. Dette er stadig et meget lille tal, men de er medtaget for at give et billede af, hvordan det efterfølgende er gået de få unge, som vi har før-/efterdata på.

TABEL 5.45

Vesthimmerland – antal udfyldte skemaer.

	Antal
I alt unge	93
Unge startskema	70
Unge slutskema	53
Unge opfølgning	5
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	<i>43</i>
<i>Unge med både start- og opfølgningsskema</i>	<i>3</i>
Sundhedsplejerske startskema	87
Sundhedsplejerske slutskema	58
Sundhedsplejerske opfølgningsskema	7
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>55</i>
<i>Unge med både før- og opfølgningmålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>7</i>

PSYKISK SUNDHED

Indsatsen er ikke kun rettet mod den fysiske sundhed, men i lige så høj grad mod den psykiske, dvs. de unges trivsel og selvværd. Her gennemgås indikatorer for psykisk sundhed. Det ses, at der blandt de unge er positive forandringer på alle analyserede parametre.

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er steget fra en score på 15,1 til en score på 15,5 i projektperioden. Det svarer til en lille stigning på 0,4.

TABEL 5.46

Livskvalitet før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Livskvalitet før	15,1	43
Livskvalitet efter	15,5	43
Livskvalitet ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	0,3	

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbets afslutning.

Selvværd

Der er en pæn stigning i deltagernes selvværd fra indsatsens start til afslutningen. Det gennemsnitlige selvværd havde ved starten en score på 16,4, mens det steg til en score på 18,0 ved afslutningen af forløbet. Det svarer til en stigning på 1,6 point, hvilket er statistisk signifikant.

TABEL 5.47

Selvværd før og efter indsatsen. Score.

	Score
Selvværd før	16,4
Selvværd efter	18,0
Selvværd ændring	1,6 **

Anm.: Målt ved Rosenberg Self-esteem Scale, skala 0-30. ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 0,1.

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

Selvopfattet handleevne

I forhold til selvopfattet handleevne er der en lille stigning i de unges gennemsnitlige score, idet den går fra en score på 27,5 til en score på 27,8.

TABEL 5.48

Selvopfattet handleevne før og efter indsatsen. Score.

	Score
Selvopfattet handleevne før	27,5
Selvopfattet handleevne efter	27,8
Selvopfattet handleevne ændring	0,3

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. Der er kun tre unge, der også har udfyldt opfølgningsskemaet, hvorfor disse resultater ikke afrapporteres.

TABEL 5.49

Strengths and Difficulties (SDQ). Score og antal.

	Problemskala	Prosocial skala	Antal
Før	13,6	7,6	43
Efter	13,0	7,7	43
Ændring	-0,6	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

De unges BMI startede i gennemsnit med at ligge 5,1 point over grænsen for overvægt. Ved projektets afslutning lå de gennemsnitligt 4,6 point over grænsen for overvægt, hvilket svarer til et fald på 0,5 point. Dette fald er statistisk signifikant.

Ved opfølgningen er der kun syv deltagere, der har svaret, hvilket betyder, at tallene er meget usikre, men de er alligevel taget med for at give et billede af deltagerernes fortsatte udvikling. Tallene indikerer, at den positive udvikling med hensyn til vægt fastholdes eller forstærkes efter projektperioden, idet de syv deltagere ved opfølgningen kun er gennemsnitligt 3,4 point fra overvægtsgrænsen. Forskellen fra startmålingen er 1,2 point.

TABEL 5.50

BMI-point over grænsen for overvægt. Score og antal.

	Score	Antal
Før	5,1	55
Efter	4,6	55
Ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	-0,5 ***	
Opfølgning	3,4	7
Ændring fra før indsatsen til opfølgning	-1,2	

Anm.: ***p < 0,01, **p < 0,05, *p < 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 en score på 4,5 til en score på 6,1 på en skala fra 1-10 i projektperioden. De unge føler sig altså sundere ved indsatsens afslutning, end da de startede.

TABEL 5.51

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen samt ved opfølgning. Score og antal.

	Score	Antal
Selvoplevet sundhed før	4,5	43
Selvoplevet sundhed efter	6,1	43
Selvoplevet sundhed ændring fra før indsatsen til efter indsatsen	1,5	

Anm.: Skala 1-10.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før indsatsen, efter indsatsen samt ved opfølgingsforløbets afslutning.

BILAG

BILAG 1 UDMØNTNING AF SATSPULJEN

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](mailto:ssst@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 stigen de 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 sparingspartnere 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 evalueringselementer
- 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

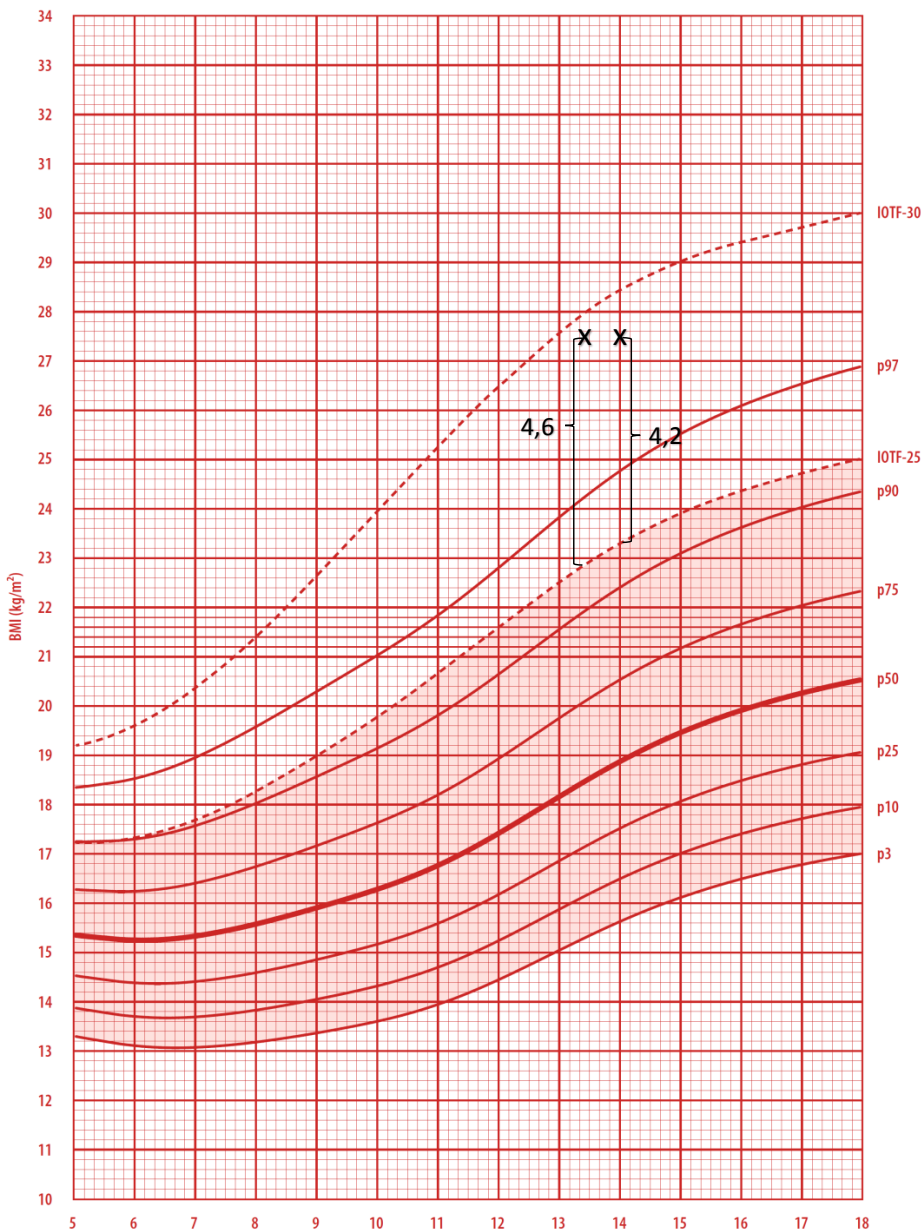
Spørgsmål vedr. økonomi rettes til
Kasper Dahl, kad@sst.dk, telefon 72 22 75 87

Spørgsmål af faglig karakter rettes til
Annette Poulsen, anp@sst.dk, telefon 72 22 75 97

BILAG 2 ALDERSSTANDARDISEREDE BMI-KURVER FOR
PIGER

Navn: _____

Fødselsdato: _____



BILAG 3 ANVENDTE STANDARDISEREDE INSTRUMENTER

WHO-5

Vi har anvendt WHO-5 trivselsindeks til måling af de unges livskvalitet. (Bech 2004). Det er et meget kort instrument, idet det kun består af fem spørgsmål. Spørgsmålene sætter fokus på den unges velbefindende indenfor de seneste to uger. Instrumentet er udviklet og valideret i en dansk sammenhæng, og det er meget anvendt i både danske og internationale studier.

Den unge får fem udsagn og skal på en på 5-point likertskala angive hvor ofte indenfor de sidste uger de har haft det på den pågældende måde. Svarkategorierne er: På intet tidspunkt, lidt af tiden, lidt over halvdelen af tiden, det meste af tiden og hele tiden.

Spørgsmålene er:

1. Jeg har været glad og i godt humør.
2. Jeg har følt mig rolig og afslappet.
3. Jeg har følt mig aktiv og energisk.
4. Jeg er vågnet frisk og veludhvilet.
5. Min dagligdag har været fyldt med ting, der interesserer mig.

ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE

Til måling af de unges selvværd har vi anvendt Rosenberg Self-Esteem Scale. Selvværd forstås som "a favorable attitude toward the self" (Rosenberg, 1965).

Skalaen består af 10 spørgsmål, som besvares på en firepunkt Likertskala af den unge selv. Svarkategorierne er helt enig, enig, uenig eller stærkt uenig. Fem af spørgsmålene er negativt formulerede, og fem er positivt formulerede.

Spørgsmålene er gengivet nedenfor. Der er tale om en SFI oversættelse.

6. Jeg føler, at jeg er en værdifuld person, i det mindste på samme niveau som andre.
7. Jeg synes, at jeg har flere gode kvaliteter.
8. Alt i alt er jeg tilbøjelig til at føle mig mislykket.
9. Jeg er i stand til at gøre ting lige så godt som de fleste andre.
10. Jeg føler, at jeg ikke har meget at være stolt af.
11. Jeg har en positiv indstilling til mig selv.

12. Jeg er stort set tilfreds med mig selv.
13. Jeg ville ønske, at jeg havde mere respekt for mig selv.
14. Til tider føler jeg mig ubrugelig.
15. Nogle gange synes jeg, at jeg ikke er god til noget.

SDQ (STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE)

SDQ er et spørgeskema, som måler adfærd og empati. Målgruppen er børn og unge mellem 4 og 16 år. Spørgeskemaet kan udfyldes enten af forældre eller pædagoger/lærere for børn i alderen 4-16 år, eller af de unge selv i alderen 11-16 år. I dette projekt har de unge selv udfyldt skemaet.

Skemaet består af 25 spørgsmål, som dækker områderne 1) Hyperaktivitet / uopmærksomhed, 2) emotionelle problemer, 3) adfærdsp problemer, 4) problemer med forholdet til jævnaldrende og 5) sociale styrker. De fire første udgør tilsammen det vi kalder ”problemskalaen”, mens den sidste del er den ”prosociale” skala.

Svarmulighederne er "passer ikke", "passer delvist", "passer godt".

Skemaet er udviklet af Goodman (Goodman et.al. 1998) og efterfølgende oversat til dansk (Obel et al., 2003). Det indgår på Socialstyrelsens liste over anbefalede validerede instrumenter til måling af børn og unges adfærd.

Spørgsmålene er:

1. Jeg forsøger at tage hensyn til andre. Jeg tænker over hvordan andre har det.
2. Jeg er rastløs. Jeg har svært ved at holde mig i ro i længere tid.
3. Jeg har tit hovedpine, ondt i maven eller kvalme.
4. Jeg deler tit med andre (slik, sodavand, blade og lignende).
5. Jeg kan blive meget vred og bliver tit hidsig
6. Jeg holder mig mest for mig selv. Jeg gør mange ting alene eller passer mig selv.
7. Jeg gør som regel det jeg får besked på.
8. Jeg er tit bekymret.
9. Jeg prøver at hjælpe, hvis nogen slår sig, er kede af det eller har det dårligt.
10. Jeg har altid uro i kroppen. Jeg har svært ved at sidde stille og holde mig i ro (arme, ben, fingre, hoved eller krop).

11. Jeg har mindst én god ven.
12. Jeg starter tit slagsmål. Jeg kan få andre til at gøre det jeg siger de skal.
13. Jeg er tit ked af det, trist eller lige ved at græde.
14. Andre på min egen alder synes for det meste godt om mig.
15. Jeg bliver nemt distraheret. Jeg har svært ved at koncentrere mig.
16. Jeg bliver utryg i nye situationer. Jeg bliver let usikker på mig selv.
17. Jeg er god mod yngre børn.
18. Jeg bliver tit beskyldt for at lyve eller snyde.
19. Jeg bliver tit mobbet eller drillet af andre børn eller unge.
20. Jeg spørger tit om jeg kan hjælpe til, hvis nogen har brug for det (forældre, lærere, børn)
21. Jeg tænker mig om, før jeg gør noget.
22. Jeg tager ting, som ikke er mine (derhjemme, i skolen eller andre steder).
23. Jeg kommer bedre ud af det med voksne end med mine jævnaldrende.
24. Jeg er bange for mange ting. Jeg er nem at forskrække.
25. Jeg gør de ting færdige jeg begynder på. Jeg er god til at koncentrere mig.

THE GENERAL SELF-EFFICACY SCALE

Selvopfattet handleevne, eller på engelsk self-efficacy - måles med The General Self-efficacy Scale (Schwarzer & Jerusalem 1995). Begrebet 'Self-efficacy' kommer fra socialpsykologien, dækker over en persons tro på vedkommendes evne til at lykkes i specifikke situationer. Skalaen består af 10 spørgsmål om den unges vurdering af egen evne til at håndtere forskellige situationer. Der er 4 svarkategorier, som er: Passer slet ikke, passer en smule, passer nogenlunde og passer præcist. Skemaet besvares af den unge selv. Spørgsmålene er indsat herunder (Eva Gemzøe Mikkelsen, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1999):

1. Jeg kan altid løse vanskelige problemer, hvis jeg prøver ihærdigt nok
2. Hvis nogen modarbejder mig, finder jeg en måde til at opnå det, jeg vil
3. Det er let for mig at holde fast ved mine planer og realisere mine mål
4. Jeg er sikker på, at jeg kan håndtere uventede hændelser

5. Takket være mine personlige ressourcer, ved jeg, hvordan jeg skal klare uforudsete situationer
 6. Jeg kan løse de fleste problemer, hvis jeg yder den nødvendige indsats
 7. Jeg bevarer roen, når der er problemer, da jeg stoler på mine evner til at løse dem
 8. Når jeg støder på et problem, kan jeg som regel finde flere løsninger
 9. Hvis jeg er i vanskeligheder, kan jeg som regel finde en udvej
- Lige meget hvad der sker, kan jeg som regel klare det

LITTERATUR

- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Co.
- Bech, P. (2004): "Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5". *QoL Newsletter*, 32, s.15-16.
- Bonke, J. & J. Greve (2010): *Helbred, trivsel og overvægt blandt danskere*. København: Gyldendal.
- Goodman R., H. Meltzer & V. Bailey (1998): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, s. 125-130.
- Hjerteforeningen (2004): *Børn og unges livsstil og risiko for hjertesygdom*. København: Hjerteforeningen.
- Kaplan G.A. & T. Camacho (1983): "Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort". *Am J Epidemiol*, 1983; 117: 292–304.
- Niss, N.K., T. Termansen & I.S. Rasmussen (2014): *Midtvejsrapport - Evaluering af forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge Projekt øget udbytte på Julemærkehjemmene evalueret af SFI på vegne af Sundhedsstyrelsen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Niss, N.K. & T. Termansen & I.S. Rasmussen (2014): *Midtvejsrapport - Evaluering af forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge - model*

- kommuneprojektet*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 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.
- Rosenberg, M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Schwarzer, R. & M. Jerusalem (1995). "Generalized Self-Efficacy scale". I: J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, s. 35- 37. Windsor, England: NFER-NELSON.
- 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.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2014

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 14:01 Bach, H.B. & M.R. Larsen: *Dagpengemodtageres situation omkring dagpengeophør*. 135 sider. e-ISBN: 978-87-7119-223-0. Netpublikation.
- 14:02 Loft, L.T.G.: *Parinterventioner og samlivsbrud. En systematisk forskningsoversigt*. 81 sider. e-ISBN: 978-87-7119-225-4. Netpublikation.
- 14:03 Aner, L.G. & H.K. Hansen: *Flytninger fra byer til land- og yderområder. Højtuddannede og socialt udsatte gruppers flytninger fra bykommuner til land- og yderkommuner – Monstre og motiver*. 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-226-1. Netpublikation.
- 14:04 Christensen, E.: *2 år efter starten på Nakuusa*. 57 sider. e-ISBN: 978-87-7119-228-5. Netpublikation.
- 14:05 Christensen, E.: *NAKUUSAP aallartimmalli ukiut marluk qaangiunneri*. 61 sider. e-ISBN: 978-87-7119-230-8. Netpublikation.
- 14:06 Bengtsson, S., L.B. Larsen & M.L. Sommer: *Dødfødte børn og deres livsbetingelser*. 147 sider. ISBN: 978-87-7119-232-2. e-ISBN: 978-87-7119-233-9. Vejledende pris: 140,00 kr.

- 14:07 Larsen, L.B., S. Bengtsson & M.L. Sommer: *Døve og dobbelte mennesker. Hverdagsliv og levevilkår*. 169 sider. ISBN: 978-87-7119-234-6. e-ISBN: 978-87-7119-235-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:08 Oldrup, H. & A.-K. Højen-Sørensen: *De aldersopdelte fokusområder i ICS. Kvalificeringen af den socialfaglige metode*. 189 sider. e-ISBN: 978-87-7119-236-0. Netpublikation.
- 14:09 Fridberg, T. & L.S. Henriksen: *Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012*. 304 sider. ISBN: 978-87-7119-237-7. e-ISBN: 978-87-7119-238-4. Vejledende pris: 300,00 kr.
- 14:10 Lauritzen, H.H.: *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2012. Nyeste viden på baggrund af aldredata-basen*. 142 sider. ISBN: 978-87-7119-239-1. e-ISBN: 978-87-7119-240-7. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:11 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Litteraturstudie af handicap og beskæftigelse*. 202 sider. ISBN: 978-87-7119-241-4. e-ISBN: 978-87-7119-242-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 14:12 Bille, R. & H. Holt: *Kommunal praksis på arbejdsskadeområdet. En kvalitativ analyse af fire jobcentres håndtering af arbejdsskader*. 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-244-5. Netpublikation.
- 14:13 Rosdahl, A.: *Fra 15 år til 27 år. PISA 2000-eleverne i 2011/12*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-245-2. e-ISBN: 978-87-7119-246-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:14 Bengtsson, S., K. Bengtsson, A.A. Kjær, M. Damgaard & C. Kolding-Sørensen: *Hvilken forskel gør en tilkendelse af førtidspension?* 144 sider. ISBN: 978-87-7119-247-6. e-ISBN: 978-87-7119-248-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:15 Bach, H.B.: *Skadelidtes reaktion på en verserende arbejdsskadesag*. e-ISBN: 978-87-7119-249-0. Netpublikation.
- 14:16 Weatherall, C.D., H.H. Lauritzen, A.T. Hansen & T. Termansen: *Evaluerings af "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Et pilotprojekt*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-250-6. e-ISBN: 978-87-7119-251-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:17 Pontoppidan, M., N.K. Niss: *Instrumenter til at måle små børns trivsel*. 78 sider. e-ISBN: 978-87-7119-252-0. Netpublikation
- 14:18 Ottosen, M.H., A. Liversage & R.F. Olsen: *Skilsmissebørn med etnisk minoritetsbaggrund*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-253-7. e-ISBN: 978-87-7119-254-4. Vejledende pris: 250,00 kr.

- 14:19 *Antidemokratiske og ekstremistiske miljøer i Danmark. En kortlægning.* 86 sider. E-ISBN: 978-87-7119-255-1, Netpublikation
- 14:20 Amilon, A.G., P. Rotger & A.G. Jeppesen: *Danskernes pensionsopsparinger og indkomster 2000-2011.* 160 sider. ISBN: 978-87-7119-256-8. e-ISBN: 978-87-7119-257-5. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:21 Jonasson, A.B.: *Konsekvenser af dagpengeperiodens halvering.* 112 sider. ISBN: 978-87-7119-258-2. e-ISBN: 978-87-7119-259-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 14:22 Siren, A. & S.G. Knudsen: *Ældre og digitalisering. Holdninger og erfaringer blandt ældre i Danmark.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-260-5. e-ISBN: 978-87-7119-262-2. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 14:23 Christoffersen, M.N., A.-K. Højen-Sørensen & L. Laugesen: *Daginstitutionens betydning for børns udvikling. En forskningsoversigt.* 192 sider. ISBN: 978-87-7119-266-7. e-ISBN: 978-87-7119-262-9. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 14:24 Keilow, M., A. Holm, S. Bagger & S. Henze-Pedersen: *Udvikling af trivselsmålinger i folkeskolen. En pilotundersøgelse.* 180 sider. e-ISBN: 978-87-7119-263-6. Netpublikation.
- 14:25 Christensen, C.P., I.G. Andersen, P. Bingley & C.S. Sonneschmidt: *Effekten af It-støtte på elevers læsefærdigheder.* 80 sider. ISBN: 978-87-7119-264-3. e-ISBN: 978-87-7119-265-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 14:26 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap, uddannelse og beskæftigelse.* 78 sider. e-ISBN: 978-87-7119-267-4. Netpublikation
- 14:27 Jakobsen, V., S. Jensen, H. Holt & M. Larsen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2014.* 208 sider, ISBN: 978-87-7119-268-1. e-ISBN: 978-87-7119-269-8. Pris: 200,00 kr.
- 14:28 Pejtersen, J.H. & T. Dyrvig: *Forebyggelse af udadreagerende adfærd hos ældre med demens.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-270-4. e-ISBN: 978-87-7119-271-1. Pris: 90,00 kr.
- 14:29 Bengtsson, S., L.N. Johansen & C.E. Andersen: *Hjemmetræning. Evaluering af regelsættet om hjælp og støtte efter Servicelovens § 32 st. 6-9.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-272-8. Netpublikation.
- 14:30 Ottosen, M.H., D. Andersen, K.M. Dahl, A.T. Hansen, M. Lausten & S.V. Østergaard: *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2014.* 248 sider. ISBN: 978-87-7119-274-2. e-ISBN: 978-87-7119-275-9. Pris: 250,00 kr.

- 15:01 Ottosen, M.H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen: *Anbragte børn og unges trivsel 2014*. 122 sider. ISBN: 978-87-7119-276-6. e-ISBN: 978-87-7119-277-3. Pris: 120,00 kr.
- 15:02 Benjaminsen, L., T. Dyrvig & T. Gliese: *Livet på hjemløseboformer*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-278-0. e-ISBN: 978-87-7119-279-7. Pris: 140,00 kr.
- 15:03 Gorinas, C. & V. Jakobsen: *Indvandreres og efterkommeres placering på det danske arbejdsmarked*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-280-3. e-ISBN: 978-87-7119-281-0. Pris: 170,00 kr.
- 15:04 Niss, N.K., A. Kierkgaard, A.-K. Højen-Sørensen & A.Aa. Hansen: *Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier. En analyse af barrierer for frontpersonalet*. 145 sider. e-ISBN: 978-87-7119-282-7. Netpublikation
- 15:05 Bengtsson, S., A.L. Rasmussen & S. Gregersen: *Metoder i botilbud*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-283-4. e-ISBN: 978-87-7119-284-1. Pris: 200,00 kr.
- 15:06 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2014*. 240 sider. ISBN: 978-87-7119-285-8. e-ISBN: 978-87-7119-286-5. Pris: 240,00 kr.
- 15:07 Dietrichson, J., M. Bøg, T. Filges & A.-M.K. Jørgensen: *Skolerettede indsatser for elever med svag socioøkonomisk baggrund*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-287-2. e-ISBN: 978-87-7119-288-9. Pris: 140,00 kr.
- 15:08 Østergaard, S.V., A.B. Steensgaard, A.T. Hansen, S. Henze-Pedersen & J. Østergaard: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer i barndommen gør en forskel?*. 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119-289-6. Netpublikation.
- 15:09 Keilow, M. & A. Holm: *Udvikling af måleinstrument for elevadfærd og -holdninger. Baseline data fra evaluering af folkeskolereformen*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-290-2. Netpublikation.
- 15:10 Albæk, K., H.B. Bach, R. Bille, B.K. Graversen, H. Holt, S. Jensen & A.B. Jonassen: *Evaluering af mentorordningen*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-291-9. Netpublikation.
- 15:12 Christensen, E. & S. Baviskar: *Unge i Grønland. Med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-293-3. e-ISBN: 978-87-7119-294-0. Pris: 120,00 kr.

- 15:13 Christensen, E. & S. Baviskar: *Kalaallit nunaanni inuusuttut. Kinguaassiuntinut tunngasut kinguaassiuntitigullu innarliisamerit qitiunneqarlutik*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-295-7. e-ISBN: 978-87-7119-296-4. Pris: 140,00 kr.
- 15:14 Rangvid, B.S., V.M. Jensen & S.S. Nielsen. *Forberedende tilbud og overgang til ungdomsuddannelse*. 99 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 297-1. Netpublikation.
- 15:15 Amilon, A. (red.): *Inkluderende skolemiljøer – elevernes roller*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-304-6. e-ISBN: 978-87-7119- 300-8. Pris: 280,00 kr.
- 15:16 Amilon, A.: *Evaluering af lokale initiativer for førtidspensionister*. 96 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 301-5. Netpublikation
- 15:17: Jakobsen, V.: *Uddannelses- og beskæftigelsesmonstre i årene efter grundskolen. En sammenligning af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande og etniske danskere*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-305-3. e-ISBN: 978-87-7119- 306-0. Pris: 140,00 kr.
- 15:18 Christensen, G., A.G. Jeppesen, A.A. Kjær & K. Markwardt: *Udsættelser af lejere – Udvikling og benchmarking. Lejere berørt af foged-sager og udsættelser i perioden 2007-13*. 178 sider, e-ISBN: 978-87-7119-307-7. Netpublikation
- 15:19 Christensen, C.P. & C. Scavenius: *Et felteksperiment med Kærlighed i Kaos. Et forældretræningsprogram til familier med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-308-4. e-ISBN: 978-87-7119- 309-1. Pris: 90,00 kr.
- 15:20 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2014. Regionale forskelle*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-310-7. e-ISBN: 978-87-7119- 311-4. Pris: 90,00 kr.
- 15:21 Nielsen, C.P., M.D. Munk, M.T. Jensen, K. Karmsteen & A.-M.K. Jørgensen: *Mønsterbryderindsatser på de videregående uddannelser. En forskningskortlægning*. 168 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 312-1. Netpublikation.
- 15:22 Sievertsen, H.H. & C.J. de Montgomery: *Børn i lavindkomstfamilier*. 105 sider. e-ISBN: 978-87-7119-313-8. Netpublikation.
- 15:23 Wendt, R.E. & A.-M.K. Jørgensen: *Forskningskortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinavisk dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2013*. 98 sider. E-ISBN:978-87-7119-314-5. Netpublikation.

- 15:24 Termansen, T., T. Dyrvig, N.K. Niss, J.H. Pejtersen: *Unge i misbrugsbehandling*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-315-2. e-ISBN: 978-87-7119- 316-9. Pris: 170,00 kr.
- 15:27 Keilow, M. & A. Holm: *Skalaer til måling af elevtrivsel på erhvervsuddannelserne. En analyse af data fra tidligere trivselsmålinger. Bidrag til Undervisningsministeriets udvikling af elevtrivselsmålinger på erhvervsuddannelserne*. 92 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 319-0. Netpublikation.
- 15:28 Andersen, D. & B.S. Rangvid: *Skoleudvikling med fokus på sprog i al undervisning. Implementering og elevresultater af udviklingsprogram til styrkelse af tosprogede elevers faglighed i de 2 første år*. 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 320-6. Netpublikation.
- 15:29 Baviskar, S: *Grønlandere i Danmark. En registerbaseret kortlægning*. 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 321-3. Netpublikation.
- 15:30 Siren, A., R.N. Brunner, R.C.H. Jørgensen: *"Øvelse gør mester" i Næstved Kommune. Evaluering af livs kvalitet i forbindelse med et rehabiliteringsforløb på plejecentre*. 71 sider. e-ISBN: 978-87-7119-322-0. Netpublikation.
- 15:31 Holt, H., M. Larsen, H.B. Bach & S. Jensen: *Borgere I fleksjob efter reformen*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-323-7. e-ISBN: 978-87-7119- 324-4. Pris: 200,00 kr.
- 15:32 Keilow, M., M. Friis-Hansen, R.M. Kristensen & A. Holm: *Effekter af klasseledelse på elevers læring og trivsel*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-325-1. e-ISBN: 978-87-7119-326-8. Pris: 170,00 kr.
- 15:33 Christensen, E: *3-5 år efter ophold i Mælkebøtten – en opfølgning af 26 børn og unge*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-327-5. e-ISBN: 978-87-7119-328-2. Pris: 60,00 kr.
- 15:34 Christensen, E: *Meeqqanik inuusuttunillu 26-nik malinnaaqinneq - Mælkebøttenimit nuunnerinit ukiut 3-5 kingorna*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-329-9. e-ISBN: 978-87-7119- 330-5. Pris: 60,00 kr.
- 15:35 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2015. National kortlægning*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-333-6. e-ISBN: 978-87-7119-334-3. Pris: 200,00 kr.
- 15:36 Nielsen, C.P., A.T. Hansen, V.M. Jensen & K.S. Arendt: *Folkeskolereformen. Beskrivelse af 2. dataindsamling blandt elever*. 137 sider. E-ISBN: 978-87-7119-335-0. Netpublikation.
- 15:37 Jensen, M.T., K. Karmsteen, A.-M.K. Jørgensen & S.B. Rayce: *Psychosocial function and health in veteran families - A gap map of publica-*

- tions within the field.* 220 sider. e-ISBN: 978-87-7119-336-7. Netpublikation.
- 15:38 Sievertsen, H.H: *En god start – betydningen af alder ved skolestart for barnets udvikling.* 83 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 337-4. Netpublikation.
- 15:39 Mehlsen, L., H. Holt, H.B. Bach & C. Törnfeldt: *Ressourceforløb. Koordinerende sagsbehandlere og borgeres erfaringer.* 108 sider. ISBN: 978-87-7119-338-1. Pris: 200,00 kr.
- 15:40 Kjer, M.G., S. Baviskar & Winter S.C.: *Skoleledelse I folkeskolereformens første år. En kortlægning.* 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-340-4. Netpublikation.
- 15:41 Benjaminsen, L., S.B. Andrade, D. Andersen, M.H. Enemark, J.F. Birkelund: *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark. En registerbaseret kortlægning.* 336 sider. ISBN: 978-87-7119-341-1. e-ISBN: 978-87-7119- 342-8. Pris: 330,00 kr.
- 15:43 Niss, N.K., I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge.* 129 sider. e-ISBN: 978-87-7119-345-9. Netpublikation.
- 15:44 Jakobsen, V., M. Larsen, S. Jensen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2015.* 272 sider. ISBN: 978-87-7119-346-6. e-ISBN: 978-87-7119- 347-3. Pris: 270,00 kr.

EVALUERING AF SATSPULJEN FOREBYGGENDE INDSATSER FOR OVERVÆGTIGE BØRN OG UNGE

KOMMUNALE MODELPROJEKTER

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. Midlerne er udmøntet til ni modelprojekter i forskellige kommuner. Denne rapport beskriver resultaterne af evalueringen af de ni modelprojekter.

Indsatserne indeholder alle et element af forældreinddragelse og opfølgning samt et fokus, som går på tværs af fysisk og psykisk sundhed – det vil sige at der arbejdes aktivt med de unges trivsel og selvværd. Der er i evalueringsrapporten et særligt fokus på disse elementer.

Resultaterne peger samlet set på, at satspuljeprosjektets fokus på psykosociale forhold, forældredeltagelse og opfølgning har virket og virkningen fastholdes efter forløbet er slut.

Der hvor projekterne viser de største resultater er i forhold til de unges selvværd, som øges og deres livskvalitet bliver også bedre. Herudover bliver de også mindre overvægtige og føler sig sundere.

Evalueringen er finansieret med midler fra satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge" og udgives sammen med Sundhedsstyrelsen.