

Evaluering af Vejen til Sund Vægt

– en overvægtsindsats i sundhedsplejen i København



Indhold

1. Indledning.....	1
2. Om Vejen til Sund Vægt.....	1
Rammen for indsatsen	2
Metodisk tilgang i Vejen til Sund Vægt	2
3. Evalueringens formål	3
4. Opsummering af væsentlige fund	3
5. Data og metode	5
Måling af overvægt hos børn	5
Datakilder	6
Metodemæssige refleksioner.....	7
6. Resultater	7
Antal forløb og kontakter	8
Opsporing, køn og aldersfordeling	8
Socioøkonomi	9
Vægtstatus ved første kontakt	10
Udvikling i vægtstatus	10
Henvisninger til CBUS	11
Registreringspraksis i Novax.....	12
Børnenes udvikling gennem forløbet.....	12
Forældredeltagelse.....	14
Tværfagligt samarbejde.....	15
Sundhedsplejerskernes oplevelse af indsatsen.....	15
7. Anbefalinger til indsatsen fremadrettet.....	17

1. Indledning

Vejen til Sund Vægt er et tilbud i Sundhedsplejen i Københavns Kommune til børn med moderat og svær overvægt og finansieres af midlerne under Sundheds- og Omsorgsudvalgets bevilling Øget Sundhed for Børn (ØSB).

.

Indsatsen foregår hos sundhedsplejersken på barnets egen skole. Der er tale om en familiebaseret indsats med individuelle samtaleforløb, samt mulighed for at henvise børn med svær overvægt og deres familier til Center for Børn og Unges Sundheds (CBUS)¹ helhedsorienterede og tværfaglige indsats under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Indsatsen har været finansieret af ØSB siden 2009. I perioden 2011-2012 blev implementeringen af indsatsen evalueret af Steno Diabetes Center², hvorefter indsatsen blev justeret. Indsatsen i dens eksisterende form løber frem til 2018, men midlerne er varige og indsatsen kan derfor justeres eller helt ændres med virkning efter 2018.

Denne evaluering er således en midtvejsevaluering af den eksisterende indsats i skoleårene 2014/15 og 2015/16, der både ser på anvendelsen af Vejen til Sund Vægt i sundhedsplejen samt betydningen for børnenes vægtudvikling. Evalueringen er foretaget af Fagligt Center, BUF, med løbende inddragelse af sundhedsplejens Ressourcegruppe for Overvægt samt sparring med Sundhedsforvaltningen.

2. Om Vejen til Sund Vægt

Vejen til Sund Vægt indeholder to spor. **Spor 1** er for børn med svær overvægt, som opspores, motiveres og henvises til et helhedsorienteret familietilbud i CBUS, hvor det primære formål er, at barnet opnår et fald i aldersjusteret BMI. **Spor 2** er for børn med moderat overvægt, som tilbydes et familieforløb hos sundhedsplejersken, hvor formålet er vægtstabilisering.

Det primære formål med Vejen til Sund Vægt er således:

Spor 1: at opspore børn med svær overvægt og motivere barnet og familien til at tage imod tilbuddet fra CBUS, et julemærkehjem eller et andet tilbud via egen læge.

Spor 2: at bremse overvægtudviklingen hos børn med moderat overvægt.

Målgruppen for Vejen til Sund Vægt er børn i skolealderen, der går i skole i Københavns Kommune på både folkeskoler og privatskoler, samt deres familier. Efter implementeringsevalueringen i 2014 har indsatsen primært været fokuseret mod børn i 0.-5. klasse.

Begge spor er tænkt som forløb hos sundhedsplejersken bestående af op til tre interventionssamtaler og en opfølgende samtale. Forud for interventionen er barnet opsporet, og der er aftalt et forløb med barnet og barnets familie. Den enkelte sundhedsplejerske vurderer sammen med familien, hvor samtalerne bedst afholdes: på skolen eller i hjemmet hos familien. Forløbsplanen for spor 1 indikerer 14 dages mellemrum

¹ Center for Børn og unges Sundhed (CBUS) hed tidligere BørnevægtsCentret.

² Bonde, A., Hindhede, A.L. (2012): Evaluering af "vejen til sund vægt" – Sundhedsplejens indsats for tidlig opsporing og forebyggelse af overvægt hos skolebørn i København. Steno Center For Sundhedsfremme.

mellem opsporing og hver af de tre samtaler, samt opfølgning efter et år. Forløbsplanen for spor 2 indikerer 14 dage fra opsporing til 1. samtale, og herefter max to måneder mellem de øvrige samtaler, ligeledes med opfølgning efter et år. I bilag 1 og 2 ses flowchart for de to spor. Interventionen og indholdet i de enkelte samtaler er beskrevet detaljeret i mappen om Vejen til Sund Vægt³. Indsatsen indeholder en række materialer, herunder skemaer vedrørende familiens handleplan, mad, bevægelse og søvn, samt redskaber i forbindelse med den motiverende samtale (Agenda Setting, Skalaspørgsmål, Beslutningsbalance og Stage of Change).

Rammen for indsatsen

Vejen til Sund Vægt finansieres af midlerne under Øget Sundhed for Børn (ØSB). Her gives fra 2016 en årlig bevilling på 1,4 mio. kr. til 500 forløb i indsatsen, der fordeles mellem Københavns Kommunes fem geografiske områder på baggrund af forekomsten af overvægt hos børn i hvert område. Det varierer mellem områderne, om alle sundhedsplejersker er involveret i indsatsen, eller om indsatsen er prioriteret til skolerne med størst behov. Midlerne er varige, men i 2018, når ØSB-midlerne skal genudmøntes, er der mulighed for at lave eventuelle justeringer eller ændringer i indsatsen.

Ca. 1.200 elever er registreret med en indsats i skoleårene 2014/15 og 2015/16. I skoleåret 2015/16 var der ca. 37.500 elever i Københavnske skoler. På tværs af skoler, køn og alder, var gennemsnitligt 15 % af eleverne overvægtige eller svært overvægtige, svarende til, at der på et givent tidspunkt er 5.600 elever i kommunen med overvægt eller svært overvægt. De 500 årlige forløb dækker således omkring 9 % årligt. Dækningsgraden vil i princippet stige i takt med, at flere og flere børn har været igennem et forløb, men det vil afhænge af hvor mange børn, der i løbet af skoletiden har brug for mere end et forløb i Vejen til Sund Vægt. Hvert år starter ca. 6.000 elever i skole, hvoraf ca. 12 % er overvægtige svarende til ca. 720 elever.

Indsatsen er løbende vedligeholdt med kompetenceudvikling af sundhedsplejen. Til om med 2015 var der fokus på kompetenceudvikling inden for den motiverende samtale, der anvendes som samtalemetode med forældrene i forløbene. Herefter har sundhedsplejen prioriteret ressourcer til kompetenceudvikling inden for andre områder.

Metodisk tilgang i Vejen til Sund Vægt

I udviklingen af indsatsen er der lagt vægt på, at indsatsen har en tilgang og bygger på en metode, der harmonerer med den tilgang, der anvendes i CBUS⁴, og at der tages udgangspunkt i det værdigrundlag, der er gældende for sundhedsplejen i Københavns Kommune samt i en sundhedspædagogisk og samtalemetodisk tilgang, der er i overensstemmelse med de bærende principper i sundhedsplejens værdigrundlag⁵.

Nærmere bestemt betyder den sundhedspædagogiske tilgang, at der arbejdes med deltager- og handlingsorienterede principper, hvor børnene deltager aktivt med egne visioner og forslag, og at forandringer skabes gennem individuelle og kollektive handlinger, på baggrund af deres

³ Følg stien: O:_Fælles for BUF\Sundhedsplejen\Materialer til sundhedsplejersken\Vejen til Sund Vægt

⁴ Se mere om CBUS på: <http://centerforbornogungessundhed.kk.dk/>

⁵ Følg stien: O:_Fælles for BUF\Sundhedsplejen\Sundhedspolitikker og -love\Værdigrundlag og strategier

handlekompetence. Endvidere er den kontekst, som barnet indgår i, væsentlig at medtænke i den sundhedspædagogiske indsats. Dette betyder bl.a., at tilgangen er familiebasert, da erfaringer viser, at der bedst opnås varig effekt, når hele familien inddrages, fordi familien er et fællesskab, som barnet påvirkes af og er afhængig af. Det betyder, at det tilstræbes, at forældrene eller andre nære omsorgspersoner for barnet deltager aktivt i indsatsen og støtter barnet i nødvendige livsstilsændringer. I hele processen arbejdes der med en løsningsorienteret tilgang.

I dialogen med forældre benyttes Den Motiverende Samtale som gennemgående samtalemetode. Metoden er valgt ud fra et ønske om at arbejde med en evidensbaseret metode, der samtidig har vist sig let at tilegne⁶. Metodens sigte er at arbejde med positive forandringer af livsstil. Metoden har vist sin effekt i forhold til voksne; derfor anvendes metodens teknikker alene i forhold til de voksne familiemedlemmer, der deltager i samtalen. Generelt og i forhold til børnene anvender sundhedsplejersken de øvrige dialogiske værktøjer, hun er uddannet i.

3. Evalueringens formål

Denne evaluering har til formål at evaluere Vejen til Sund Vægt ud fra et bredt perspektiv på effekt og anvendelighed. Evalueringen tager udgangspunkt i følgende evalueringsspørgsmål:

- Hvor mange og hvilke børn opspores til at deltage i indsatsen, og hvad er omfanget af deres deltagelse?
- Hvilken betydning har deltagelse i hhv. spor 1 og spor 2 for børnenes vægtudvikling og henvisning til øvrige indsatser?
- Hvilke faktorer er vigtige for en vellykket indsats?
- Hvordan oplever sundhedsplejerskerne arbejdet med Vejen til Sund Vægt?

4. Opsummering af væsentlige fund

- **Hvor mange:** I alt 1.202 børn er registreret med en indsats under Vejen til Sund Vægt i skoleårene 2014/15 og 2015/16, hvoraf ca. 2/3 er registreret i spor 2. De afsatte midler til 500 forløb om året ser derfor ud til at blive opfyldt. Det reelle tal for, hvor mange børn, der henvises til CBUS, er uklart, men op mod 200 børn er det seneste år blevet henvist dertil.
- **Hvem:** Opsporing af børn med overvægt sker løbende gennem skoletiden, men særligt i forlængelse af sundhedsplejens faste tilbud om undersøgelse og samtale. 75 % er i alderen 5-12 år ved opstart. Der ses en ligelig fordeling mellem drenge og piger i indsatsen, og omkring 90 % er overvægtige ved første registrerede kontakt, hvoraf 40 % er svært overvægtige. Der er således en noget højere andel af børn med svær overvægt i Vejen til Sund Vægt sammenlignet med børn med overvægt og svær overvægt generelt (20-25 %).
- **Familien:** Der er generelt tale om en udfordret børnegruppe, hvor overvægt sjældent er det eneste problem, der kæmpes med. De deltagende børns socioøkonomiske baggrund er lavere end

⁶ Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.). New York: Guilford Press.

gennemsnittet for skolebørn i byen, og nogle familier har et større behov for fastholdelse for at tage imod et tilbud. Forældreopbakning og ansvar er essentielt for, at barnet lykkes med et vægttab, og barnets vægtudvikling er derfor afhængig af familiens og forældrenes trivsel og ressourcer.

- **Effekt:** Målet med spor 2 er at bremse overvægtudviklingen for børnene, og analyserne viser, at indsatsen lykkes med dette. Der ses små tendenser til, at børnene bliver mindre overvægtige, målt som et fald i BMI SDS, over det første halve til hele år, hvorefter effekten aftager. Ingen af resultaterne viser dog en statistisk signifikant sammenhæng. Generelt vurderer sundhedsplejerskerne, at der sker en positiv fremgang i barnets udvikling og trivsel, især i spor 2. Indsatsen vurderes at virke bedst for de yngre børn, hvor forældrene naturligt er mere med i processen, samt i de mere ressourcestærke familier. Hos de ældre børn kræver det en større grad af motivation og handlekraft hos barnet, bl.a. fordi forældrene deltager mindre aktivt. Her er kontakten til sundhedsplejersken vigtig for fastholdelse. Vægtudviklingen evalueres ikke for spor 1, da målet hermed er, at børnene skal tage imod et forløb andetsteds.
- **Registrering:** En stor del af børnene har kun én registreret kontakt i Novax; dog ses der for nogle børn et større antal opfølgninger under åben konsultation. Vægt- og/eller højdemålinger mangler desuden for en væsentlig del af registreringerne. Ifølge sundhedsplejerskerne giver de nuværende registreringsmuligheder ikke plads til den reelle praksis.
- **Tværfaglig indsats:** Dette er ikke en del af den nuværende indsats, men det ses som et stort behov, at der tages hånd om de ofte komplekse problemstillinger, barnet og familien har, og at barnets udfordringer betragtes fra et helhedsperspektiv med inddragelse af relevante fagpersoner, bl.a. i Ressourcecenteret. Samarbejdet med CBUS opleves positivt, men enkelte sundhedsplejersker har et ønske om en endnu mere struktureret kontakt.
- **Nærmiljø:** På grund af den udsatte børnegruppe er det vigtigt, at indsatsen foregår lokalt med et minimum af barrierer for deltagelse. Tillid, kendskab og samarbejde i kendte omgivelser er vigtige når barnet og familien skal fastholdes i indsatsen. For børn i spor 1, der skal tage imod et tilbud i CBUS, vurderer de adspurgte sundhedsplejersker, at familierne ofte oplever afstanden til centret som en barriere.
- **Rammen:** Sundhedsplejerskerne oplever den strukturerede ramme i indsatsen som et godt udgangspunkt og oplever det som positivt at have en tidsmæssig ramme for tilbuddet. Dog udfordres den strukturerede indsats af, at mange børn og familier ikke passer i den fastsatte tidsplan og har et andet og ofte mere komplekst behov end den beskrevne indsats kan honorere. Derudover ligger der et stort fastholdelsesarbejde mellem kontakterne, som der ikke er taget højde for i indsatsen.
- **Kompetencer:** I indsatsen er Den Motiverende Samtale en gennemgående metode. Mange bruger dele af metoden, når de arbejder med indsatsen, men en stor del benytter ikke de tilgængelige værktøjer systematisk, og flere kender dem ikke. Kompetencer inden for kost og ernæring efterspørges af sundhedsplejerskerne, enten som et reelt kompetenceløft, eller som mulighed for udgående support eller anden lokal specialiseret indsats, så vejledningen kan være fagligt kvalificeret og samtidig foregå i barnets nærmiljø.

- **Materialer:** Materialerne vedrørende kost, fysisk aktivitet og søvn benyttes forskelligt sundhedsplejerskerne imellem. Generelt er der tilfredshed med materialerne, men der efterspørges et opdateret materiale med større fokus på det visuelle, så barnet lettere inddrages. Desuden er der et ønske om et lettilgængeligt materiale, som kan støtte barnet og familien hjemme, mellem besøgene hos sundhedsplejersken. Det er vigtigt med videndeling mellem CBUS og sundhedsplejen, for at sikre en kvalificeret og sammenhængende indsats.
- **Strukturel forebyggelse:** Større fokus på strukturel forebyggelse efterspørges for at forebygge overvægt og fastholde børn i Vejen til Sund Vægt i en positiv livsstilsændring. Dette gælder både de fysiske rammer samt lokale politikker på skoler og fritidshjem.

5. Data og metode

Vejen til Sund Vægt-indsatsens to spor er beskrevet detaljeret i en mappe til sundhedsplejerskerne med vejledning til forløbsplan (tidsplan), og hvad hver samtale i de to spor skal indeholde i forhold til både emner, metode og redskaber. Desuden indeholder mappen en række bilag med alt fra redskaber til invitationer, som kan hjælpe sundhedsplejersken i arbejdet med Vejen til Sund Vægt. Denne evaluering forholder sig til den samlede indsats, materialet og hvordan det virker i praksis, samt til børnenes vægtstabilisering.

Til at belyse dette er der valgt at benytte en kombination af kvantitative og kvalitative metoder. Det drejer sig om 1) kvantitative data fra sundhedsplejens journalsystem vedrørende registrerede indsatser under Vejen til Sund Vægt samt registreret vægt og højde på børnene, 2) en spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsplejerskerne, samt 3) en kvalitativ del med fokusgruppeinterviews med sundhedsplejersker.

Resultaterne fra de tre datakilder præsenteres i resultatafsnittet og vil understøtte hinanden undervejs.

Måling af overvægt hos børn

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

$$\text{BMI} = \frac{\text{kropsvægt(kg)}}{\text{højde(m}^2\text{)}}$$

I Vejen til Sund Vægt arbejdes der med et mål om vægtstabilisering, dvs. at vægten ikke, eller kun i begrænset omfang, øges, mens barnet vokser i højden. Således mindskes barnets BMI.

BMI hos voksne og børn er imidlertid forskelligt, da der sker væsentlige ændringer i kropssammensætningen i forbindelse med børns udvikling og vækst. For eksempel indikerer et BMI på 18,5 kg/m² hos en 8-årig dreng overvægt, mens det hos en voksen indikerer undervægt. Der findes derfor køns- og aldersjusterede BMI-tabeller og -kurver, som sundhedsplejen vurderer barnets BMI ud fra.

Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver baseret på danske data med internationale grænseværdier (ISO-BMI/IOTF) til definition af overvægt og svær overvægt

hos børn og unge i skolealderen⁷. Ved brug af denne metode omregnes grænseværdierne til en tilsvarende værdi for voksne, så der kan inddeles i undervægt, normalvægt, overvægt og svær overvægt⁸. Denne omregning er afbilledet i kurverne i sundhedsplejens journalsystem Novax og afspejler de kategorier, børnenes vægtstatus opgøres i:

- Overvægt: BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25
- Svær overvægt: BMI \geq ISO-BMI/IOTF-30

En anden anvendt metode i Danmark, som CBUS bl.a. anvender ved inklusion af børn med svær overvægt⁹, er Nysoms køns- og aldersjusterede kurver baseret på danske data. Her indikerer 90-percentilen overvægt og 99-percentilen svær overvægt. Disse kurver adskiller sig en smule fra ISO-BMI/IOTF-kurverne.

Beregning af ændringer i børns vægtstatus over tid er kompliceret af de ændrede BMI-grænser med alderen. Derfor anvendes til dette formål beregninger med standardafvigelser over det køns- og aldersjusterede gennemsnit, *BMI standard deviation score* (BMI SDS). Ved brug af denne målemetode er det muligt at sammenligne graden af overvægt hos drenge og piger i alle aldre. WHO har defineret overvægt og svær overvægt ved henholdsvis 1 og 2,4 BMI SDS over gennemsnittet. Disse grænser modsvarer ikke IOTF-kurverne fuldstændigt, men er stadig egnede til at se på udvikling i vægtstatus.

Datakilder

Data fra sundhedsplejens journalsystem

Sundhedsplejen registrerer kontakter og indsatser i journalsystemet Novax. Herfra er udtrukket oplysninger på de børn, der er registreret med en indsats under Vejen til Sund Vægt i skoleårene 2014/15 og 2015/16¹⁰. Data fra de to skoleår er slået sammen i analyserne. Oplysningerne indeholder for hver kontakt: dato, notemne (spor 1 eller spor 2), årsag (1., 2., 3. samtale, opfølgning, øvrige indsatser), samt vægt og højde. Oplysningerne behandles anonymiseret, således at enkeltbørn ikke kan identificeres. Da nogle børn kun er registreret med én kontakt under Vejen til Sund Vægt, og da vægt i nogle tilfælde mangler, er data fra Spor 1 og 2 koblet med vægtmålinger fra åben konsultation og, hvor relevant, fra standardundersøgelserne i 0., 1., 5., og 8. klasse. Dette giver mulighed for at følge vægtudviklingen for flere børn. Nogle børn skifter i registreringerne mellem spor 1 og spor 2. Data vedrørende vægtudvikling for disse børn er behandlet efter den indsats, de først er registreret under.

Spørgeskemaundersøgelse

I september 2016 har alle sundhedsplejersker i København modtaget en invitation til at deltage i en spørgeskemaundersøgelse vedrørende Vejen til Sund Vægt. Spørgeskemaet indeholdt 11 spørgsmål og formålet var at belyse sundhedsplejerskernes kendskab til og brug af elementerne Vejen til Sund Vægt.

⁷ Sundhedsstyrelsen (2014): Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen - Vejledning til skolesundhedstjenesten.

⁸ Cole, T.J., Lobstein, T. (2012): Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 7 (4), 284-294.

⁹ Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Afdelingen for Data og Analyse (2015): Evaluering af Børnevægtscetret, september 2015.

¹⁰ Før skoleåret 2014/15 blev indsatsen registreret på papir, og det har derfor ikke været muligt at bruge data længere tilbage.

Desuden gav spørgeskemaet mulighed for, at sundhedsplejerskerne kunne kommentere på fordele og udfordringer ved indsatsen. Spørgeskemaundersøgelsen ser således på indsatsen fra et sundhedsplejerskeperspektiv, og svarene dækker dermed forløb under Vejen til Sund Vægt af meget forskellig karakter.

Spørgeskemaet blev udsendt på mail via det elektroniske spørgeskemaprogram EasyResearch, til kommunens 241 sundhedsplejersker. Heraf besvarede 95 sundhedsplejersker undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 40 %. Blandt besvarelsene har 72 sundhedsplejersker (77 %) anvendt Vejen til Sund Vægt og 65 har besvaret alle spørgsmålene.

På grund af den forholdsvis lave svarprocent, blev svarene præsenteret for ressourcegruppen for overvægt, som vurderede svarene til generelt at være repræsentative. Fundene fra spørgeskemaundersøgelsen er i resultatafsnittet opgjort som andelen af sundhedsplejersker, der har angivet et bestemt svar.

Fokusgruppeinterviews

For at få en mere uddybende beskrivelse af sundhedsplejerskernes oplevelser med Vejen til Sund Vægt er der foretaget to fokusgruppeinterviews med hver tre sundhedsplejersker. Sundhedsplejerskerne i de to fokusgrupper repræsenterede tilsammen alle fem områder i København. Deltagerne var udvalgt på baggrund af kriterier om, at de skulle have aktuel erfaring med Vejen til Sund Vægt og være fra forskellige skoler (privat- og kommuneskoler). Fokusgruppeinterviewene tog udgangspunkt i udvalgte temaer fra spørgeskemaundersøgelsen for at underbygge og kvalificere svarene herfra. Desuden blev emner som deltagerne selv fandt relevante udforsket. Interviewene er transskriberet og tematiseret og indgår som et kvalitativt supplement til de øvrige fund i evalueringen.

Metodemæssige refleksioner

Det har ikke været muligt inden for rammerne af denne evaluering at medtage synspunkter fra de deltagende børn og familier, samt sundhedsplejerskernes kommentarer til enkeltforløb. Børnene er repræsenteret ved vægtdata (om de stagnerer i vægt gennem indsatsen) og ved sundhedsplejerskernes fornemmelse af, hvordan indsatsen virker for børnene generelt. En uundgåelig præmis for denne metode er, at sundhedsplejerskerne i deres spørgeskemasvar må give et samlet svar for de børn, de har haft gennem indsatsen, hvilket slører over, at indsatsen kan virke forskelligt på forskellige børn. Dette er der forsøgt taget højde for med de afholdte fokusgruppeinterviews, men evalueringen rummer primært de brede fortællinger, som vedrører flere sundhedsplejersker og børn.

6. Resultater

Resultaterne i denne evaluering spænder bredt og dækker en lang række faktorer omkring Vejen til Sund Vægt. Dette afsnit giver først et overblik over hvilke og hvor mange børn, der er opsporet i indsatsen, samt hvilken effekt deltagelsen har haft på deres vægtudvikling. Derefter beskrives de væsentligste fund fra spørgeskemaundersøgelsen og fokusgruppeinterviews med sundhedsplejerskerne, hvor det belyses hvilke

faktorer, der ses som vigtige for gennemførelsen af interventionen, samt ønsker der fremadrettet vil kunne optimere arbejdet med børn og unge med overvægt.

Antal forløb og kontakter

Indsatsen indeholder i begge spor op til tre samtaler samt mulighed for en opfølgende samtale efter et år.

I alt 1.198 børn er registreret med en indsats under Vejen til Sund Vægt i løbet af de to skoleår 2014/15 og 2015/16, heraf 691 med første kontakt i 2014/15 og 507 med første kontakt i 2015/16¹¹. Lidt over 1/3 af disse kontakter er spor 1, mens 2/3 er spor 2. Der er afsat midler til 500 forløb om året, og tallene viser, at antallet af opstartede forløb stemmer godt overens med dette.

I alt har der i de to skoleår været 2.261 kontakter registreret i Novax under Vejen til Sund Vægt. I spor 1 er 465 børn registreret med i alt 776 kontakter. I spor 2 er 850 børn registreret med alt 1.485 kontakter. Det vil sige, at nogle børn er registreret med kontakt i begge spor, i alt 117 børn. Mange børn er kun registreret med én kontakt under Vejen til Sund Vægt, jf. Tabel 1 nedenfor. Dog ses der flere registreringer under andre noteemner som f.eks. Åben konsultation.

Tabel 1: Andel af børn i henholdsvis spor 1 og 2, fordelt på antal kontakter registreret i Vejen til Sund Vægt.

Antal kontakter registreret under Vejen til Sund Vægt	Andel af børn i spor 1 (n=462)	Andel af børn i spor 2 (n=846)
1	64 %	58 %
2	20 %	25 %
3	7 %	10 %
4	4 %	4 %
5	3 %	1 %
6-10	1 %	2 %
I alt	100 %	100 %

Ovenstående resultater er fremlagt for Ressourcegruppen for Overvægt, som ikke finder resultaterne om, at over halvdelen af børnene kun har én kontakt, repræsentative, hvilket tyder på, at registrering i Novax ikke sker under de rette noteemner¹².

Opsporing, køn og aldersfordeling

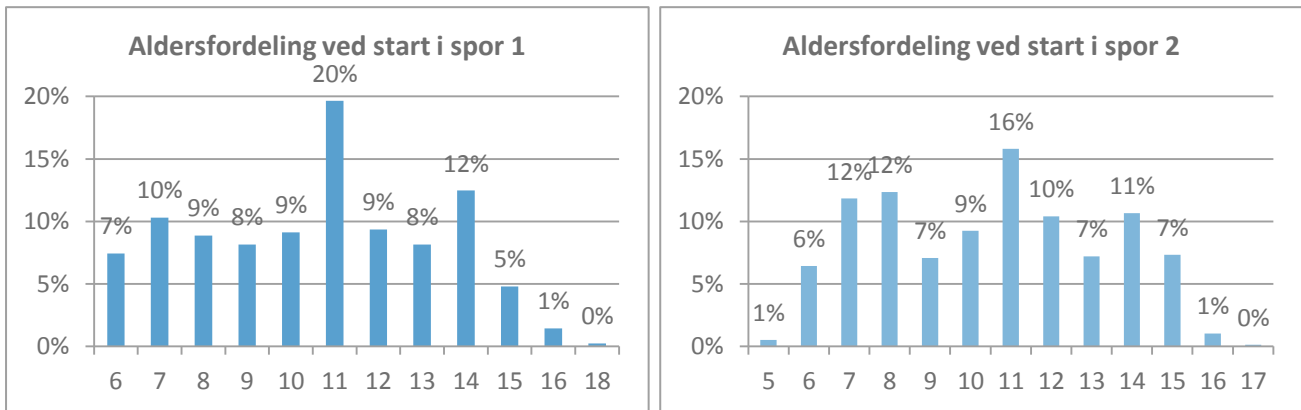
Figur 1 viser aldersfordeling ved første registrerede kontakt i de to spor, og det ses, at der løbende sker en opsporing af skolebørn i alle aldre. Dog ses der i begge spor en overvægt af børn, der starter efter de fastlagte skoleundersøgelser i 0., 1., 5. og 8. klasse. Især efter undersøgelsen i 5. klasse (11 og 12 år) er der en stigning af børn i begge spor, samt efter 1. klasse (7 og 8 år) i spor 2. I alt er 75 % af børnene 5-12 år. Dette understøttes af spørgeskemasvarene, hvor over 90 % angiver, at opsporing oftest sker ved skoleundersøgelserne i 0.-5. klasse. Derefter kommer opsporing via henvendelser fra skole og forældre og i mindre grad opsporing ved åben konsultation. Nogle få børn opspores desuden hos skoletandlægen, hvilket

¹¹ Det lidt højere antal opstartede børn i skoleåret 2014/15 kan skyldes, at børn opstartet i 2013/14, som stadig er i forløb i skoleåret 2014/15, vil fremgå som startet i 2014/15, da vi ikke har elektroniske data på børnene før 2014/15.

¹² Der er generelt stor usikkerhed omkring, hvordan indsatsen skal registreres i Novax. Se senere afsnit om registreringspraksis.

dog kræver et kendskab og samarbejde mellem sundhedsplejen og tandplejen på den enkelte skole, hvilket derfor er meget skoleafhængigt. Kønsfordelingen i indsatsen viser, at der stort set er lige mange piger og drenge, der deltager i et overvægtsforløb hos sundhedsplejen, dog med en lidt større andel af piger i spor 2 (56 %).

Figur 1. Aldersfordeling ved start i henholdsvis spor 1 og 2



Socioøkonomi

Generelt set over byen har børn med overvægt og svær overvægt en lavere socioøkonomi sammenlignet med gennemsnittet for alle skolebørn i byen, beregnet ved ESCS-scoren¹³. Sammenlignet med alle skolebørn har børn med overvægt en ESCS på -0,35, mens scoren for børn med svær overvægt er -0,74. Disse tal er baseret på vægtmålinger for alle børn ved standardundersøgelserne hos sundhedsplejen i 0., 1., 5. og 8. klasse.

Den gennemsnitlige ESCS-score for børn i spor 1 er -0,8, hvilket tilsvare værdien for børn med svær overvægt generelt. Tendensen er, at jo flere kontakter registreret i spor 1, jo lavere ESCS-score. Dette indikerer, at nogle familier har et større behov for fastholdelse for at tage imod et tilbud, hvilket også bekræftes i de afholdte fokusgruppinterviews.

Den gennemsnitlige ESCS-score for børn i spor 2 er -0,6, hvilket er lavere end den gennemsnitlige værdi for børn med overvægt. I spor 2 ses der ikke en sammenhæng mellem antal kontakter og ESCS. Den lavere socioøkonomi blandt børn i spor 2 hænger sammen med sundhedsplejerskernes fortællinger om, at der er tale om en udfordret gruppe, hvor overvægt ikke er det eneste problem familien kæmper med. Fortællingen er ligeledes, at de mere ressourcestærke familier ofte gerne vil håndtere lettere overvægt selv frem for via sundhedsplejen.

¹³ Det socioøkonomiske niveau angives ved en ESCS-score, der beregnes af Danmarks Statistik på baggrund af forældrenes uddannelse, indkomst og erhverv. ESCS-værdien svinger typisk mellem minus en og plus en, hvor en negativ værdi indikerer et lavere socioøkonomisk niveau end gennemsnittet. Gennemsnittet er 0 for alle børn og unge i skolealderen i Københavns Kommune (nogle elever indgår dog ikke i beregningen, da Danmarks Statistik ikke er i besiddelse af oplysningerne). De oplyste ESCS-scoringer skal derfor ses som gruppens socioøkonomiske sammensætning sammenlignet med gennemsnittet for alle skolebørn.

Vægtstatus ved første kontakt

Af de 1.198 børn med minimum én kontakt registreret i Vejen til Sund Vægt, er der vægtdata ved første kontakt for 74 % af børnene. Deres vægtstatus fordeler sig således (Tabel 2):

Tabel 2: Fordeling af børnenes vægtstatus ved første kontakt - børn med vægtmåling.

Vægtstatus, BMI ved første kontakt i VSV	Spør 1 ^{a)}		Spør 2 ^{a)}		I alt ^{a)}	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Undervægtig	-	-	2	0,3 %	2	0,2 %
Normalvægtig	10	4 %	90	15 %	100	11 %
Overvægtig	99	37 %	379	61 %	478	54 %
Svært overvægtig	161	60 %	149	24 %	310	35 %
I alt	270	100 %	620	100 %	890	100 %

a) I spor 1 mangler vægtoplysning for 149 børn. I spor 2 mangler vægtoplysning for 159 børn. I alt 308 børn.

I spor 1 udgør børn med svær overvægt, som er målgruppen, 60 % ved start. I spor 2 udgør børn med moderat overvægt 61 %, mens børn med svær overvægt udgør 24 %, i alt 85 %. Selvom målgruppen for spor 2 er børn med moderat overvægt, inkluderes børn med svær overvægt ofte i denne gruppe, hvis sundhedsplejersken vurderer det mere relevant for familien på det pågældende tidspunkt, eller hvis familien takker nej til spor 1. Nogle få børn i spor 1 og lidt flere i spor 2 er normalvægtige ved start. Dette kan betyde, at sundhedsplejen også opsporer børn i risiko for overvægt, som f.eks. har taget et stort spring opad på vægtkurven, hvilket var en del af den oprindelige målgruppe, før revideringen af materialet i 2014. At der er registreret to undervægtige i indsatsen kan være et udtryk for, at der mangler et sted i Novax at registrere indsats til undervægtige. Samlet set udgør børn med overvægt og svær overvægt omkring 90 % af de inkluderede børn.

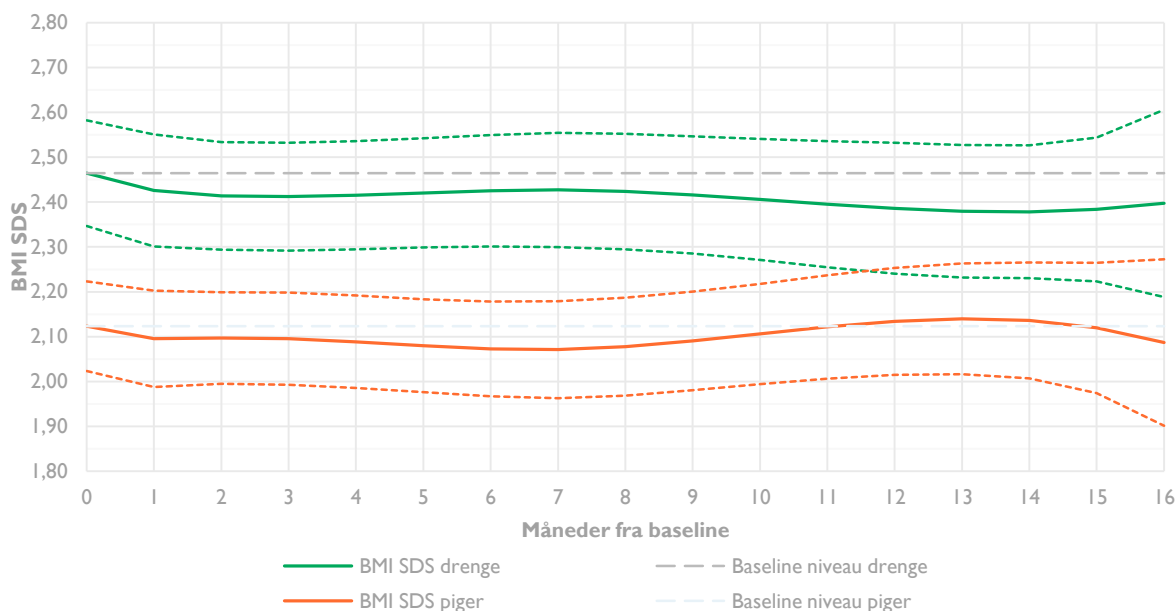
De mange manglende BMI-registreringer (25 %) skyldes flere faktorer: 1) at enten højde eller vægt mangler i journalen, og der derfor ikke kan beregnes BMI, 2) at barnet for nyligt er opsporet ved f.eks. skoleundersøgelsen, hvor vægt og højde er angivet, og sundhedsplejersken derfor ikke vil veje barnet igen allerede, eller 3) at registreringen ikke er foretaget eller noteret i Novax.

Udvikling i vægtstatus

Vægtudviklingen analyseres her for børn i spor 2 og ikke i spor 1, da formålet med spor 1 blot er, at der skal tages i mod et andet tilbud. For at analysere vægtudvikling for de børn, der deltager i spor 2 i Vejen til Sund Vægt, er den første kontakt registreret i skoleårene 2014/15 og 2015/16 som spor 2 valgt som baseline. I tilfælde hvor BMI mangler ved baseline, er der forsøgt taget højde for dette ved at benytte en eventuel BMI-måling registreret i Novax inden for de seneste to måneder før inklusion, typisk fra et standardbesøg hos sundhedsplejersken. Derudover indgår nogle børn uden baseline-måling med flere efterfølgende målinger. Børnenes vægtudvikling er fulgt ved at benytte BMI-målinger fra efterfølgende kontakter registreret i Novax under henholdsvis Vejen til Sund Vægt, standardbesøg hos sundhedsplejen samt åben konsultation. På trods af dette, har mange af børnene ingen eller kun én BMI-måling, hvorfor det ikke er muligt at følge deres vægtudvikling. I analyserne for spor 2 indgår som følge heraf data fra 339 børn (42 %).

Målet med spor 2 er at bremse barnets vægtudvikling, mens barnet fortsat vokser i højden. Den gennemsnitlige vægtudvikling ses i Figur 2 nedenfor: BMI-SDS falder marginalt for piger og lidt mere for drenge – dog er vægttabet ikke signifikant på noget tidspunkt for hverken drenge eller piger. Den manglende signifikans kan både skyldes det meget lille antal, som har mere end én måling, samt at der er stor variation i, om børnene taber sig.

Figur 2. Udviklingen i BMI SDS (med 95 % konfidensinterval) 0-16 måneder fra baseline for hhv. drenge og piger i spor 2¹³



Henvisninger til CBUS

Målet med spor 1 er, at børn med svær overvægt tager imod et tilbud i andet regi, herunder forløb i CBUS. CBUS, som hører under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, har et helhedsorienteret tilbud til børn med svær overvægt fra 2-16 år og deres familier baseret på en tværfaglig indsats. CBUS' årlige kapacitet er på 270 nye børn. Tidligere evalueringer af centrets indsats til børn med svær overvægt viser, at indsatsen har signifikant effekt, når det handler om at skabe varige livsstilsændringer og opnå vægttab eller -stabilisering hos særligt yngre børn med svær overvægt og deres familier, og effekten er uafhængig af etnicitet og uddannelsesniveau. De børn og unge, der kommer i centret, er overvejende fra familier med anden herkomst end dansk, mange af forældrene er ledige med et lavt uddannelsesniveau og med svære sociale problematikker. Den seneste evaluering af centrets indsats fra september 2015 viser desuden, at børnene og deres familier kommer fra hele byen, dog kommer en mindre andel af børn med svær overvægt fra Bispebjerg/Nørrebro end resten af byen. CBUS er derfor ved at afprøve en lokal indsats i samarbejde med sundhedsplejen og to skoler i Bispebjerg/Nørrebro til børn med svær overvægt og deres familier, der ikke møder op i CBUS.

I perioden 2014-2016 er der registreret 311 henvisninger til CBUS i Novax. Der findes ikke en komplet opgørelse af henviste børn, men CBUS estimerer, at der i den samme 3-årige periode er startet 527 børn henvist fra sundhedsplejen. Flere er formentlig henvist, da CBUS kun tæller de børn der rent faktisk møder op. Dette tyder på en underregistrering hos sundhedsplejen, som dog mindskes med årene, idet der i 2016 kun ses en mindre forskel mellem de to opgørelser. I 2016 startede 185 børn, henvist fra sundhedsplejen, i CBUS. Ud over børn i forløb hos sundhedsplejen, ses der i Novax også henvisninger til CBUS for børn, som

ikke er registreret i overvægtsindsatsen. Dette tyder på, at nogle familier takker ja til dette tilbud med det samme, uden først at have sundhedsplejersken inde over. Der er ikke lavet en CPR-kobling mellem Vejen til Sund Vægt og forløb i CBUS, men med omkring 200 børn om året, der modtages i CBUS fra sundhedsplejen, udgør de en høj andel af børnene, der ses i spor 1 (465 børn i skoleårene 2014/15 og 2015/16).

Registreringspraksis i Novax

Data fra Novax til denne evaluering viser, at der ikke er en konsistent registreringspraksis omkring indsatsen under Vejen til Sund Vægt. Dette afspejler sig også i sundhedsplejerskernes svar på spørgeskemaundersøgelsen, hvor 2/3 svarer, at de ofte eller altid er i tvivl om, hvordan indsatsen skal registreres i Novax. Dette medfører, at registreringspraksis i denne henseende er meget ujævn og ikke fyldestgørende for den faktiske indsats, både hvad angår typen og antallet af kontakter samt tilhørende vægt- og højdemålinger. I fokusgrupperne kom det frem, at indsatsen ofte tilpasses familiens muligheder og behov og derfor ikke nødvendigvis passer med registreringsfeltene i Novax. En forklaring på den manglende registrering af kontakter kan skyldes, at en del af indsatsen af og til foregår over telefon med forældrene, eller ved at børnene bliver vejet i åben konsultation for at imødekomme familiernes behov og ressourcer. Der er derfor potentiale i at udarbejde en vejledning til registrering og se nærmere på registreringsmulighederne i Novax for at imødekomme behovet.

Nogle sundhedsplejersker påpeger desuden, at kontrolvejning af børnene hver gang, de ses, kan give for meget fokus på vægten for det enkelte barn. Det bliver for meget for nogle børn, især de børn som står meget alene med overvægtsproblematikken, hvilket kan være en forklaring på de mange manglende BMI-registreringer.

En anden problematik som nævnes er, at sundhedsplejen og CBUS ikke benytter de samme kriterier for svær overvægt (se beskrivelse i kapitel 5 om måling af overvægt hos børn). Dette gør, at grafen for svær overvægt i Novax ikke stemmer overens med kriterierne for henvisning til CBUS. Forskellen er ikke stor, men nogle sundhedsplejersker finder det forvirrende og besværligt at skulle forholde sig til to kurver; den ene i journalen og den anden på papir.

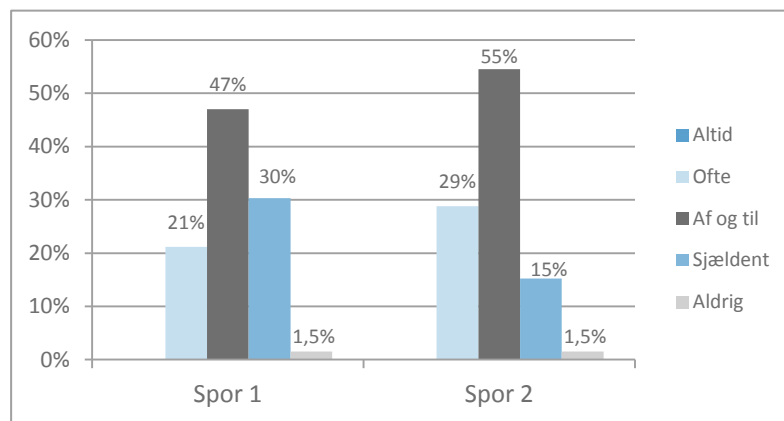
Børnenes udvikling gennem forløbet

I spørgeskemaet er sundhedsplejerskerne spurgt til forskellige faktorer omkring indsatsens betydning for børnene i forhold til bl.a. udvikling og trivsel, hvilket er fulgt op i de afholdte fokusgruppeinterviews. Præmissen for at spørge sundhedsplejerskerne til dette, er, at deres svar altid vil rumme oplevelser med mange typer børn, som derfor let kan have meget forskellig karakter. Resultaterne i dette afsnit skal derfor ses i lyset af denne betragtning.

Sundhedsplejerskerne er spurgt til, om de vurderer, at barnet udvikler sig i en positiv retning gennem forløbet i hhv. spor 1 og spor 2. For begge spor gælder det, at ingen sundhedsplejersker tilkendegiver, at indsatsen altid har en positiv effekt på børnene. Dette skyldes, at alle sundhedsplejersker har haft forløb, som ikke har været succesfulde, hvor barnet/familien ikke møder op eller ikke har den nødvendige motivation og handlekraft til at tage sig af barnets problemer med overvægt.

Sundhedsplejerskerne vurderer generelt indsatsen i spor 2 mere positiv for børnene end i spor 1, hvor 83 % vurderer spor 2 til af og til eller ofte at have en positiv betydning, mens det kun er 68 % i spor 1 (se Figur 3 nedenfor). En tredjedel mener, at spor 1 kun sjældent eller aldrig har en positiv effekt for barnet. En årsag til den dårligere vurdering af spor 1 kan være, at målet med spor 1 er, at familien skal tage imod et andet tilbud. Sundhedsplejersken når derfor ikke nødvendigvis at se effekten for barnet, da denne sker i andet regi. Det er vigtigt at bemærke, at sundhedsplejerskernes svar dækker over forskelligartede forløb, som de har givet et samlet svar på i dette spørgsmål. Resultaterne må derfor ses som en gennemsnitsbetragtning for de enkelte sundhedsplejersker.

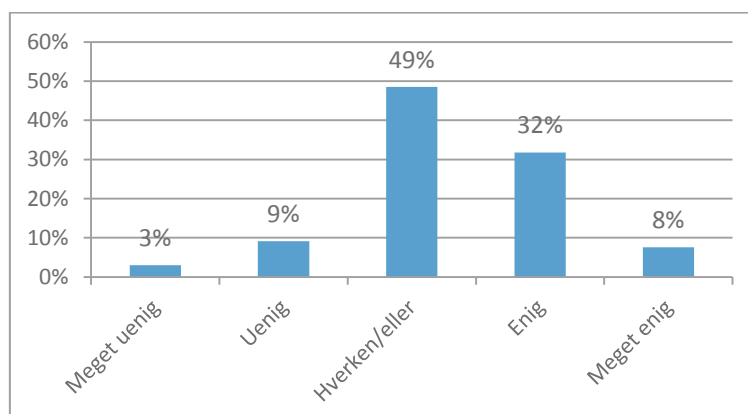
Figur 3. Hvor ofte oplever du, at barnet udvikler sig i en positiv retning inden for de tre samtaler i Spor 1 og Spor 2?



Til spørgsmålet omkring børnenes trivsel svarer 39 %, at de er enige eller meget enige i, at indsatsen har en positiv betydning for børnenes trivsel, mens knap halvdelen svarer hverken/eller, jf.

Figur 4 nedenfor.

Figur 4. Sundhedsplejerskernes holdning til udsagnet: Vejen til Sund Vægt har positiv betydning for børnenes trivsel



Flere sundhedsplejersker har ved fokusgruppeinterviewene fortalt positive historier om børnenes udvikling, ikke mindst hvordan deres selvværd blomstrer, når de lykkes med et vægttab. Der er dog også mange

udfordringer for de børn, der deltager i indsatsen, og generelt fortæller sundhedsplejerskerne, at succesraten er højere hos de yngre børn, hvor det er lettere med en struktureret indsats: *”jo yngre børnene er, jo lettere fungerer det. Dem vi får fat i 0. og 1. klasse, der fungerer det godt i de her spor, det synes jeg helt sikkert, det gør. Og så er der nogle, der er ældre, hvor man kan mærke, at der er modstand, og hvor det ikke kører. [...] forældrene slipper deres ansvar meget, meget hurtigere”*.

Desuden fortæller sundhedsplejerskerne, at indsatsen ofte har bedre effekt i de mere ressourcestærke familier, som har motivationen og blot mangler vejledning og et kærligt skub i den rigtige retning. Her er der heller ikke så mange andre dagsordener på spil som i de mere udsatte familier, hvilket gør det lettere at arbejde med indsatsen. Forælderrollens betydning uddybes i et senere afsnit.

For de ældre børn handler det i højere grad om barnets egen motivation og handlekraft, da bl.a. forældreinvolveringen er sværere ved denne aldersgruppe. Venner og det at høre til betyder mere, hvilket øger risikoen for, at barnet føler sig stigmatiseret, og overvægten bliver et tabu. Dette gør det sværere at arbejde systematisk, og indsatsen tilpasses de unge ved i højere grad at anvende åben konsultation og påmindelser over SMS. Her virker det, når barnet selv tager teten, begynder at lave mad og have en holdning til, hvad de gør og spiser. Selvom det egentlig er for stort et ansvar for de unge, påpeger en sundhedsplejerske, så er det dét, der virker, når forældrene ikke kan få skabt den fornødne struktur. Her er opbakningen fra sundhedsplejersken meget vigtig for fastholdelse og succes.

Generelt set handler det om at gribe muligheden, når motivationen viser sig, enten hos forældrene eller de (store) børn. Det kræver et tillidsfuldt samarbejde over tid, hvilket udfordrer strukturen i Vejen til Sund Vægt.

Forældredeltagelse

En vigtig faktor for succes, som går igen gennem begge fokusgruppeinterviews og sundhedsplejerskernes kommentarer i spørgeskemaet er, at det er vigtigt, at forældrene bakker op om barnets udfordringer. Selv med de store skolebørn har forældrene stadig et ansvar for, at børnene får sund mad, får rørt sig og får sovet. Flere sundhedsplejersker fortæller om familier, hvor forældre til især de større børn ikke kan se deres rolle, uanset hvad sundhedsplejersken prøver. Dermed bliver overvægten barnets ansvar: *”Hvis forældrene tager ansvar, så oplever børnene det som positivt”,* og en anden sundhedsplejerske supplerer: *”Hvis ikke forældrene løfter med, så bliver det totalt skamfuldt og barnets ansvar. Og så er det rigtig tungt [for barnet]”*.

I nogle familier er der mange afbud og udeblivelser. Det kræver en vedholdende indsats fra sundhedsplejersken at fastholde og motivere. Det er især i familier, hvor andre problematikker også fylder, eller hvor forældrene ikke kan se, at de har del i ansvaret. Udeblivelser sker også fra de ældre børn, som af og til kommer alene, igen fordi indsatsen ikke prioriteres af forældrene.

Ofte er manglende konsistens i familielivet og manglende enighed mellem forældrene medvirkende til at gøre det svært for barnet. Der er også eksempler på, at andre nære relationer end forældrene fylder meget i barnets liv, men disse er sjældent inddraget i indsatsen og forstår dermed ikke de udfordringer, barnet står med. Vejen til Sund Vægt lægger op til en familieindsats, hvor forældrenes deltagelse er vigtig, og metoden ”Den motiverende samtale” henvender sig til de deltagende voksne. Selvom sundhedsplejersken generelt har en god kontakt til forældrene og nogle gode snakke, er det stadig en udfordring at vedholde

forældreindsatsen i forløbet. I nogle familier fylder sygdom, især psykisk sygdom, hos forældrene meget, og barnets vægtudvikling ses som en tydelig konsekvens af, hvordan mor eller far har det for tiden. Alt dette kalder på en tværfaglig indsats, som ikke kun tager hånd om barnet, men om hele familiesituationen.

Tværfagligt samarbejde

Tværfagligt samarbejde er ikke beskrevet i indsatsen, men for sundhedsplejerskerne var der i fokusgruppeinterviewene et stort fokus på, at et tværfagligt, koordineret samarbejde vil gavne børnene og indsatsen, blandt andet for at imødekomme de omkringliggende behov, der ofte er i de tilknyttede familier med mange tilstødende udfordringer. Skolen og fritidstilbud er vigtige indgangsvinkler til tværfagligt samarbejde, men i spørgeskemaet svarer over halvdelen af sundhedsplejerskerne, at Vejen til Sund Vægt ikke er en kendt indsats på skolen. En sundhedsplejerske fortæller dog, at stort set alle de børn, hun ser gennem indsatsen, har været taget op i skolens Ressourcecenter af den ene eller anden årsag.

Et vigtigt kriterium for succes med indsatsen, som flere sundhedsplejersker peger på, handler om en tværfaglig indsats i barnets nærmiljø, hvor de ofte komplekse problemstillinger barnet har, kan ses i et hele. Dette gøres bl.a. ved, at sundhedsplejersken er synlig på skolen og har et godt samarbejde med f.eks. skolesocialrådgiveren, inklusionspædagogen og andre i Ressourcecenteret. En sundhedsplejerske udtaler: *"... men det der har gjort forskellen, tror jeg, det er, at vi har siddet i vores Ressourcecenter, og inklusionspædagogen går ind, og psykologen har endda været inde med observationer i klassen [...] Det er den der mere samlede indsats, der rykker noget, i hvert fald i de socialt lidt mere belastede familier".*

Sundhedsplejerskerne peger på vigtigheden af, at andre faggrupper tænker sundhedsplejen ind, når de sidder med udsatte børn, der også kæmper med overvægt. Dertil kommer bl.a. samarbejdet med lærerne, så børn kan opspores uden for standardundersøgelserne.

I relation til indsatsen i spor 1 fylder samarbejdet med CBUS meget. Generelt er der gode erfaringer med de børn, der tager imod et forløb i CBUS, men enkelte sundhedsplejersker savner en endnu mere struktureret kommunikation og tilbagemelding om børnene. Afstanden til CBUS bliver både i spørgeskemaet og fokusgruppeinterviewene italesat som en væsentlig barriere. Der er et stort ønske om en udgående eller lokal specialistfunktion inden for kost- og motionsvejledning i børnenes nærmiljø, hvor de er på hjemmebane. Det er samtidig vigtigt at holde fast i behovet for et tæt samarbejde med de øvrige tværfaglige samarbejdspartnere på skolen og fritidshjemmet.

Sundhedsplejerskernes oplevelse af indsatsen

Sundhedsplejerskerne er generelt glade for den systematik, der er omkring indsatsen, og påpeger, at det er nødvendigt for at bevare fokus og synlighed. De udtrykker, at det er rart med en ramme og pejling på, hvad næste skridt er, og for især de nyuddannede sundhedsplejersker er det rigtig vigtigt med et systematisk redskab og vejledning de kan gå til. Flowchartet i mappen nævnes af flere som en positiv ting til at give overblik. Dog pointerer flere sundhedsplejersker, at det ofte er nødvendigt at gå uden for rammerne for at møde familien, hvor de er, og at der derfor skal være rum til fleksibilitet i indsatsen. Det er ikke alle der passer ind i de fastlagte kasser, og man skal virkelig ville det som sundhedsplejerske, da det ofte kræver en stor indsats, ud over det beskrevne, at få "fat" i forældrene.

Tid og ressourcer nævnes af flere som en begrænsning for at lykkes med den gode indsats. På nogle skoler er der mange flere børn med overvægt, end der er afsat ressourcer til, hvilket gør, at sundhedsplejerskerne må prioritere. Tidspresset udfordrer også den fastsatte tidsramme i interventionen, hvor det foreslåede interval ikke altid er muligt at følge. Desuden nævner flere, at indsatsen kræver et større fastholdelsesarbejde mellem de fastlagte interventioner, især i udsatte familier, end der er afsat tid til. En sundhedsplejerske fortæller: *”Der ligger et kæmpestort stykke arbejde i det her for os. Sådan et stykke arbejde, hvor jeg lige meget hvem, jeg har med at gøre, har haft dårlig samvittighed over ikke at have gjort det bedre”*. De fleste er tilfredse med en ramme for, hvad de kan tilbyde, men flere føler det svært, når behovet hos barnet og familien er et andet.

Kompetencer og materialer

I spørgeskemaet er der spurgt ind til sundhedsplejerskernes oplevelse af egne kompetencer. Halvdelen svarer, at de er enige i, at de har kompetencerne til at bruge ”den motiverende samtale”, og 60-70 % er enige eller meget enige i, at de har de fornødne kompetencer til at tale med barnet og familien om henholdsvis kost og motion. Samtidig er næsten en fjerdedel uenige eller meget uenige i, at de har kompetencerne vedrørende kost og ”den motiverende samtale”. I fokusgrupperne blev især kost fremhævet som et område, hvor der er et ønske om kompetenceudvikling hos sundhedsplejerskerne, bl.a. til at rådgive og navigere i en verden med mange tilbud og opfattelser om diæter og sund kost.

De tilgængelige skemaer om mad, motion og søvn benyttes som dialogværktøj af flere, dog ofte mere som inspiration end at de decideret bliver udfyldt af familien, mens andre slet ikke bruger det. Skemaerne kan være gode til at afdække mønstre i familien, men flere savner noget mere visuelt materiale til dialog, som barnet kan huske og relatere til. Børnene tiltrækkes af de visuelle illustrationer, og et billede som dialogredskab kan være mere åbent end et spørgeskema med ”rigtige” og ”forkerte” svar. Der efterspørges også materiale, som familien kan bruge derhjemme efterfølgende, f.eks. en lettilgængelig pjece de kan få med hjem, som kan hjælpe dem i hverdagen. Derudover efterspørger sundhedsplejerskerne, om der findes godkendte apps, der kan hjælpe familierne og de større børn. Vurderingen er dermed, at der er tilfredshed med materialerne, men at de trænger til en visuel opdatering for bedre at appellere til børnene.

Der er delte meninger om ”den motiverende samtale” som metode. Mellem en tredjedel og halvdelen af sundhedsplejerskerne svarer, at de aldrig benytter de forskellige redskaber, der hører til Den Motiverende Samtale. Det nævnes bl.a., at metoden ikke rammer gruppen af forældre med anden etnisk herkomst, hvor det kræver andre metoder at få forældrene inddraget og motiveret. Sundhedsplejerskerne fortæller generelt, at mange lader sig inspirere og benytter den overordnede tankegang og dele af materialet efter behov, men ud fra svarene i spørgeskemaerne, er der mange der ikke anvender metoden. Om dette skyldes usikkerhed omkring metoden og dermed et behov for kompetenceløft er uvist, men metoden benyttes i hvert fald ikke systematisk.

Strukturel forebyggelse

I tillæg til indsatsen savner sundhedsplejerskerne et større fokus på forebyggelse af overvægt, ikke mindst strukturel forebyggelse. De nævner blandt andet, at der på nogle skoler er et stort behov for en fælles forebyggende indsats, hvor både skole og fritidshjem er inddraget. Dette kan for eksempel være en

sundhedspolitik om, hvad der indtages og sælges, samt være med til at skabe attraktive spisemiljøer og rammer for fysisk aktivitet for børn i alle aldre. Derudover er det vigtigt, at skoler og fritidshjem er bevidste om, at lærere og pædagoger agerer som rollemodeller for børnene, for eksempel når de synligt indtager slik og sodavand. Det nævnes, at muligheden for skolemad/EAT virkelig gavner denne målgruppe af børn med overvægt sammenlignet med den mad, de før fik med eller købte sig til i kiosken.

7. Anbefalinger til indsatsen fremadrettet

Evalueringen af Vejen til Sund Vægt giver anledning til nogle mindre justeringer omkring indsatsen, der kan indarbejdes inden for kort tid samt en anbefaling om en revidering af indsatsen til børn med overvægt og svær overvægt i København.

På kort sigt anbefaler Børne- og Ungdomsforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at der i Vejen til Sund Vægt arbejdes med konsistent registrering af børnenes vægt og højde samt registrering af samtale inden for hvert forløb. Dette skal understøttes af en lettilgængelig vejledning. Dertil skal der ske en simpel revidering af det elektroniske materiale til Vejen til Sund Vægt.

Det anbefales, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal se på revidering af den nuværende overvægtsindsats med repræsentanter fra både Børne- og Ungdomsforvaltningen samt Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med henblik på en revidering af indsatsen, som forelægges udvalgene.

En fremtidig revidering af indsatsen vil have fokus på, hvordan der sikres et større fokus på strukturel forebyggelse for at forebygge overvægt hos børnene og hvordan det tværfaglige samarbejde, særligt i skolernes ressourcecentre, kan styrkes omkring børn med overvægt. Dertil skal der ses på muligheden for at omprioritere Vejen til Sund Vægt, så der i stedet arbejdes med en udgående supportfunktion på ernærings/vægttabsområdet.

CBUS er ved at afprøve en lokal indsats i samarbejde med sundhedsplejen og to skoler i Bispebjerg/Nørrebro til børn med svær overvægt og deres familier, der ikke møder op i CBUS. Effekten af den lokale indsats vil kunne ses ultimo 2017, og arbejdsgruppen vil se på, om det giver mening at bygge videre på de lokale erfaringer.

Den videre proces

Indsatsen Vejen til Sund Vægt fortsætter frem til medio 2018, hvor Børne- og Ungdomsforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forelægger udvalgene et oplæg fra arbejdsgruppen til beslutning vedr. en revidering af indsatsen med henblik på implementering i 2019. Børne- og Ungdomsforvaltningen indarbejder mindre justering af den nuværende indsats, som beskrevet ovenfor.