

EVALUERING AF BØRNE- VÆGTSCENTRET

September 2015



INDHOLDSFORTEGNELSE

Indholdsfortegnelse	2
1. Indledning.....	3
Om børnevægtscentret.....	3
Data og metode.....	4
2. Hovedkonklusioner	5
3. Hvordan måles overvægt hos børn?	6
4. Hvad kendetegner børn og familier der deltager i BørneVægtsCentrets forløb?.....	7
Børnenes vægt ved forløbsstart	8
Forældres uddannelsesniveau	10
Børns og forældres etnicitet.....	11
BørneVægtsCentret som bydækkende enhed.....	12
5. Effekten af BørneVægtsCentrets specialiserede forløb – børnenes væggtab.....	13
Hvor mange børn taber sig – og hvor meget?.....	13
Vægttab i forhold til alder.....	15
Børns vægttab sammenholdt med forældres etniske baggrund.....	15
Børns vægttab sammenholdt med forældres uddannelsesniveau.....	16
Børns vægttab sammenholdt med forældres arbejdsmarkedstilknytning.....	16
Borgeroplevet effekt i BørneVægtsCentret – kvalitativ evaluering.....	17
Bilag 1 – BørneVægtsCentrets tilbud & koordinering med samarbejdspartnere.....	18
Bilag 2 – Supplerende oplysninger vedr. data og analyser.....	19

1. INDLEDNING

BørnevægtsCentret er Københavns Kommunes specialiserede tilbud til børn med svær overvægt i alderen 8-16 år. Centret ligger i Sundhedshuset Vesterbro/Kgs. Enghave og er et familiebaseret tilbud, som består af individuelle samtaler eller gruppeforløb med børn og deres familier. Et forløb i centret kan tage op til 1½-2 år.

Der er i september måned 2015 gennemført to evalueringer som med forskelligt metodisk udgangspunkt fokuserer på resultater og effekt af BørnevægtsCentrets aktiviteter. Den kvantitative evaluering, som afrapporteres her, tager udgangspunkt i systematiske målinger og registreringer af børns vægt og andre fysiske parametre samt socioøkonomiske baggrundsoplysninger om børn og deres familier. Den kvalitative evaluering bygger på interview med børn og familier og belyser nogle andre – og svært målelige – resultater, fx øget selvtillid, færre konflikter i familien og bedre trivsel hos børnene.¹

Formålet med evalueringerne er, ved hjælp af forskellige metoder og datakilder, at tegne et billede af, hvad der karakteriserer børn og familier, der benytter BørnevægtsCentrets tilbud, vurdere om der ses en effekt af indsatsen og i givet fald hvilken. Evalueringerne indgår i beslutningsgrundlaget vedrørende tilrettelæggelsen af tilbud til børn med svær overvægt i København fra 2016 og frem.

OM BØRNEVÆGTSCENTRET

Målet for alle børn som går i BørnevægtsCentret er, at barnet får et fald i BMI SDS.² Det vil i praksis sige at barnet:

1. Taber sig i vægt eller
2. Stagnerer sin vægt og dermed vokser sig tættere på det normale område i forhold til barnets alder

Ved det første møde i BørnevægtsCentret taler personalet med familien om, hvad målet for forløbet er for det pågældende barn. For et yngre barn, der fx ikke er gået i pubertet endnu, kan målet være en vægtstagnation. For et ældre barn kan målet være et vægttab på kilo. Målet er det samme, men vejene dertil kan være forskellig.

Udover vægttab er der andre effekter af indsatsen, eksempelvis gladere og mere udadvendte børn, der har lettere ved at få venner, blive en del af grupper og deltage i fritidsaktiviteter. Dette beskrives nærmere i den kvalitative evaluering. For en stor del af familierne er det en udfordring at overholde de aftalte mødetider, så det kan lade sig gøre at møde op til en aftale i centret. Omkring hver fjerde aftale resulterer i et afbud. Det har derfor betydning, hvordan de enkelte forløb tilrettelægges og følges op.

Det er ikke muligt med centrets nuværende journalsystem at trække en samlet præcis opgørelse over frafald og begrundelse herfor. I forbindelse med evalueringen er der foretaget en manuel gennemgang af 275 afsluttede journaler fra de sidste to år. Disse journaler viste en gennemførselsprocent på 60 % og en frafaldsprocent på 40 %. Af de 40 % har BørnevægtsCentret afsluttet 15 % af forløbene, som er tilfælde, hvor familierne ikke møder op til et forløb i centret, på trods af nye tider, opkald og lign. For de resterende 25%

¹ *Borgeroplevede effekter af BørnevægtsCentrets indsats – tre historier om børn og familiers arbejde med vægttab.* SUF september 2015. Udarbejdet af lokalområde Vesterbro – Kgs. Enghave Valby – Valby i samarbejde med BørnevægtsCentret.

² Se forklaring side 6

har familierne selv afsluttet før tid, det fremgår ikke, om familierne er stoppet pga. flytning, fordi barnet ønsker at stoppe, fordi de ønsker at benytte et andet tilbud eller om der findes en anden årsag.

Medarbejderne i BørnevægtsCentret bruger derfor mange ressourcer på at kontakte familierne eller de unge - enten for at minde om aftaler eller etablere nye. Dette er tidskrævende men samtidig afgørende for at fastholde kontakten med de børn og familier, som måske ellers ville falde fra. Nogle af børnene har tilknyttet en kontaktperson fra Socialforvaltningen, og BørnevægtsCentret etablerer ofte et samarbejde med disse, så de unge kan opleve en sammenhæng i den støtte, de modtager. Bilag I viser en oversigt over BørnevægtsCentrets tilbud og koordinering med samarbejdspartnere.

DATA OG METODE

Evalueringens analyser er baseret på kvantitative data indsamlet i perioden januar 2010 til oktober 2014 og omhandler i alt 750 børn og unge i alderen 7-17 år med påbegyndt forløb på BørnevægtsCentret. Registreringerne omfatter børnenes køn og alder, vægt og højde ved forløbsstart og ca. hver tredje måned derefter, samt oplysninger om forældres uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning og etniske baggrund.

I evalueringens beskrivende analyser (afsnit 4) indgår samtlige 750 børn og unge som datagrundlag i analyserne.

I vurderingen af effekten af forløbene (afsnit 5) indgår 356 børn og unge, hvilket er det antal, som i oktober 2014 havde gennemført minimum ét års behandling. Med dette menes, at der findes en måling i perioden mellem 9 og 15 mdr. efter forløbsstart.

De resterende børn og unge, som altså ikke indgår i effektanalyserne, fordeler sig således:

- 20 % var på opgørelses tidspunktet startet for under 9 måneder siden
- for 4 % fandtes en måling efter 12 mdr., men der fandtes ingen målinger i perioden mellem 9 og 15 mdr. som er kriteriet for at indgå i analysen
- 19 % havde mere end en måling efter forløbsstart men ingen målinger senere end 8 mdr. efter forløbsstart
- For 11 % findes kun måling ved forløbsstart, selvom der er gået mere end 9 mdr. fra denne måling
- I analysen af vægttab over tid (tabel 8) udgøres datagrundlaget dog af 627 børn, som alle har mindst 1 måling efter forløbsstart.

På baggrund af de tilgængelige data har det ikke været muligt at lave en frafaldsanalyse, da det ikke, på baggrund af registreringerne, er muligt at sige om et barn har stoppet sit forløb eller er udeblevet fra en eller flere aftaler.

Evalueringen er udarbejdet af Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, Afdeling for Data og Analyse i samarbejde med Center for Sundhed og BørnevægtsCentret. Børne- og Ungdomsforvaltningen har bidraget med data vedrørende københavnske skolebørns vægtstatus.

2. HOVEDKONKLUSIONER

- Evalueringen viser, at BørneVægtsCentret har succes med at støtte svært overvægtige børn og deres familier i at skabe varige livsstilsændringer og opnå vægttab eller stagnation af deres vægt. Evalueringen bygger på systematiske registreringer vedrørende i alt 750 børn og deres familier, som har deltaget i BørneVægtsCentrets specialiserede forløb til børn med svær overvægt i perioden januar 2010 til oktober 2014. Børnene var i alderen 7-17 år ved forløbets påbegyndelse.
- Tilbuddet rammer den rigtige målgruppe af svært overvægtige børn i København; de børn som starter i BørneVægtsCentret hører stort set alle til de 1 % mest overvægtige i deres aldersgruppe. For hovedpartens vedkommende svarer deres vægt ved forløbsstart til, at de har et BMI på 30 eller derover som voksne. Konsekvenserne af svær overvægt er ofte store og betydningsfulde for mange forhold i barnets liv. Studier viser, at svær overvægt i barndommen øger risikoen for at udvikle livsstilssygdomme som voksne f.eks. type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, blodpropper, slidgigt og visse former for kræft.
- Der ses en god effekt af forløbene blandt de 356 familier, der gennemfører minimum et års forløb:

Antal mdr. i forløb	12 mdr.	18 mdr.	24 mdr.
Andelen af børn der taber sig	65 %	73 %	69 %
Andelen af børn der har uændret eller stigende vægt	35 %	27 %	31 %

Det gennemsnitlige vægttab er betydelig større for drengenes vedkommende end for pigernes, hvilket er velkendt fra den internationale litteratur. For drenge ses et signifikant vægttab efter 4 mdr. i forløb og for piger efter 12 mdr.

- BørneVægtsCentret har en social ulighedsprofil, da børn og unge i forløb i centret overvejende er fra familier med anden etnisk herkomst end dansk. Forældrene har en forholdsvis stor andel af arbejdsløshed og et lavt uddannelsesniveau.
- Børn i forløb i BørneVægtsCentret kommer fra hele byen. Der er overvejende overensstemmelse mellem fordelingen af svært overvægtige børn i bydelene og repræsentationen af børn fra lokalområderne i BørneVægtsCentret. Kun på Bispebjerg-Nørrebro overstiger andelen af svært overvægtige børn dækningen i BørneVægtsCentret.
- Effekten af et forløb i BørneVægtsCentret er uafhængig af etnicitet, beskæftigelse og uddannelsesniveau, hvilket ses ved at der ikke er signifikante forskelle i effekten mellem forskellige grupper i forløb. Dette gælder både i forhold til forældres uddannelsesniveau, etniske baggrund og arbejdsmarkedstilknytning.
- Der er signifikant flere yngre børn, der opnår vægttab efter 12 mdr., sammenlignet med ældre børn.
- Parallelt med den kvantitative evaluering er der gennemført en kvalitativ evaluering, som sætter fokus på de borgeroplevede effekter af BørneVægtsCentrets indsatser og synliggør nogle af de svært målelige effekter af BørneVægtsCentrets indsats. Mens den kvantitative evaluering giver svar på spørgsmål som *hvem og hvor meget* i relation til børns vægttab, giver den kvalitative evaluering et bud på, *hvorfor* effekten ser ud som den gør. På denne måde supplerer de to evalueringer hinanden og fortæller – med hvert sit metodiske udgangspunkt – om de forandringer som BørneVægtsCentret skaber i københavnske familier med svært overvægtige børn.

I de følgende afsnit præsenteres evalueringens analyser i detaljeret form.

3. HVORDAN MÅLES OVERVÆGT HOS BØRN?

Overvægt udtrykkes typisk ved måleenheden BMI (body mass index eller kropsmasseindeks), som er betegnelsen på den måleenhed som sundhedspersonale bruger til at klassificere kropsvægt. Som vist til højre udregnes BMI ved at dividere kropsvægten i kg, med højden, i meter, i anden potens.³

$$\text{BMI} = \frac{\text{kropsvægten i kg}}{\text{højden i meter}^2}$$

BMI hos voksne og børn er imidlertid forskelligt. For eksempel er en 4-årig pige med et BMI på 18,5 overvægtig, mens det samme BMI hos en 20-årig kvinde indikerer undervægt. Dette skyldes, at der sker væsentlige ændringer i kropssammensætningen i forbindelse med børns udvikling og vækst.

WHO definerer overvægt ved et BMI på 1 standardafvigelse over det køns- og aldersjusterede gennemsnit. Denne standardafvigelse benævnes *BMI standard deviation score* (BMI SDS), og svær overvægt er defineret som en BMI SDS på 2.4. Ved brug af denne målemetode er det muligt at sammenligne graden af overvægt hos drenge og piger i alle aldre.

Ved analyser af børns vægt er det således mere hensigtsmæssigt at benytte BMI SDS end blot BMI til at beskrive børns vægtstatus. Denne metode er derfor anvendt i denne evaluering.

³ Se tabel 6 i bilag 2 for yderligere om BMI og klassifikation af overvægt.

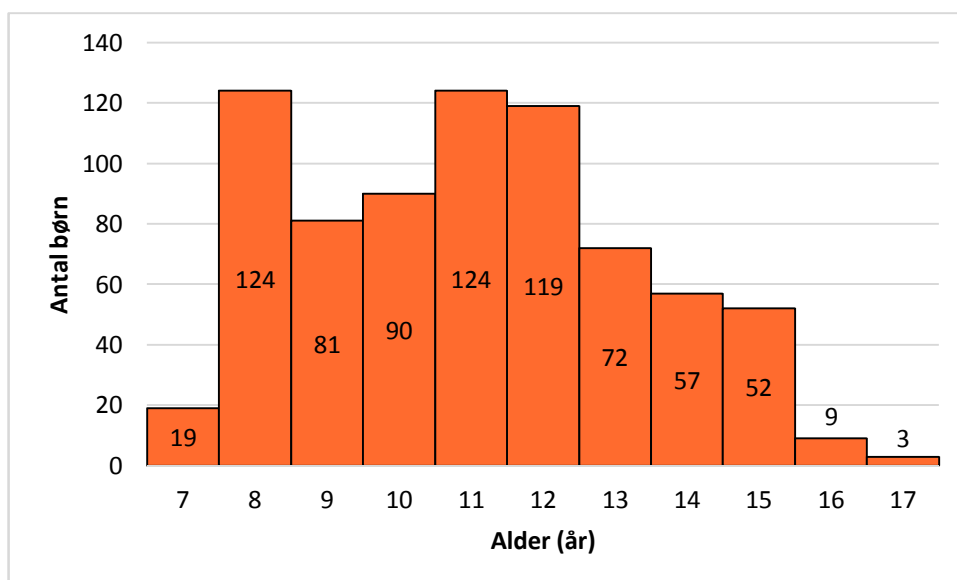
⁴ de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? *Int J Pediatr Obes.* 2010;5:458–460.

4. HVAD KENDETEGNER BØRN OG FAMILIER DER DELTAGER I BØRNEVÆGTSCENTRETS FORLØB?

I dette afsnit beskrives karakteristika for børn og familier, der anvender BørnevægtsCentrets tilbud. Analyserne bygger på registreringer vedrørende i alt 750 børn og familier, som har deltaget i et forløb i BørnevægtsCentret i perioden januar 2010 til oktober 2014. Børnene var i alderen 7-17 år ved påbegyndelse af forløb.

Af de 750 børn var 397 piger, som ved forløbsstart havde en gennemsnitlig alder på 11,5 år. Den yngste var 7,8 år og den ældste 17,2 år. De 353 drenge havde en gennemsnitlig alder på 11,6 år, den yngste var 7,1 år og den ældste 17,0 år.

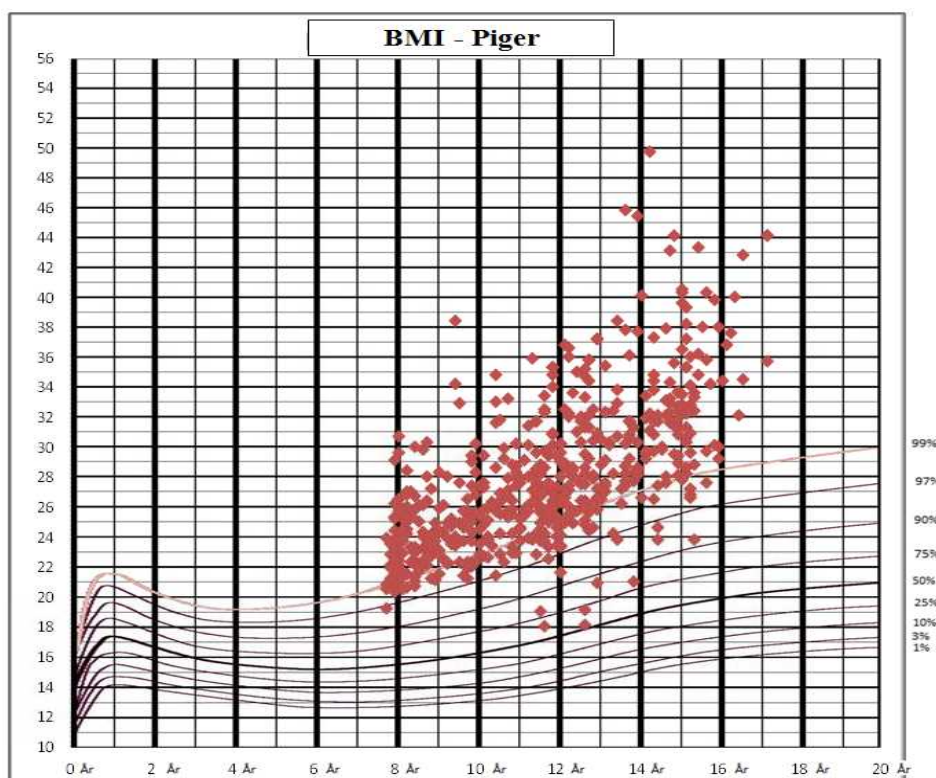
Figur 1: Aldersfordeling ved forløbsstart for 750 børn i BørnevægtsCentret 201-2014



BØRNENES VÆGT VED FORLØBSSTART

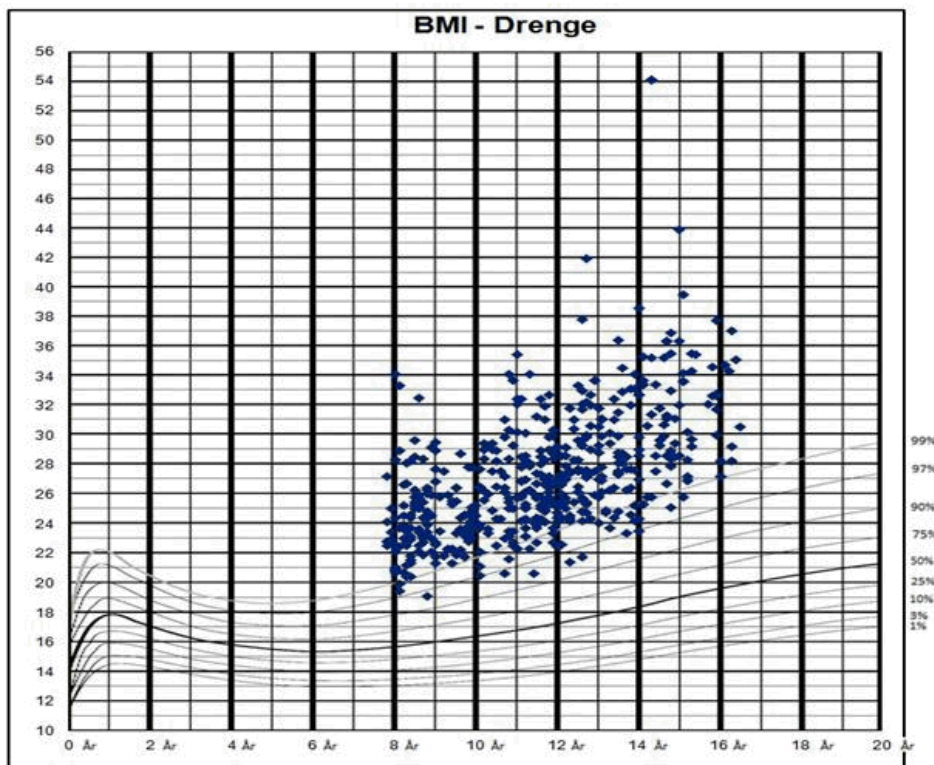
Figur 1 og 2 viser hhv. pigers og drenges BMI ved påbegyndt forløb i BørnevægtsCentret.⁵ Det ses at stort set alle børnene ligger på eller over 99-pertilen (99 %-linjen i figur 1 og 2), hvilket vil sige, at de hører til de 1 % mest overvægtige i deres aldersgruppe.

Figur 1: BMI ved påbegyndt forløb for 397 piger



⁵ Kurverne er baseret på Karsten Nysoms referencemateriale. 50-percentilen svarer til 0 BMI SDS, 90-percentilen svarer til 1,28 BMI SDS og 99-percentilen (øverste linje) svarer til 2,33 BMI SDS.

Figur 2 – BMI ved påbegyndt forløb for de 353 drenge



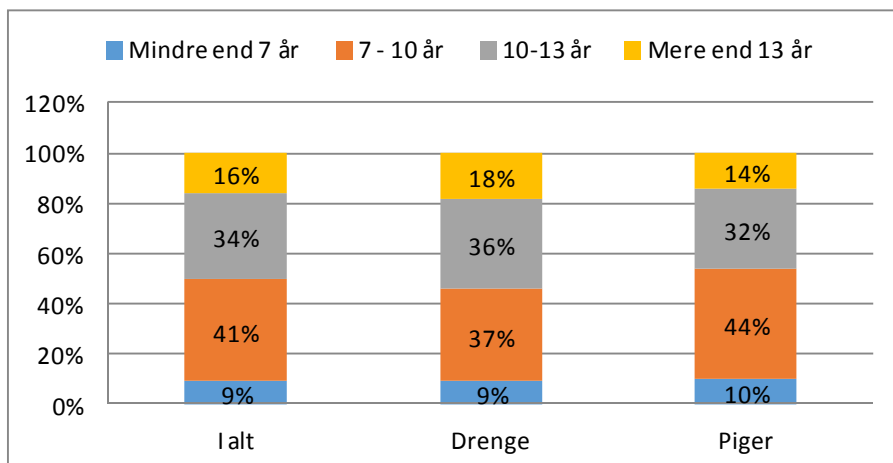
Den øverste linje (99-percentilen) i figur 1 og 2 indikerer svær overvægt og svarer til, at barnet har et BMI på 30 som voksen. Af begge kurver fremgår det, at en stor del af børnene ville blive klassificeret som havende svær overvægt klasse I og II (jf. WHO definition og tabel 7 i bilag 2), hvis de var voksne. Der er også børn, som hvis de var voksne, ville befinde sig i svær overvægt klasse III. Graden af overvægt definerer hvor helbredstruede børnene er.

De børn som ligger under 99-percentilen på kurverne i figur 1 og 2, og således er moderat overvægtige, er børn, der har været på Julemærkehjem, og som er henvist til et vedligeholdelsesforløb i centret, eller børn som har tabt sig i perioden fra de bliver henvist til de møder op første gang i BørnevægtsCentret.

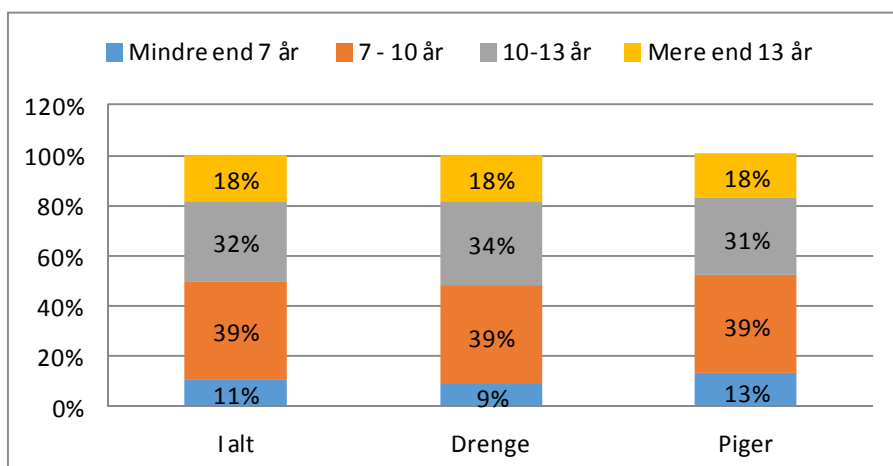
FORÆLDRES UDDANNELSESNIVEAU

Figur 3 og 4 nedenfor viser henholdsvis mødres og fædres uddannelsesnivea, opgjort for drenge, piger og i alt.

Figur 3: Fars uddannelsesnivea, opgjort for hhv. drenge, piger og i alt



Figur 4: Mors uddannelsesnivea, opgjort for hhv. drenge, piger og i alt



Figurene viser, at halvdelen af forældrene til børn i forløb i BørnevægtsCentret havde folkeskolen som højeste uddannelsesnivea, mens 17 % havde et uddannelsesnivea som svarer til at have gennemført en studieforberedende ungdomsuddannelse (gymnasial uddannelse el. lign.) eller højere. Til sammenligning havde mere end 65 % af alle 15-69-årige i Danmark i 2011 gennemført en gymnasial uddannelse eller et højere uddannelsesnivea.⁶

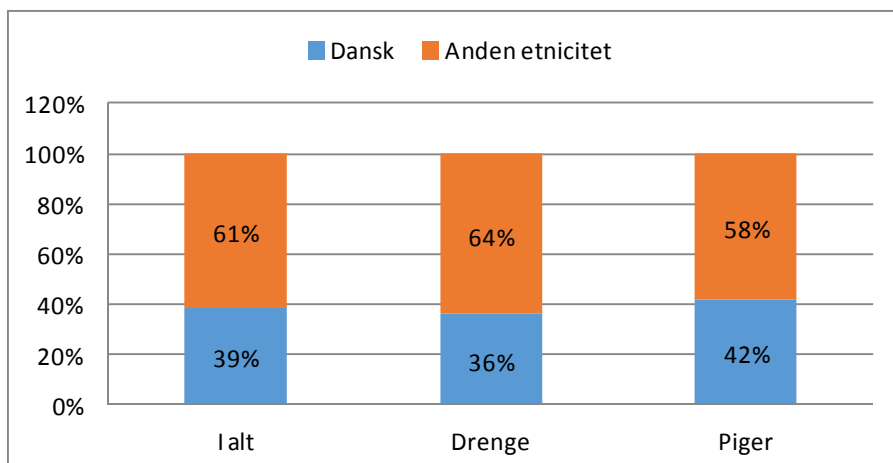
Forældrene til de børn, der gennemfører forløb i BørnevægtsCentret, har således i højere grad korte uddannelser, sammenlignet med den danske befolkning generelt.

⁶ http://www.uvm.dk/~media/UVM/Filer/Stat/PDF/12/121211%20Uddannelsesniveaet%20i%20Danmark_3.pdf

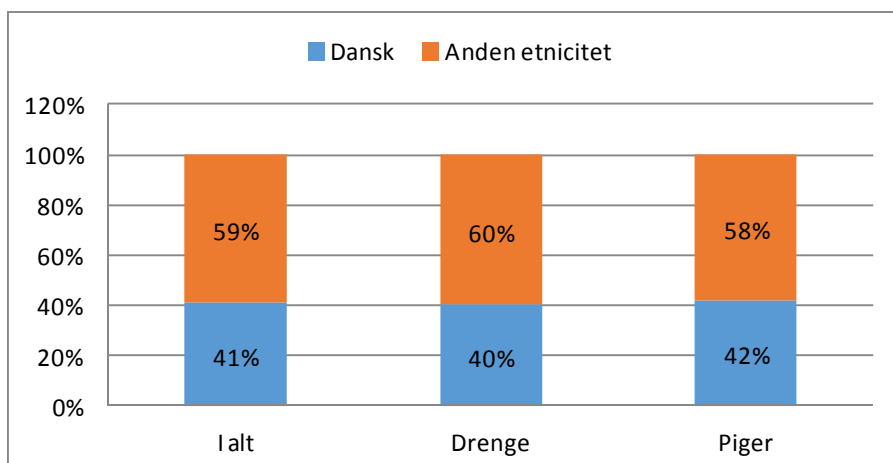
BØRNS OG FORÆLDRES ETNICITET

Figur 5 og 6 nedenfor viser henholdsvis mødres og fædres etniske baggrund, opgjort for drenge, piger og i alt.

Figur 5: Fars etniske baggrund, opgjort for hhv. drenge, piger og i alt



Figur 6: Mors etniske baggrund, opgjort for hhv. drenge, piger og i alt



Det ses, at af de 750 børn og unge, som påbegyndte forløb i BørnevægtsCentret i perioden januar 2010 til oktober 2014, har ca. 60 % anden etnisk baggrund end dansk. Til sammenligning var indvandrерandelen inkl. efterkommere i 2014 i Københavns Kommune 22,7 %.⁷

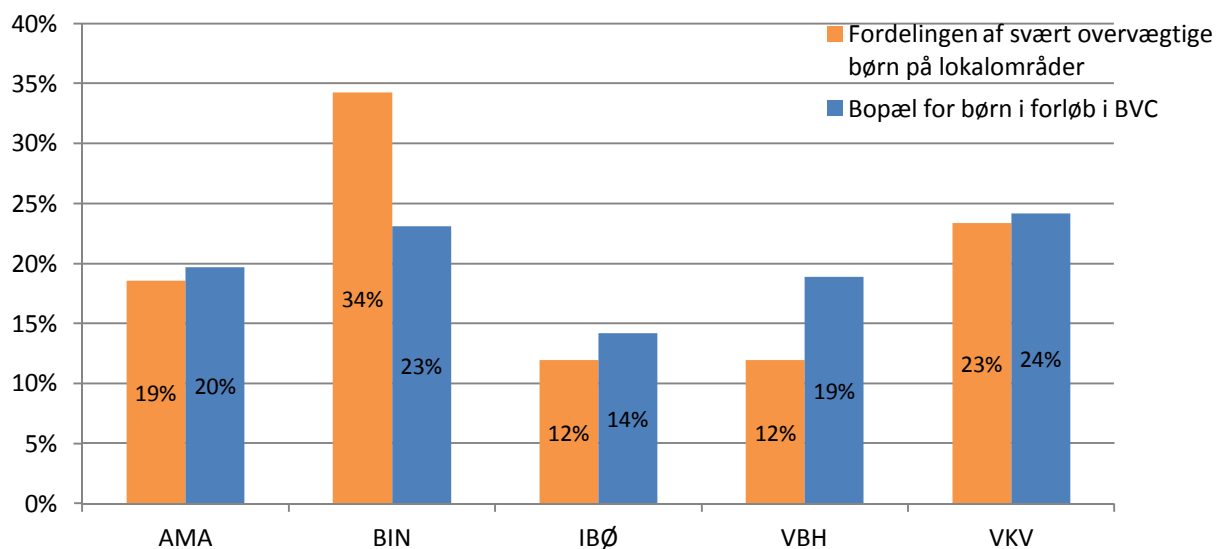
Der er altså en højere andel af børn med anden etnisk baggrund end dansk, der benytter BørnevægtsCentrets tilbud.

⁷ <http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/19004/indv.pdf>

BØRNEVÆGTSCENTRET SOM BYDÆKKENDE ENHED

Figur 7 viser fordelingen af svært overvægtige børn i bydelene og sammenligner dette med hvor i byen de børn, som benytter BørnevægtsCentret, er bosiddende. Data vedr. børns vægtstatus er opgjort på baggrund af data fra sundhedsplejens journal Novax.⁸

Figur 7: Fordeling af svært overvægtige børn i lokalområder og i BørnevægtsCentret



Det ses, at børn i forløb i BørnevægtsCentret kommer fra hele byen. Der er overvejende overensstemmelse mellem fordelingen af svært overvægtige børn i bydelene og repræsentationen af børn fra lokalområderne i BørnevægtsCentret. Kun på Bispebjerg-Nørrebro er der markant flere svært overvægtige børn sammenlignet med andelen fra dette lokalområde, der er tilknyttet BørnevægtsCentret. Figuren udtrykker et 'serviceniveau' ift. børnenes bopæl, men tallene afdækker ikke behovet på bydelsniveau for at modtage tilbud i BørnevægtsCentret.

⁸ Se tabel 7 i bilag 2 for yderligere information om baggrundsdata vedr. københavnske børns vægtstatus.

5. EFFEKTEN AF BØRNEVÆGTSCENTRETS SPECIALISEREDE FORLØB – BØRNE- VÆGT TAB

Dette afsnit indeholder analyser og opgørelser over effekten af forløb i BørnevægtsCentret opgjort på forskellige parametre. Figurer og tabeller indeholder oplysninger om, hvor stor en andel af børnene, der taber sig på forskellige tidspunkter, hvornår der ses et statistisk signifikant vægttab for henholdsvis drenge og piger, samt om effekten af vægttab i forhold til barnets alder, forældres uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknnytning og etniske baggrund.

HVOR MANGE BØRN TABER SIG – OG HVOR MEGET?

Tabel 1 viser effekten af de gennemførte forløb, udregnet efter hhv. 12, 18, og 24 måneders tilknytning til BørnevægtsCentret.

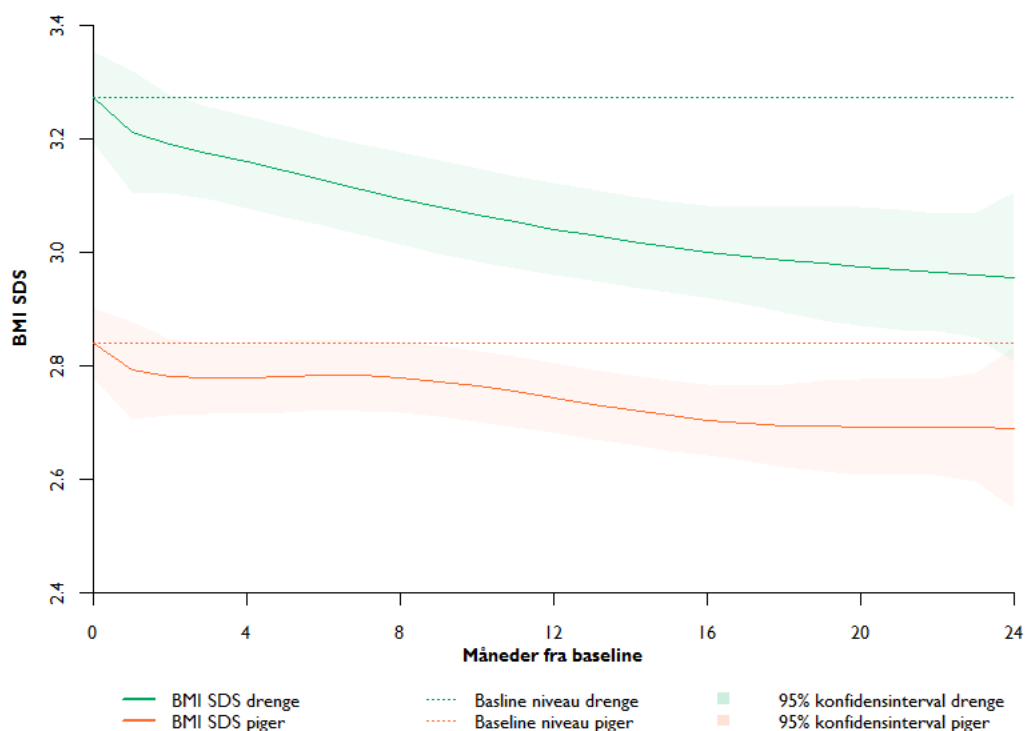
Tabel 1: Andelen af børn, der ændrer vægtstatus efter 12, 18 og 24 mdr. forløb i BørnevægtsCentret

Antal mdr. i forløb	12 mdr.	18 mdr.	24 mdr.
Antal registreringer	356	228	140
Andelen af børn der taber sig	65 %	73 %	69 %
Andelen af børn der har uændret eller stigende vægt	35 %	27 %	31 %

For at undersøge effekten af BørnevægtsCentrets indsats over tid er der lavet en regressionsanalyse, som modellerer det gennemsnitlige vægttab som en funktion af tiden fra forløbsstart og 24 måneder frem. Dette vises i figur 8 nedenfor. Analysen er foretaget med 95 % konfidensinterval, hvilket vil sige at udviklingen med 95 % sikkerhed ikke skyldes tilfældigheder. Datagrundlaget for denne analyse er 627 børn, som alle har mindst 1 måling efter forløbsstart.⁹

⁹ Udviklingen i BMI SDS over tid er modelleret ved hjælp af en generaliseret lineær mixed model. Den gennemsnitlige BMI SDS er modelleret som en funktion af antal måneder fra påbegyndelsen af behandlingen, og regressionskurven er tilpasset med en kubisk spline.

Figur 8: Udvikling i BMI SDS (med 95 % konfidensinterval) 0 - 24 måneder fra forløbsstart



Figuren viser det gennemsnitlige fald i børnenes BMI SDS. Vægttabet var betydeligt større for drengenes vedkommende end for pigernes og det indtræffer hurtigere. For drenge ses et signifikant vægttab efter 4 mdr. i forløb og for piger efter 12 mdr. Denne udvikling er velkendt fra den internationale litteratur.¹⁰ Udviklingen over tid ses opsummeret nedenfor.

Efter 12 måneder i forløb

	Reduktion af overvægt	Statistisk signifikant vægttab
Piger	0,10 BMI SDS	Ja
Drenge	0,23 BMI SDS	Ja

Efter 18 måneder forløb

	Reduktion af overvægt	Statistisk signifikant vægttab
Piger	0,14 BMI SDS	Ja
Drenge	0,29 BMI SDS	Ja

Efter 24 måneder forløb

	Reduktion af overvægt	Statistisk signifikant vægttab
Piger	0,53 BMI SDS	Nej
Drenge	0,32 BMI SDS	Ja

Efter 24 måneders opfølgning sås der ingen gennemsnitlig vægtøgning hos hverken pige- eller drengegruppen.

¹⁰ Holm J-C, Gamborg M, Bille DS, Grønbaek HN, Ward LC, Faerk J. Chronic care treatment of obese children and adolescents. *Int J Pediatr Obes.* 2011; 6:188–196.

VÆGTTAB I FORHOLD TIL ALDER

Tabel 2 nedenfor viser hvor mange børn der reduceret deres vægt efter et år og hvor stor den gennemsnitlige ændring er.¹¹

Tabel 2: Aldersopdelt reduktion af BMI SDS og den gennemsnitlige ændring efter 12 mdr.

Alder	Antal registreringer	Andel der har reduceret BMI SDS efter 1 år	Gennemsnitlig ændring i BMI SDS
< 11,5 år	204	71%	-0,17
>= 11,5	152	58%	-0,13
Signifikans		Signifikant forskel (p = 0,02)	Ikke signifikant forskel (p = 0,28)

Det ses at der er signifikant flere yngre børn (under 11,5 år), der har en reduktion i BMI SDS efter 12 måneder i forhold til ældre børn. 71 % af de yngre børn (under 11,5 år) opnåede vægttab, mens 58 % af de ældre (11,5 år eller ældre) opnåede vægttab. Dette skyldes primært, at yngre børn har en hurtigere vækst end ældre børn, og at de ikke er startet puberteten. Den gennemsnitlige vægtreduktion blandt de yngre børn var 0,17 BMI SDS, mens de ældre børn reducerede deres grad af overvægt med 0,13 BMI SDS. Der er således ingen signifikant forskel mellem aldersgrupperne i den gennemsnitlige reduktion af BMI SDS.

BØRNS VÆGTTAB SAMMENHOLDT MED FORÆLDRES ETNISKE BAGGRUND

Det sås ovenfor at der, hos børn der deltager i forløb hos BørnevægtsCentret, er en større andel, hvis forældre har anden etnisk baggrund end dansk. Evalueringen har derfor undersøgt, om der er forskelle i effekten hos børnene, afhængig af forældrenes etnicitet, vist i tabel 3.

Tabel 3: Forældres etnicitet sammenholdt med reduktion af BMI SDS og den gennemsnitlige ændring efter 12 mdr.

Forældres etnicitet	Antal registreringer	Andel der har reduceret BMI SDS efter 1 år	Gennemsnitlig ændring i BMI SDS
Dansk	180	64%	-0,17
Ikke-dansk	158	68%	-0,15
Signifikans		Ikke signifikant forskel (p = 0,53)	Ikke signifikant forskel (p = 0,75)

64 % af børnene hvis forældre har dansk etnisk baggrund reducerede deres BMI SDS, mens 68 % af børn af forældre med anden etnisk baggrund reducerede deres BMI SDS (p=0,53 for forskel). Med udgangspunkt i etnisk baggrund er der således ikke signifikant forskel på, hvor stor en andel af børnene, der taber sig og hvor meget de taber sig. Vægttabseffekten er tilnærmelsesvis ens, uafhængig af baggrund.

Der er foretaget detaljerede analyser af hhv. mødre og fædres etniske baggrund, disse viser samme mønster, hvor der ikke statistisk signifikante forskelle mellem børn med hhv. dansk og anden etnisk baggrund.

¹¹ Tabel 2 til 5 er udarbejdet på baggrund af de målinger, der ligger tættest på 12 mdr., dog minimum 9 mdr. og maksimum 15 mdr. efter forløbsstart.

BØRNS VÆGTTAB SAMMENHOLDT MED FORÆLDRES UDDANNELSESNIVEAU

Evalueringen har også set på, om der er forskelle mellem fald i BMI og forældrenes uddannelsesniveau, dette vises i tabel 4 nedenfor. Det sås ovenfor, at der er en overvægt af børn, hvis forældre har et relativt lavt uddannelsesniveau:

Tabel 4: Forældres uddannelsesniveau sammenholdt med reduktion af BMI SDS og den gennemsnitlige ændring efter 12 mdr.

Forældres uddannelse	Antal registreringer	Andel der har reduceret BMI SDS efter 1 år	Gennemsnitlig ændring i BMI SDS
<7 år	11	55%	-0,22
>=7 <10 år	99	65%	-0,14
>=10 <13 år	116	60%	-0,13
>=13 år	58	78%	-0,24
Signifikans		Ikke signifikant forskel (p = 0,13)	Ikke signifikant forskel (p = 0,35)

Analysen viser, at der ikke ses statistisk signifikante forskelle i vægttabseffekten hos børn, når man sammenligner med forældres uddannelsesniveau. Dette gælder både andelen, der reducerer deres BMI SDS efter et år og den gennemsnitlige ændring i BMI SDS, hvor effekten er uafhængig af forældres uddannelsesniveau.

Der er foretaget detaljerede analyser af hhv. mødre og fædres uddannelsesniveau, disse viser samme mønster; at der ikke er statistisk signifikante forskelle mellem børns vægttab og forældrenes uddannelsesniveau.

BØRNS VÆGTTAB SAMMENHOLDT MED FORÆLDRES ARBEJDSMARKEDSTILKNYTNING

Det er i evalueringen undersøgt, om der er forskelle i børns vægttab, hvis deres forældre henholdsvis er i eller udenfor beskæftigelse. Dette er vist i tabel 5 nedenfor.

Tabel 5: Mødre og fædre i lønnet arbejde

Mødre i lønnet arbejde	Antal registreringer	Andel der har reduceret BMI SDS efter 1 år	Gennemsnitlig ændring i BMI SDS
Ja	152	66 %	-0,14
Nej	146	63 %	-0,16
Signifikans		Ikke signifikant forskel (p = 0,62)	Ikke signifikant forskel (p = 0,62)
Fædre i lønnet arbejde	Antal registreringer	Andel der har reduceret BMI SDS efter 1 år	Gennemsnitlig ændring i BMI SDS
Ja	187	66 %	-0,15
Nej	91	64 %	-0,14
Signifikans		Ikke signifikant forskel (p = 0,77)	Ikke signifikant forskel (p = 0,68)

Det ses, at der blandt mødre var 50 % uden lønnet job, mens det samme var gældende for 35 % af fædrene. Arbejdsløsheden var i Danmark i perioden 2011-2014 på 5-7 %.¹² Analysen viser, at der ikke er statistisk signifikante forskelle mellem børns vægttab og forældrenes beskæftigelsessituation.

¹² <http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/arbejdsloeshed/registreret-ledighed>

BORGEROPLEVET EFFEKT I BØRNEVÆGTSCENTRET – KVALITATIV EVALUERING

Som nævnt indledningsvist er der, parallelt med den kvantitative evaluering, gennemført en kvalitativ evaluering, som sætter fokus på de borgeroplevede effekter af BørnevægtsCentrets indsatser.¹³ Denne evaluering belyser nogle af de resultater og effekter, der ses i forlængelse af de objektive målinger (vægttab, reduceret BMI og reduceret fedtprocent).

Den kvalitative evaluering synliggør nogle af de svært målelige effekter af BørnevægtsCentrets indsats. Svært målbare effekter omfatter eksempelvis gladere og mere udadvendte børn, der har lettere ved at få venner og mere mod på at gå i skole, bedre og nemmere hverdage i familierne, fx ift. kostvaner, søvn og motion. Styrket forældreskab er en anden effekt, der dårligt lader sig kvantificere.

Mens den kvantitative evaluering giver svar på spørgsmål som *hvem* og *hvor meget* i relation til børns vægttab, giver den kvalitative evaluering, gennem tre fortællinger om idealtypiske forløb i BørnevægtsCentret, et bud på *hvorfor* effekten ser ud som vist i analyserne ovenfor. På denne måde supplerer de to evalueringer hinanden og fortæller – med hvert sit metodiske udgangspunkt – om de forandringer som BørnevægtsCentret skaber i københavnske familier med svært overvægtige børn.

¹³ Jf. Note 1, op. cit. side 5

BILAG 1 - BØRNEVÆGTSCENTRETS TILBUD & KOORDINERING MED SAMARBEJDSPARTNERE

Egen læge

Information om opstart af barn i centret, samt evt. indhentning af relevante oplysninger.
Besked ved blodprøver.
Besked ved viderehenvisning til Regionen.
Udskrivningsbreve.

Socialforvaltningen

Dialog med sagsbehandlere.
Udarbejdelse af underretninger.
Fælles møder med familien, Socialforvaltningen, Børne- og Ungdomsforvaltningen mv.
Henvisning til tilbud i Socialforvaltningen fx unge-rådgivningen eller familierådgivningen.

Børne- og Ungeforvaltningen

Løbende kontakt med barnets sundhedsplejerske.
Kontakt til barnets skole (lærer, kontaktpædagog, integrationsmedarbejder)
Kontakt med Fritidsordninger/ klubber eller ungdomsskolen.

Kultur og Fritidsforvaltningen

Kontakt til idrætsklubber i barnets nærområde.
Kontakt til andre relevante fritidstilbud, feriecamps, feriekolonier mv.
Kontakt til foreningsguiderne.

Hospitaller

Viderehenvisning af børn til udredning for fx prædiabetes, D-vitamin mangel mv.
Kontakt når hospital henviser til centret.

Barnet henvises

Kontakt til familie.
Tilbage melding til sundhedspleje, læge, socialrådgiver eller anden henviser.
Vurdering af tolkebehov.

Specialiseret forløb i centret til børn med svær overvægt og deres familier

Familiesamtaler: Individuelle samtaler med barnet og familien.
Julemærkehjem: Opfølgning og vedligeholdelsesforløb til børn, som har været på Julemærkehjem.

eller

Teenagegrupper: Gruppeforløb med teenagere (dreng- og pige grupper)
Forældregrupper: Forældre til teenagere der går i gruppeforløb

Opfølgning på samtaler – eksterne samarbejdspartnere

En stor del af indsatsen består i samarbejde med andre professionelle omkring familien. Se de blå kasser ovenfor.

Udeblivelser

Centret arbejder med en fokuseret håndtering af udeblivelser og afbud. Det handler bl.a. om personlig kontakt til fx barnets sundhedsplejerske eller sagsbehandler, ekstra kontakt til familie, sms-reminder mv.

Udslusning

Særligt kost- og motionsvejlederne i centret arbejder målrettet hen imod at barnet enten fastholder sin idræt, eller at der etableres kontakt til et motionstilbud i barnets nærområde.

I centrets egne motionstilbud er der stor fokus på, at barnet "lærer at gå til motion", får positive oplevelser og støtte til at forsætte motion i andet regi/det etablerede foreningsliv.

Ved afslutning af forløb sendes udskrivningsbrev til familie, sundhedsplejerske og egen læge. I dette brev indgår forslag til det videre arbejde og fokusområder for familien mhp. en fortsat sundere livsstil.

Telefonrådgivning

Åbent tilbud hvor professionelle og borgere kan få rådgivning af personale fra centret.

Motion til yngre børn

Ugentligt træningstilbud til børn fra 8 -12 år.
Afholdes i DGI byen.

Samtaler ved psykolog

Tilbud til børn og/eller forældre om samtaler med problemstillinger i relation til overvægtsproblematikken.

Madværksted – familietilbud

Fælles madlavning med fokus på sund, billig og ernæringsrigtig kost.

Motion til teenagere

Ugentlige træningstilbud til unge fra 13-16 år. Afholdes i Sundhedshuset Vesterbro.

Blå bokse:

Koordinering med samarbejdspartnere

Grøn bokse:

Centrets tilbud

BILAG 2 – SUPPLERENDE OPLYSNINGER VEDR. DATA OG ANALYSER

Tabel 6 - Klassifikation af overvægt i henhold til WHO's definitioner.

Inddelingen refererer til helbredsrisikoen ved forskellige grader af overvægt og gælder kun for voksne.¹⁴

Klassifikation	Alternativ benævnelse	BMI (kg/m ²)	Helbredsrisiko
Undervægt		<18,5	Afhænger af årsagen til undervægten
Normalvægt		18,5-24,9	Middel
Overvægt		≥25	
Moderat overvægt		25-29,9	Let øget
Svær overvægt	Fedme	≥30	
Klasse I	Fedme	30-34,9	Middel øget
Klasse II	Svær fedme	35-39,9	Kraftigt øget
Klasse III	Ekstrem svær fedme	≥40	Ekstrem øget

Tabel 7 viser datagrundlaget for figur 7 side 11.

Data omfatter skolebørn registreret af sundhedsplejersken i Københavns Kommune, data fra københavnske elever uden skoletilknytning, skoler udenfor København samt fra dagbehandlingsskoler indgår ikke i registreringerne.

Registreringerne omfatter drenge og piger i klassetrinene I. klasse, 5. klasse og udskoling for skoleåret 2014-2015, fordelt på lokalområdeniveau.

TABEL 7: REGISTRERING AF SVÆRT OVERVÆGTIGE BØRN OPGJORT PR. LOKALOMRÅDER 2014-2015

	Antal registrerede i alt	Antal registrerede svært overvægtige	Andelen af svært overvægtige pr. lokalområde
AMA	2.320	70	3,0 %
BIN	2.262	129	5,7 %
IBØ	3.239	45	1,4 %
VBH	1.639	45	2,7 %
VKV	2.676	88	3,3 %
I alt:	12.136	377	3,1 %

¹⁴ Tilpasset af [Sundhedsstyrelsen](#)