



SLUTEVALUERING AF GREVE KOMMUNES METODEUDVIKLINGSPROJEKT "MULTIMINEN"

Thomas Gjelstrup Bredahl

2012:1

Slutevaluering af Greve Kommunes metodeudviklingsprojekt “MultiMinen” - For 6–8 årige børn med overvægt

Udarbejdet af
Thomas Gjelstrup Bredahl
Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund
Institut for Idræt og Biomekanik
Syddansk Universitet
Odense

**Slutevaluering af Greve Kommunes metodeudviklingsprojekt ”MultiMinen”
- For 6-8 årige børn med overvægt**

Udarbejdet af Thomas Gjelstrup Bredahl

Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund

Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Rekvirent: Greve Kommune

Udgivet 2012

ISBN 978-87-92646-33-0

Serie: Movements, 2012:1

Serieudgiver: Institut for Idræt og Biomekanik

Forsidefoto: Scanpix

Forsidelayout: UniSats

Opsætning: Grafisk Produktion Odense

Tryk: Print & Sign, Odense

I projektet har følgende personer deltaget:

Styregruppe

Ledende sundhedsplejerske Henriette Weberg, projektejer
Sundhedchef Jakob Bigum Lundberg (1.1.2009 – 1.11.2010)
Leder af Greve Familiecenter Gerd-Onny Gauslå
Centerchef for Kultur og Fritid Jens Nielsen (1.11.2010 -)
Specialkonsulent Birgitte Bonnevie, projektleder

Projektgruppe

Specialkonsulent Birgitte Bonnevie, projektleder
Sundhedsplejerske Mettelene Lund Rosenlund, projektkoordinator
Klinisk diætist Lene Kromann-Larsen
Familieterapeut Lise Sørensen
Idrætstræner Annette Zeuthen-Pedersen, Greve Gymnastik og Trampolin
Sundhedsplejerske Anita Andersen, repræsentant for gruppen af sundhedsplejersker,
Sundhedsplejersker, der har deltaget i Familiecentret: Marianne Guldahl, Eva Vejlø og
Elise Nørbo.
De fem faste projektgruppemedlemmer har deltaget i udarbejdelsen af evalueringen.

Institut for Idræt og Biomekanik v/ Syddansk Universitet

har varetaget evalueringen af projektet med følgende personer
Akademisk medarbejder Lise Specht Pedersen, evaluator SDU (1.09.2009 – 1.09.2010)
Masterstuderende Marianne Skaarup Marker, Master i Fitness og Træning, SDU
Studieleder, Studieadjunkt. Ph.d. Thomas G. Bredahl, evaluator SDU (1.09.2010 -)

Indholdsfortegnelse

Baggrund.....	6
Formål	8
Målsætning.....	9
Delmål	9
Specifikke succeskriterier.....	9
Målgrupper i den specifikke indsats	10
Det specifikke kommunale tilbud i Greve kommune.....	12
Bevægelsesforløb i foreningsregi.....	12
Kostvejledningstilbud til målgruppen	12
Udviklingsforløbet i projekt ”MultiMinen” og procesevaluering	13
Teori	16
Familier med overvægtige børn i et systemisk perspektiv.	16
Det brede og positive sundhedsbegreb	17
Fysisk aktivitet og børn i et fremadrettet perspektiv	18
Familier med overvægtige børn og det sundhedsfremmende perspektiv	19
Handlekompetence	19
Motivation	22
Evaluering	24
Specifik evaluering.....	24
Mål for den specifikke evaluering	24
Metode	26
Observationer	26
Interviews.....	26
Interviewguide.....	27
Spørgeskema.....	28
Ethiske overvejelser	28
Resultater	29
Resultatevaluering.....	29
Information om forældre.....	32
Fysiologiske mål	33
Børnenes selvvaluerede trivsel	35
Kost og motionsvaner.....	36
Evaluering af MultiMinen	46

Procesevaluering	57
Interviews af familier	57
Det brede positive sundhedsbegreb, sundhedsfremme og fremtiden	61
Nej – familierne	62
Sundhedsplejerskerne	62
Samarbejde imellem faggrupper i projektet	62
Kompetenceudvikling i sundhedsplejerskegruppen	64
Projektgruppens evaluering	67
Udfordringer	67
Muligheder	74
Fremtidige perspektiver	75
Diskussion	77
Resultatevaluering	77
Specifikke succeskriterier	77
Information om forældre	77
Vægt og BMI	78
Trivsel	78
Kost	79
Fysisk aktivitet	80
Ændringer af kost- og motionsvaner	81
Procesevaluering	83
Handlekompetence	83
Kompetenceudvikling	86
Projektgruppens evaluering	87
Styrker og fejlkilder	90
Konklusion	92
Specifikke succeskriterier	92
BMI og trivsel	92
Spørgeskema og interviews	92
Kompetenceudvikling	94
Organisering og udvikling	94
Perspektivering	95
Referencer	96
Bilag	102
Bilag 1	102
Serien Movements	103

Baggrund

I Danmark ses en stigning i antallet af overvægtige børn og voksne. Således er antallet af børn mellem 4-18 år, der er overvægtige, steget fra 10,9% i 1995 til 14,4% i 2000-2002 (Matthiesen, 2000; Pearson et al, 2005). Tendensen i Danmark ser ud til at fortsætte i årene fremover (Matthiesen et al, 2008). Også antallet af børn, som er inaktive i Danmark, øges. Der er registreret et fald på 5% i årene fra 1998 til 2007, af børn og unge der dyrker regelmæssig motion (Pilgaard, 2008). Noget tyder på at børn, der er overvægtige som 12-årige, har øget risiko for at være overvægtige som voksne (Bonke & Greve, 2010). Overvægt hos voksne medfører øget risiko for type 2 diabetes og hjertekarsygdomme allerede som ung voksen (Haskell, Lee, Pate, Powell, Blair, Franklin et al. 2007; Lindstrom, Ilanne-Parikka, Peltonen, Aunola, Eriksson, Hemio et al. 2006; Pedersen & Saltin, 2006). Overvægten kan derudover medføre betydelige psykologiske problemer både i barndom, ungdom og som voksen (Bonke & Greve, 2010).

Det er også tilfældet i Greve Kommune, hvor en undersøgelse af indskolingsbørn i 2005-2006 viste overvægt hos hvert 7. barn (Greve Kommune, 2008). Screening af 4½ årige børn i 2008 viste en mindre andel med overvægt (mindre end hver 10.) i denne aldersgruppe, og resultatet tyder på, at forekomsten af overvægt stiger hos børn omkring tidspunktet for indskoling (Greve Kommune). Formodningen understøttes i øvrigt af sundhedsplejerskernes øvrige observationer.

Der har igennem de seneste 10-12 år været forskellige projekter i idrætsforenings regi, alle med det formål at fremme sundheden vha. tilbud om deltagelse i fysiske aktiviteter og mindske overvægten hos børn i forskellige aldersgrupper (la Cour, 2010). Af større projekter i kommuner kan nævnes Vejle Kommune "Sunde vaner fra barnsben (Andreassen, 2010) og Varde Kommunes "Rend og hop – vi si'r stop" (Lund, 2009) blandt mange flere (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Fælles for projekterne er, at effekten undersøges ved hjælp af parametre som vægt og BMI (la Cour, 2010). Enkelte projekter beskæftiger sig med, hvordan deltagelsen opleves af det enkelte overvægtige barn og barnets familie. De undersøgte projekter kommenterer kun kortfattet, hvordan effekten af projekterne vedligeholdes/bibeholdes i et fremadrettet perspektiv (Andreassen, 2010; la Cour, 2010; Lund, 2009). En udenlandsk reviewundersøgelse med det formål at forbygge overvægt hos børn og unge viser samme tendens, hvor der ikke er konkrete bud på, hvordan effekten vedligeholdes fremadrettet (Summerbell et al, 2009)

Problemstillingerne omkring børns overvægt er ofte komplekse og relaterer sig til inaktivitet, dårlig kost, dårlig trivsel og samspil internt i familien (Sundhedsstyrelsen, 2006). I en sundhedsfremmende kontekst, hvor målgruppen er overvægtige børn og deres familier, vil en bio-psyko-social tilgang (Iversen, 2002), hvor individet anskues som en del af en større sammenhæng, give mening i forhold til at tilbud og intervention rettes mod både barn og familie. Således er det ikke kun det overvægtige barn selv, men hele familien den sundhedsfremmede indsats skal rettes imod (Wistoft, 2009b).

Det brede positive sundhedsbegreb indeholder en definition om, at sundhed er mere end blot fravær af sygdom (WHO, 1986), derfor er familiernes trivsel og motivation en

vigtig brik, når der tænkes sundhedsfremme for overvægtige børn. Udvikling af handlekompetence hos den involverede målgruppe er ligeledes centralt, fordi de giver de overvægtige børn og deres familier mulighed for selv at fremdrive evner til at kunne handle i forhold til sundheden fremadrettet (Jensen, 2009).

Det tilsiger, at et tilbud til overvægtige børn bør omfatte såvel bevægelse, kost og trivsel som inddrager hele familien. For at sikre fastholdelse i projektet skal endvidere anvendes en anerkendende metode, og tilbuddet skal tilrettelægges, så det i størst muligt omfang matcher personlige behov og ønsker, fx i form af en personlig handleplan. Det ønskes derfor undersøgt, hvordan anerkendende metoder i kombination med en individuelt tilpasset handleplan, der kan omfatte bevægelse, kost og trivsel for hele familien, kan understøtte fastholdelse i projektet. Dette betragtes specifikt i forhold til sundhedsplejerskernes kompetenceudvikling.

Evalueringen foregår på to niveauer: en procesevaluering og en resultatevaluering.

Resultatevalueringen adskiller sig fra andre evalueringer ved at have fokus på at undersøge, hvordan deltagelse i et projekt med fokus på motion, trivsel og ændring af livsstil opleves og påvirker den enkelte deltager og dennes families handlekompetence i relation til fysisk aktivitet og kost i et fremadrettet perspektiv.

Procesevalueringen undersøger, hvordan projektet udviklede sig undervejs, og hvilke tiltag i projektet der især støtter udviklingen af handlekompetence i forhold til fysisk aktivitet og sundhedsfremmende adfærd hos overvægtige børn og deres familier.

Erfaringer fra tidligere projekter peger på barrierer ift. rekruttering og motivering til specifik indsats overfor overvægtige børn og deres familier (sst.dk). Da krav om skolelæge bortfalder som følge af lovændring i 2008 øges sundhedsplejens opgaver ifm. indskolingsundersøgelsen. Ændringerne ledsages af krav om øget kompetenceudvikling i sundhedsplejen. Det forekommer derfor relevant at undersøge, om kompetenceudvikling kan medvirke til at styrke sundhedsplejens indsats i forhold til at motivere overvægtige børn til at indgå i og gennemføre relevante tilbud med tilfredsstillende resultater. Endelig er det vigtigt at tilgodese behovet for at fastholde de opnåede resultater efter endt projektdeltagelse. Idrætsforeninger m.v. bør derfor indgå i en kommunal indsats mhp. at introducere deltagerne til og efterfølgende fastholde dem i foreningstilbud. Projektet ønsker derfor tillige at undersøge metoder til overgang og optag i ”almindelige” fritidstilbud.

Sundhedsstyrelsen udmøntede i 2008 15 mio. kroner til kommunale indsatser målrettet overvægtige børn og unge med særligt fokus på udsatte familier. Midlerne stammer fra satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2005-2008, hvor det blev aftalt at afsætte i alt 83 mio. kr., heraf 10 mio. kroner til centrale understøttende aktiviteter. I 2005 og 2007 udmøntede Sundhedsstyrelsen henholdsvis 28 mio. kroner til 11 kommuner og 30 mio. kroner til 10 kommuner.

Midlerne er afsat med det formål:

At gennemføre en struktureret forebyggelses- og behandlingsindsats i et antal kommuner.

At sikre en resultatopsamling, der kan anvendes ved planlægning af indsatsen på landsplan.

På det grundlag søgte Greve kommune midler fra 3. udmøntning, og fik bevilget 2.796 mio. kr. over tre år. Indsatsen skulle være specifikt rettet mod familier med børn med overvægt og f.eks. ikke en mere generel indsats for skoler, SFO m.m.

Formål

Evalueringen af projektet deles således op i fire dele. a) En spørgeskemaanalyse af familiernes udvikling b) En kvalitativ interviewanalyse af udviklingen af handlekompetence c) En analyse af kompetenceudvikling hos sundhedsplejerskerne d) En analyse af projektets organisering og udvikling ud fra projektgruppens erfaringer.

a) Formål med spørgeskemaanalysen

Formålet med spørgeskemaanalysen er at beskrive udviklingen hos de deltagende børn og familier i forhold til eksempelvis BMI, trivsel, kost og motion. Desuden er formålet at danne et overblik over målsætninger i forhold til familiernes deltagelse i ”MultiMinen”, opfyldelse af disse målsætninger samt give et overblik over familiernes evaluering af deres deltagelse.

b) Formål med den kvalitative analyse

Formålet med den kvalitative analyse er at undersøge, hvilke faktorer der påvirker motivationen for fysisk aktivitet hos barnet og dets familie, i bestræbelserne på at ændre livsstil. Derudover undersøges udviklingen af handlekompetence i familierne og hos det overvægtige barn. Undersøgelserne af motivation og handlekompetence har til formål at undersøge, om der er tendenser eller udsagn, der kan give indsigt i hvilke elementer, der skal være opfyldt for at der opnås en potentiel fremadrettet drivkraft hos det overvægtige barn og dennes familie.

Resultatet af disse analyser kan bidrage med viden om, hvilke rammer der kan optimeres, således at fremtidige projekter i Greve eller andre varige tilbud til overvægtige børn og deres familier kan optimeres.

c) Formål med analysen af kompetenceudviklingen hos sundhedsplejerskerne

Formålet med analysen af kompetenceudviklingen hos sundhedsplejerskerne er at beskrive, hvorvidt de deltagende sundhedsplejersker i ”MultiMinen” oplever at have tilstrækkelige kompetencer til at varetage de pålagte opgaver i projektet. Desuden er formålet at beskrive, hvorvidt den kompetenceudvikling, der har fundet sted undervejs i projektet, har understøttet sundhedsplejerskernes arbejdsopgaver i projektet i tilstrækkelig grad.

d) Formål med analysen af projektets organisering og udvikling

Formålet med analysen af projektets organisering og udvikling er, med udgangspunkt i projektgruppens udsagn, at afdække, hvorvidt organiseringen af projektet har været faciliterende for gennemførelsen. Formålet er desuden at afdække, hvilke forudsætninger som projektgruppen vurderer er centrale for at kunne gennemføre et projekt som ”MultiMinen”.

Målsætning

Projektets primære mål er at udvikle og afprøve et individuelt tilpasset kommunalt tilbud (se nærmere under delmål) med fokus på bevægelse, kost og trivsel for overvægtige børn med inddragelse af hele familien

Projektets sekundære mål er at udvikle og afprøve en model for, hvordan sundhedsplejen, gennem yderligere kompetenceudvikling og understøttet af almen praksis, kan sikre en effektiv rekruttering af overvægtige indskolingsbørn i relevante kommunale tilbud.

Derudover er det projektets mål at udvikle og afprøve en model for fastholdelse af resultaterne på sigt, bl.a. hvordan deltagerne kan udsluses til almindelige fritidstilbud efter projektdeltagelse.

Delmål

Udvikling af indskolingsundersøgelsen med henblik på identificering og motivering af overvægtige børn til at indgå i kommunalt tilbud.

Udvikling og afprøvning af model for øget kompetenceudvikling i sundhedsplejen, herunder motiverende metoder og anvendelse af BMI-kurver.

Udvikling og afprøvning af kommunalt tilbud til overvægtige børn, som sammensættes individuelt i forhold til deltagernes ønsker og behov. Tilbuddet omfatter 1) motorisk aldersrelateret træning og bevægelse for overvægtige børn; 2) familierettet kostvejledning og etablering af ”middagsnetværk”; samt 3) videreudvikling af ”flerfamilieforløb” tilpasset overvægtige børns familier ved kommunal familieterapeut.

Udvikling og afprøvning af metode til at fastholde livsstilsændringer på sigt efter endt projektdeltagelse gennem udslusning til almindelige fritidstilbud.

Dokumentation og evaluering af projektresultater i samarbejde med Syddansk Universitet.

Specifikke succeskriterier

I forbindelse med organiseringen af MultiMinen blev der fastlagt nedenstående specifikke succeskriterier.

Generelt

Der afholdes fælles informationsmøder for børn og forældre, hvor de enkelte aktiviteter bliver præsenteret før holdstart.

Mål for sundhedsplejen

Børn inkluderet i projektet (af samtlige henviste til projektkoordinatoren)	75%
Gennemførelsesprocent af inkluderede	80%
Samtaler hos sundhedsplejekoordinator	100%

Mål for gymnastik	
Børn indrullet i projektet	95%
Gennemførelsesprocent	75%
Fortsætter i fritidsaktiviteter	50%
Mål for kostvejledning	
Familier indrullet i projektet	80%
Gennemførelsesprocent	75%
Mål for Greve Familiecenter	
Familier indrullet i projektet ¹	50%
Gennemførelsesprocent	75%

Målgrupper i den specifikke indsats

Den primære målgruppe er 6-8-årige børn med overvægt på skoler i Greve Kommune samt deltagende børns forældre og søskende.

Den sekundære målgruppe er sundhedsplejen, Greve Gymnastik og Trampolin, diætister i Greve Kommune samt Familieværkstedet under Center for Børn & Familier

Rekruttering og motivation af målgruppen

Inklusionskriterier

BMI liggende over 18 for både piger og drenge sammenholdt med en generel vurdering af barnet. Der anvendes skema for BMI, der ligger i Novax². Familien skal være motiveret for at deltage aktivt for at ændre til sundere vaner. Den endelige inklusion vil bero på en individuel vurdering foretaget af projektgruppen.

Rekruttering til projektet finder sted i forbindelse med indskolingsundersøgelsen i 0. klasse, behovssamtale i 1. klasse samt sundhedssamtale i 2. klasse. I forbindelse med undersøgelsen identificeres overvægtige børn, og sundhedssamtale med forældrene foretages. Identifikation sker bl.a. på baggrund af anvendelse af BMI-kurver med målinger over flere år. Hvis barnet er i målgruppen orienteres om projektet, og sundhedsplejen motiverer for deltagelse. Der udleveres informationsmateriale samt oplysninger om opfølgende kontaktopringning. Familien får herved mulighed for at træffe beslutning om deltagelse på et informeret og kvalificeret grundlag. Det kan indgå i samtalen, at familien opfordres/har mulighed for at konsultere egen læge med henblik på yderligere information og afklaring om deltagelse i projektet. Målet er at aftale konkret opfølgning i forhold til deltagelse i projektet ved opringning fra koordinerende sundhedsplejerske.

1 Den lave deltagelsesprocent er sat på grund af kapacitetsproblemer.

2 Sundhedsplejerskernes elektroniske journalsystem

Kompetenceudvikling der skal styrke rekruttering og motivering af målgruppen

Alle sundhedsplejersker afholder indskolingsundersøgelser. Derfor skal alle opnå kompetencer, der styrker effektiv rekruttering og fastholdelse af deltagere i projektet. Kompetenceudviklingen omfatter metoder, der kan igangsætte refleksioner hos målgruppen for at opnå motivation til at påbegynde og fastholde livsstilsændring. Familierne skal for eksempel motiveres til at have fokus på den sunde vægtudvikling, vaner, myter samt konkret viden. Kompetenceudviklingen suppleres desuden ved, at alle sundhedsplejerskerne deltager i det kursus, der afholdes i forbindelse med at indskolingsundersøgelsen skal foretages uden kommunallæge.

Tværsæktorielt samarbejde der skal styrke identifikation af målgruppen samt rekruttering og fastholdelse af deltagere

Praktiserende læge og konsulent Pia Müller med specialviden inden for opsporing og behandling af overvægt blandt børn har medvirket i udviklingen af samarbejdet og undervejs i informationsmøder for forældre.

Der afholdtes fælles seminar med almen praksis om projektet, om udarbejdelse og etablering af samarbejdsmodel, herunder fælles datamodel samt muligheder for at medvirke i henvisning til projektet.

Skoleledere og klasselærere er blevet orienteret om projektet med henblik på at sikre, at disse understøtter fastholdelse af deltagere i projektet.

Koordinering af indsatsen via ”koordinerende sundhedsplejerske”

Oprettelse af koordinerende projektsundhedsplejerske, som primært skal varetage følgende opgaver:

- Endelig visitation og opfølgende samtaler med deltagere.
- Udarbejdelse af individuelt tilrettelagt handlingsplan af ca. seks måneders varighed for deltagere samt forældre og søskende.
- Gennemførelse af sundhedstjek/måling/registrering af ”rekrutteringsvej” i forbindelse med statusamtaler med deltagerne og 3 gange under handlingsplanens forløb.
- Indsamling og bearbejdning af data.

Det specifikke kommunale tilbud i Greve kommune

Der udvikles og afprøves en model, hvor deltagere i projektet gennemfører en individuelt tilrettelagt handlingsplan af ca. ½ års varighed, som omfatter tre indsatsområder: Bevægelse, kost og styrede flerfamilieforløb. Forældre og søskende inddrages i handlingsplanen.

Bevægelsesforløb i foreningsregi

Foreningstilbud i Greve Gymnastik og Trampolin ved cheftræner og speciallæge i idrætsmedicin Holger Himmelstrup. Målet med tilbuddet er at give målgruppen positive oplevelser ved bevægelse og herigennem at styrke troen på egne evner og at muliggøre overvægtsreduktion. Der gennemføres træning med deltagerne i grupper med hensyntagen til individuel fysisk udvikling og kompetence. Børns fysiske grænser brydes og flyttes gennem succesoplevelser med deres kroppe (Bandura, 1997; Hagger & Chatzisarantis, 2007). Et overvægtigt barn udvikler sig sjældent på et almindeligt idrætshold. Derfor skal der skabes fysiske rammer og beskyttede miljøer for dem (uforpligtende men strukturerede legemiljøer). Træningen sætter fokus på muskeltonustræning samt labyrint- og balancesanser. Bløde springgulve, trampoliner, geometriske skumklodser, moderne gymnastikredskaber og leg i skumgrave vil danne de fysiske rammer. Herudover har Greve Gymnastik og Trampolin en orienterende funktion i forhold til at informere børn og deres forældre om andre tilbud i idræts- og fritidslivet.

Kostvejledningstilbud til målgruppen

Familierne fik tilbud om en til tre individuelle kostvejledninger og flere fælles kostvejledninger undervejs. Det sidste blev afholdt i samme tidsrum, hvor børnene var til gymnastik.

Udover dette etableres styrede middagsnetværk mellem deltagende familier, f.eks. sådan at familierne fik mulighed for at tilberede et måltid og spise sammen i tilknytning til familiecenteret og bevægelsesaktiviteterne. Metoden har været, at deltagerne i fællesskab lavede mad under vejledning af en diætist, eller at deltagerne spiste hjemmelavet medbragt mad sammen.

Flerfamilieforløb ved samarbejde imellem Familieværkstedet og Sundhedsplejen

Flerfamilieforløb er inspireret af ”Marlborough Family Service”, London, England³. Specielt fokuseres på hjælp til selvhjælp ved at støtte familier til at mobilisere og tro på egne ressourcer og udviklingspotentialer i et samarbejde med andre familier. Vejledning af familierne sker i et samarbejde mellem en terapeut i Greve Familiecenter og en sundhedsplejerske. Tilbuddet videreudvikles på baggrund af gode erfaringer med pilotprojekt fra 2007-2008. Der blev planlagt et forløb, hvor deltagende familier mødtes i en afgrænset intensiv periode, 3 timer hver uge i 4 måneder. Tilbuddet rettes til alle familier for at støtte udviklingen af trivsel og sunde vaner i dagligdagen.

³ <http://www.cnwl.nhs.uk/MarlboroughFamilyService.html>

Organisation

Projektet etableres efter Greve Kommunes projektmodel med en styregruppe, en projektgruppe og en projektleder. Projektet organiseres på tværs af kommunens centre, således at alle relevante kompetenceområder inddrages. Styregruppen omfatter chefer for Center for Sundhed, Center for Kultur og Fritid, Center for Børn og Familier samt projektleder og ledende sundhedsplejerske. Projektgruppen omfatter blandt andet projektleder, diætist samt repræsentant fra henholdsvis bevægelsestilbud, Greve Familiecenter, sundhedsplejen og eventuelt skole.

Udviklingsforløbet i projekt "MultiMinen" og procesevaluering

Projektgruppen blev nedsat med følgende fagpersoner:

Projektleder: sundhedsfaglig kandidat; Projektkoordinator: sundhedsplejerske; Projektmedarbejdere: klinisk diætist, familierapeut og gymnastikinstruktør. Projektgruppen mødtes hver 3. uge for at diskutere fremdrift, problemer og ændringer undervejs.

Tilbuddet til familierne bestod af følgende i en 20-ugers periode:

Gymnastik 2 x 1½ time for børnene med henblik på udvikling af fin- og grovmotorikken. Kostvejledning til hovedsageligt forældre med henblik på mere viden om sund mad og sunde vaner. Kostvejledningen tilbydes både i fællesforum og ved individuel samtale. Tre samtaler i forløbet med sundhedsplejersken med henblik på måling af børnene og opfølgning på handleplanen, der blev udarbejdet ved første samtale. Ugentlige 3-4 timers møder i familiecenteret for hele familien, det vil sige inklusiv eventuelle søskende. Der blev afholdt et informationsmøde, hvor der fortaltes kort om de forskellige tilbud, og forældrene kunne herefter vælge, hvad de havde lyst til at deltage i.

Resultatet af dette blev, at 14 børn ud af 16 blev tilmeldt gymnastikken, alle forældre tilmeldte sig kostvejledning – enten fælles og/eller individuel, og kun en familie tilmeldte sig møderne i familiecenteret, der derfor ikke blev oprettet. Årsagen til dette var ifølge familierne, at logistikken ikke kunne gå op. Det var for meget at være til møde 3-4 timer mandag (kl. 16-20) og køre barnet til gymnastik tirsdag og torsdag. Flere havde også søskende, der skulle køres til/fra idræt på andre dage.

På baggrund af dette blev konceptet ændret til at vare i 40 uger, hvor gymnastik, kostvejledning og samtaler med sundhedsplejersken foregik de første 20 uger, og møderne i familiecenteret blev lagt i forlængelse heraf, det vil sige i de sidste 20 uger af projektet. Desuden blev tilbuddet på et informationsmøde til hold 2 meldt ud som en samlet pakke. Resultatet af dette blev, at alle tilmeldte sig hele tilbuddet.

Samtidig begyndte sundhedsplejersken og diætisten at have første samtale med familierne i fællesskab, da mange spørgsmål til familierne var identiske og dermed med fordel kunne indhentes på en gang. Der blev således allerede under første samtale talt om barnets trivsel og ændring af kostvaner. Dette sparede familierne for nogle samtaler.

Næsten alle familier på hold 2 startede i familiecenteret. I løbet af et par måneder var der dog frafald, så de to hold, der fra start var oprettet, på grund af pladskapacitet, blev

samlet i et hold, der mødtes hver anden uge. For dette hold blev der også oprettet et midt-dagsnetværk, som nu et år efter stadig mødes 2-4 gange årligt.

De to næste hold havde deltagelse af en del børn med anden etnisk baggrund end dansk, og dette gav nogle udfordringer; børnene mødte ikke så regelmæssigt op til gymnastik, forældrene var svære at få kontakt med, og nogle talte ikke særlig meget dansk.

Ved afslutning af hvert gymnastikhold blev der afholdt en mini-opvisning, hvor børnene viste deres familier, hvad de havde lært undervejs. Der var stor tilslutning til disse opvisninger af både forældre, søskende og bedsteforældre.

Undervejs i projektet, hvor kendskab til at nogle familier havde det svært, blev opnået, blev disse familier henvist til individuelle familieføløb i Familiecenteret. Ikke alle tog imod tilbuddet, som er et åbent tilbud i Greve Kommune.

Greve Kommune fik i efteråret 2010 uddannet 10 sundhedsformidlere med anden etnisk baggrund. Nogle af disse er blevet anvendt i kommunikationen med de etniske familier. En sundhedsformidler fik således til opgave at kontakte familierne og lave aftaler med dem, og i nogle tilfælde også afholde samtalerne i hjemmene. Det viste sig at være den bedste metode til at få kontakt med disse borgere. For at afprøve en fælles indsats over for vores etniske borgere blev der, i stedet for møder i Familiecenteret, oprettet mødre- og fædregrupper. Begge grupper havde oplægsholdere med etnisk baggrund og stor erfaring med afholdelse af sådanne møder, hvor forældreansvar og sundhed formidles. Sundhedsformidleren gjorde et stort stykke arbejde med at få forældrene til at komme. Det lykkedes kun i mindre grad at få fædrene til at komme (3 ud af 15), mens cirka halvdelen af mødrene kom til arrangementerne. Nogle mødre tog veninder eller andre kvindelige familiemedlemmer med. En faktor der var afgørende for, at mødrene kunne komme, var at der var arrangeret børnepasning af de mindre børn.

På hvert hold blev der inviteret til ekstra arrangementer for at skabe sammenhold og inspirere. Arrangementerne har været fælles madlavning, spisning med efterfølgende leg, foredrag samt et arrangement hvor bedsteforældre også var inviteret. Tre arrangementer blev gennemført, to måtte aflyses på grund af for få tilmeldte, og et blev aflyst på grund sygdom hos projektmedarbejderen.

På de to første hold blev der inviteret til forældremøder. Disse havde begrænset deltagelse, og vi erfarede, at der hovedsageligt var spørgsmål om gymnastikken. Det tredje hold fik derfor tilbud om forældremøde vedrørende gymnastikken, mens dette ikke blev tilbudt det fjerde hold. Da dette hold havde hovedpart af familier med anden etnisk baggrund end dansk, blev det skønnet, at det ikke ville få nævneværdigt fremmøde. Problemer blev i stedet taget op undervejs i forløbet.

Da mange forældre sad i idrætshallen og så på børnene, mens de trænede, blev det forsøgt at tilbyde fitnessstræning i andre lokaler i hallen til forældrene. Fra start deltog ca. 10 forældre, men dette faldt ret hurtigt til kun at være 2-3 stykker, der kom. Da disse forældre samtidig var nogle, der trænede i forvejen, blev dette forsøg lukket igen.

Den faste frekvens i afholdelse af projektgruppemøder med deltagelse af alle projektmedarbejdere gjorde, at alle til hver en tid vidste, hvad der foregik i projektet og var med til at lave ændringer. Dette styrkede projektet og littede arbejdet i forhold til at styre imod

et fælles mål. Det var således også en platform til at komme af med frustrationer og få opbakning til det videre forløb. Desuden opleves det i projektgruppen som en styrke, at der ikke har været udskiftning blandt projektmedlemmerne. Projektet var derfor rimelig upåvirket af de organisationsændringer, der skete omkring medlemmerne.

I projektet har der undervejs været praktikanter, blandt andet to bachelorstuderende fra Ankerhus Seminarium og én bachelorstuderende fra Suhrs Seminarium. Der er ligeledes blevet udarbejdet en masterafhandling på Institut for Idræt og Biomekanik på SDU med udgangspunkt i data fra projektet.

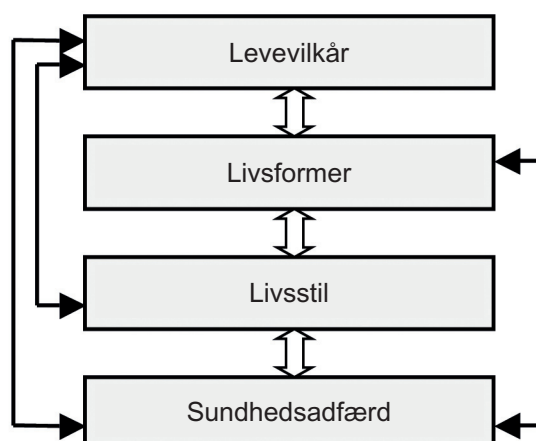
Teori

Familier med overvægtige børn i et systemisk perspektiv.

Når der arbejdes med sundhedsfremme af overvægtige børn, er det ikke tilstrækkeligt at undersøge børnene alene. Forældrene, resten af familien samt øvrige omgivelser udgør ligeledes centrale påvirkningsområder. Dette kan forstås som en systemisk tankegang. Systemisk defineres som en samling af elementer i interaktion (Hermansen, Løw og Petersen, 2004). Der refereres derfor til, at den menneskelige erkendelsesproces og adfærd altid sker i et cirkulært system og i interaktion mellem mennesker og den omkring liggende verden (Hornstup et al, 2005).

Derfor kan det også siges, at mennesket er indlejret og kan ikke adskilles fra dets omverden. Mennesket skabes af og skaber sin omverden (Iversen, 2002). Desuden er motivation for en given handling ikke kun individbundet, men i høj grad relationsafhængig (Hagger, Biddle & Chatzisarantis, 2002).

Dette understøttes af, at interventioner gennemført på individniveau i relation til livsstil, sundhed og fysisk aktivitet ikke har vist betydningsfulde ændringer i forhold til sundhedsfremme og adfærdsændring. Endvidere har forskning af sundhed, adfærd og livsstil vist, at en snæver opfattelse af livsstil ikke er brugbar i forståelsen af den individuelle livsstil og sundhedsadfærd (Johannessen, 2005). Der er behov for en bredere forståelse af livsstil og sundhed (Jensen, 2009). For at øge effekten af interventioner og for bedre at forstå den minimale effekt af biomedicinske adfærdsinterventioner på sundhed, så tilbyder socialvidenskaben en mere kompleks forståelse af livsstil og sundhedsadfærd, som kan være nyttig at implementere. Ydermere så er det centralt at supplere den allerede eksisterende biomedicinske viden for at opnå en bedre forståelse af adfærd og adfærdsændring (Almind & Hansen, 2009). Socialvidenskabelig forskning indikerer, at adfærd ikke udelukkende er et individuelt anliggende, men i stedet en integreret del af individets sociale liv, herunder påvirket af andre centrale faktorer i en sundhedspsykologisk kontekst (Eichberg, 1993; Johannessen, 2005; Ottesen, 1993). Socialvidenskaben foreslår, på samme måde som den bio-psyko-sociale model, at det er vigtigt at anerkende, at livsstil og sundhedsadfærd bliver influeret af et stort antal faktorer, som individet kun i begrænset omfang har mulighed for at influere på (Christensen & Albertsen, 2002). Indenfor socialvidenskaben har livsstil været brugt til at beskrive eksempelvis valg af kulturelle aktiviteter samt sundhedsrelaterede vaner på tværs af socialklasser (Christensen & Albertsen, 2002). Figur 1 viser, hvordan individuel sundhedsadfærd ikke kun bliver påvirket af en intentionel indsats fra individet med også af levevilkår, livsformer samt livsstil (Eichberg, 1993; Johannessen, 2005). I denne figur er livsstil defineret af det samfund og den kultur (miljøet, lovgivningen, materielle ressourcer), hvori individet lever, lokalsamfundet (eksempelvis arbejde, familie, sociale relationer, økonomiske ressourcer), de individuelle forudsætninger (eksempelvis køn, livsbegivenheder, psykologisk karakteristika) og de muligheder og begrænsninger, som ligger i den aktuelle situation (Johannessen, 2005). Den individuelle fortolkning af disse faktorer determinerer livsstilen og derved den sundhedsrelaterede adfærd (Antonovsky, 2000; Due & Holstein, 2009; Lazarus & Folkman, 1984; Uexküll, 1996).



Figur 1. Et eksempel på sammenhængen imellem Levevilkår, Livsformer, Livsstil og Sundhedsadfærd (Kombineret ud fra (Eichberg, 1993; Johannessen, 2005; Ottesen, 1993)).

I det systemiske perspektiv får levevilkår for det enkelte menneske en særlig betydning. Et menneskes levevilkår er et af de parametre, der findes i systemet omkring mennesket (Jacobsen, 1991). Levevilkår defineres i en nyere fortolkning som de ydre vilkår, og omfatter bl.a. familien, dens sammensætning og status, boligforhold og uddannelses- og erhvervsforhold, samt lokal-miljøet og den omgivende natur (Johannesen, 2005). Der er lavet flere undersøgelser, der viser sammenhæng mellem det, der nu forstås som dårlige levevilkår og dårligt helbred (Jensen & Johnsen, 2000; Johannesen, 2005). En persons eller en families livsstil bliver i denne ramme forstået som ”output” af levevilkårene. Livsstilen er bevidste eller ubevidste handlinger, der får indflydelse på individets sundhed (Jensen, 2000).

Det brede og positive sundhedsbegreb

I arbejdet med sundhedsfremme vil spørgsmålet om, hvad sundhed egentlig er, ofte kommet frem. For familier med overvægtige børn er det vigtigt, at sundhed ses i et bredere perspektiv, således at oplevelse af livskvalitet ikke kun er slanke børn, men også glade børn.

Det brede og positive sundhedsbegreb tager udgangspunkt i WHO’s definition på sundhed: ”Sundhed er en tilstand af fuldstændig fysisk og mental og social velbefindende og ikke blot fravær af sygdom og svaghed”(oversat fra engelsk)(WHO, 1986; Jensen, 2000). Bjarne Bruun Jensen har arbejdet med sundhedsmodeller, hvor et helheds- og handlingsorienteret sundhedsbegreb er opstået. Den helhedsorienterede tilgang består i at se på den hele person omfattende både fysiske og psykiske dimensioner i personens totale miljø, der omfatter både livsstil og levevilkår. Der skelnes imellem en ”negativ” og en ”positiv” dimension set i et ”snævert” eller et ”bredt” perspektiv” (fig. 2) (Jensen, 2000).

	Negativt (fravær af sygdom)	Positivt (livskvalitet og fravær af sygdom)
Snævert (livsstil)	1	2
Bredt (livsstil og levevilkår)	3	4

Figur 2. De fire forskellige sundhedsbegreber (Jensen, 2000)

Under det ”negative” sundhedsbegreb defineres sundhed som fravær af sygdom, hvori- mod det ”positive” sundhedsbegreb, omfatter en tilstedeværelse af noget fx velvære og livskvalitet. Det ”snævre” sundhedsbegreb hentyder til, at der udelukkende fokuseres på vaner og livsstil, hvorimod det ”brede” inkluderer både livsstil og levevilkår. Man kan derfor sige, at felterne og indholdet bliver mere omfattende, jo længere ned og mod højre man bevæger sig i modellen. I felt 4 findes det mest omfattende sundhedsbegreb (fig. 2) (Jensen, 2000).

Det ”brede” positive sundhedsbegreb er derfor et godt fundament at stå på, når der arbejdes med tiltag omkring familier med overvægtige børn. Udgangspunktet er felt 4, således at det både er levevilkår og livsstil i familierne, der tages i betragtning, når der arbejdes med sundhedsfremme. Ved at anvende det brede positive sundhedsbegreb anerkendes det, at rammerne omkring mennesker også spiller en rolle i forhold til sundheden for den enkelte. Dette underbygges ved undersøgelser hvor børn relaterer sundhed til flere parametre som livsstil, sygdom, adfærd, livsstil og levevilkår (Wistoft, 2009a).

Fysisk aktivitet og børn i et fremadrettet perspektiv

Det er centralt for projektet at undersøge motivation for deltagelse i fysisk aktivitet samt udvikling af handlekompetence hos målgruppen, i et fremadrettet perspektiv. Det fremadrettede perspektiv er vigtigt, idet flere undersøgelser viser, at antallet af børn og unge, der er regelmæssigt fysisk aktive, er faldende (Pilgaard, 2008). Pilgaard viser også i sin undersøgelse, at idrætsdeltagelse i barndommen er kædet sammen med idrætsdeltagelse i voksenlivet, således at når man har deltaget i idræt i forening som barn, gør man det også som voksen. Derfor ser det ud til at fastholdelse i gode vaner omkring fysisk aktivitet som barn, vil have en afsmittende effekt, således at fysisk aktivitet også dyrkes senere i livet (Pilgaard, 2008). Som ovenstående dog indikerer, er det helt centralt, at der i denne proces tages højde for både børnenes samt familiernes bio-psyko-sociale vilkår (Iversen, 2002).

Familier med overvægtige børn og det sundhedsfremmende perspektiv

Sundhedsfremme og forebyggelse kan opfattes som to forskellige paradigmer, hvor forebyggelse har til formål at undgå noget uønsket som sygdomme og ulykker, hvorimod sundhedsfremme handler om at fremme den enkeltes sundhed og skabe muligheder for at mobilisere ressourcer og handlekompetence hos borgere og patienter (Jensen, 2009). I sundhedsfremme er der fokus på det, der holder folk raske, samt på ressourcer og handlemuligheder. Der arbejdes mod at mobilisere et overskud, der gør folk robuste overfor de udfordringer livet giver (Jensen & Johnsen, 2000).

På verdensplan har World Health Organisation udgivet Ottawa Chartret, hvor der inden for sundhedsfremme er fokus på deltagerorienterede processer, hvor "livsfærdigheder", ejerskab og handling er i centrum (Jensen, 2009; WHO, 1986). "Livsfærdigheder" kan forstås som handlinger, der understøtter en sundhedsfremmende livsstil (Jensen, 2009)

Hvis der tænkes videre med sundhedsfremme som en ressource hos det enkelte menneske, voksen som barn, kan sundheden tænkes som handlekompetence og opnåelse af mål. Her er de bestemmende faktorer de mål, den enkelte sætter sig, livsbetingelser og det enkelte individs fysiske og psykiske handlekompetence integreret med det sociale liv samt den kontekst individet lever i (Johannessen, 2005; Ottesen, 1993; Jensen & Johnsen, 2000).

Handlekompetence

Den generelle pædagogik har til opgave at skabe refleksion over forhold gældende ved opdragelse, formidling og undervisning for at optimere læring i situationerne (Mach-Zagal & Saugstad, 2009). Når der er brug for pædagogik inden for sundhedsområdet, er det fordi sundhed anses som en ressource, hvormed man kan opnå et godt liv. På denne måde bliver sundhed en kompetence, som kan tilegnes igennem læringsituationer (Mach-Zagal & Saugstad, 2009). Dermed søger sundhedspædagogikken at optimere de situationer, hvor individet udvikler kompetencer, som gør denne i stand til at handle for at opnå sundhed. Således eksisterer der i sundhedspædagogikken et ønske om, at folk opnår handlekompetence, hvormed de aktivt kan deltage i det sundhedsfremmende arbejde (Jensen, 2006). Som nævnt kræver det aktiv handlen at bryde med vaner, hvorfor det er væsentligt at vide, hvad forskellen på vaner og handling reelt er. Vaner dannes på et bevidst plan som modsvar til at skulle træffe valg om samtlige af de handlemuligheder, vi står over for. Således bliver vaner indgroede handlinger, som vi med tiden ikke tænker over. Handlinger er derfor i første omgang altid intentionelle og målrettede (Jensen & Schnack, 1993). På denne måde er handlekompetence en evne til at tage ansvar for sin egen og sin families sundhed og kan defineres således;

Handlekompetence kan defineres som den kompetence, der skal til for at kunne handle, hvad enten handlingen finder sted nu eller i fremtiden. Det er således ikke kun en kompetence til at kunne udføre selve handlingen, men samtidig evner til at vurdere, om der overhovedet skal finde en handling sted (Mach-Zagal & Saugstad, 2009, p. 39)

Handlekompetencebegrebet har danske rødder og er beskrevet i forbindelse med didaktik og dannelse tilbage i 1993 af Bjarne Bruun Jensen og Kasten Schnack (Jensen & Schnack, 1993). Handlekompetence er introduceret i overvejelser om miljøundervisning i folkeskolen og siden hen i sundhedsundervisning. Handlebegrebet tolkes til at være en

kompleks sammensætning af et individs adfærd, aktiviteter, bevægelser og vaner, altså nogle handlinger individet gør. Kompetence forstås her som at være (og ville være) en kvalificeret deltager. Handlebegrebet og kompetence i denne fortolkning blev koblet, og handlekompetence begrebet opstod. I denne forståelse af begreberne ligger implicit erfaring og at gøre adfærd til handlen. Derudover er der i handlekompetence begrebet en aktiv deltagelse (Jensen & Schnack, 1993).

Handlekompetence er et socialt fænomen, der bliver udtrykt ud fra et individs handlinger i forhold til at engagere sig i, bruge eller ændre en eksisterende praksis. Udfoldelsen af handlekompetence involverer, at individet sætter sig for at opnå personlige mål eller delmål i delvist forudsete situationer. Realiseringen af disse mål opnås igennem kvalificerede og motiverede handlinger inden for det givne rum for handling. Udfoldelsen af handlekompetence bygger på en serie af personlige kvaliteter og kontekstafhængige betingelser (Albertsen & Andersen, 2001, p. 762).

Handlekompetence kommer først i spil, idet en vane skal brydes. På det tidspunkt sker der en meningsfuld, formålsfuld og aktiv handling (Albertsen & Andersen, 2001, p. 762). Handlekompetence er det modsatte af handlingslammelse (Jensen, 2000). Selvom handlekompetence ikke kan tildeles, kan det udvikles og udfoldes (Jensen, 2000). Handlekompetence giver mulighed for, at individet kan opnå ejerskab over deres egne mål. En persons visioner og ideer giver dem kræfter til at influere på deres egne og deres børns liv og livsbetingelser (Jensen, 2000). I den kontekst fremhæver handlekompetence både potentialet til at handle samt størrelsen eller dimensionen af kompetencerne.

I et videre arbejde med handlekompetencebegrebet konstateres det, at man må gå andre veje i erkendelsen af, at viden ikke altid fører til handling (ændret adfærd). Den vigtige forskel på adfærdsændring og handling er at forud for handlingen ligger der en bevidst stillingtagen, mens dette ikke behøver at være tilfældet ved en adfærdsændring. Det første element i definitionen af handling er derfor, at man selv beslutter sig for at gøre noget. Derudover skal handlingen have et vist mål mod løsning af de problemer, man arbejder med (Jensen & Schnack, 1993). Handlekompetence foreslås derfor opbygget af to komponenter: indsigt og engagement. Indsigten udtrykker på sin vis evnen til at kunne handle, mens engagement siger noget om viljen til handling (Jensen, 1993). Handlinger ses i det sundhedsfremmende perspektiv som intentionel og målrettet, hvor nøglebegreber som deltagelse og handling er tæt knyttede (Jensen, 2006).

Der findes to former for handlekompetence. Den generelle og den specifikke. Den generelle handlekompetence omhandler det, at individet har en lyst til at handle og en tro på, at ens handlinger nytter. Dette er resultatet af, hvorvidt man kender handlemulighederne og har tillid til egne handleevner (Mach-Zagal & Saugstad, 2009). Den specifikke handlekompetence omhandler derimod individets handlekompetencer i en konkret situation, hvilket forudsætter, at individet har erfaring med lignende situationer. Denne kompetence kræver derfor, at personen kan se handlemulighederne og barriererne inden for det pågældende handlerum. Handlerummet er et samlet udtryk for de muligheder og barrierer, der foreligger i en given situation. Dette rum kan virke lille i situationer, hvor den enkelte ikke ser alle handlemuligheder, eller det kan virke stort i situationer, hvor individet ikke kan se

konsekvenserne af sine handlinger (Mach-Zagal & Saugstad, 2009). For at kunne lave en handlestrategi, der muliggør ændring af vaner, kræver det altså handlekompetence.

Følgende komponenter menes at være vigtige delkomponenter i forhold til handlekompetence (Jensen, 2000, p. 200):

Viden og indsigt

En bred positiv og handlingsrettet forståelse af sundhed, herunder indsigt i effekter, årsager og forandringsstrategier.

Engagement

Lyst til at involvere sig i forandringsprocessen.

Visioner

Evne til at ”gå bag om” og tænke kreativt og visionært.

Handleerfaringer

Konkrete erfaringer med at indgå individuelt og kollektivt i forandringsprocesser og overveje, hvorledes barrierer overvindes.

Kritisk sans

Evnen til ikke at tage alle budskaber for pålydende og i stedet drage egne konklusioner og tage beslutninger.

Således skal individet ikke udelukkende have viden og indsigt om en specifik adfærd, men også kunne udvikle på og reflektere over sine visioner, afprøve disse for derigennem at opnå erfaring (Jensen, 2006). Der kan sættes spørgsmålstejn ved, hvorvidt viden og indsigt bidrager til handlekompetence, eftersom de fleste mennesker allerede er bevidste om de negative effekter af deres sundhedsadfærd og alligevel ikke handler derefter. Dette skyldes ifølge Bjarne Bruun Jensen (2006), at den viden, individet har, ikke er handlingsorienteret. Med dette mener han, at der bør være fire dimensioner af sundhedsviden, for at denne kan blive grundlag for handling: a) Viden om årsager b) viden om effekter c) viden om alternativer d) viden om forandringsstrategier.

Oftest forholder det sig sådan, at den viden der formidles, kun er viden om effekter. For individet kan dette give anledning til bekymring, da denne dimension ensidigt påpeger, hvilke resultater en given adfærd har. En anden dimension, årsager, bør derfor akkompagnere viden om effekter og dermed forklare, hvorfor en adfærd fører til en bestemt effekt. Hvordan man kan håndtere denne adfærd i sit liv foreslås gennem forandringsstrategier. Forandringsstrategierne indeholder eksempelvis viden om mestring. Slutteligt bør der være viden om alternativer. Denne viden bidrager til, at individet kan udvikle sine visioner og evner som kritisk tænkende væsen, eksempelvis via inspiration fra andre kulturer (Jensen, 2006).

I sundhedsformidlingen bør de ovenstående videndimensioner dermed indgå for at fremme et individs eller en families handlekompetence. Ydermere forudsætter

handlekompetence erfaring. Derfor må formidlingen af sundhed også lægge op til dialog og inddragelse, således at det er muligt for individet at føle ejerskab med handlingerne og få erfaring med disse (Jensen, 2009). Der eksisterer ifølge Bjarne Bruun Jensen fire former for handling (Jensen, 2006). Disse handleformer danner grundlag for udvikling af handlestrategier. Der findes a) den direkte individuelle, b) den indirekte individuelle, c) den direkte kollektive og d) den indirekte kollektive (Jensen, 2006).

På denne vis kan man handle direkte ved at ændre sin egen adfærd eller indirekte ved at forsøge at ændre de handlemuligheder, ens handlerum besidder. Ligeledes kan man handle alene eller i fællesskab med andre. Sidstnævnte kræver dog, at der eksisterer en fælles forståelsesramme samt et fælles mål (Jensen, 2006). Handlinger udført kollektivt besidder styrker i form af eksempelvis social støtte. Således kan individet gennem kollektivet ændre på egne omgivelser, eksempelvis ved at få indført ændrede motionsvaner i familiestrukturen (Jensen, 2006).

Det at opkvalificere handlekompetence giver, på trods af ovenstående, ikke altid mulighed for handling, da dette afhænger af de muligheder, handlerummet (eksempelvis familien) besidder (Jensen, 2009).

Handlekompetencen hos familier med overvægtige børn er relevant at undersøge på grund af ovenstående definitioner. Især fokus på, at viden alene ikke altid fører til handling, er relevant. Det er centralt, at der skabes handlingsorientering, således at individet opnår kompetencer til at handle på baggrund af egen kraft og overbevisning (Jensen, 2006).

I denne projektevaluering bliver sundhedsadfærd betragtet som de sundhedsfremmende handlinger, familien gennemfører for barnet og dem selv med henblik på kort og langsigtede ændringer i sundhedstilstanden (Due & Holstein, 2009; Jensen, 2006). Social reproduktivitet af adfærd, hvor barnet observerer og lærer sundhedsadfærd fra de mennesker, som betyder mest for dem, og derefter mere eller mindre bevidst adapterer adfærden, er et centralt område for udviklingen af sundhedsadfærd og livsstil (Due & Holstein, 2009). Forældre har en forpligtelse som rollemodeller for adfærd for eksempel i forhold til madindtag, træning samt fysiske aktiviteter. Hvis de ikke opfylder dette rollemodelkrav, er der stor risiko for, at forudsætninger for overvægt hos barnet opstår i familien.

Motivation

Motivation er interessant at undersøge i familier med overvægtige børn, idet motivation for og lyst til fysisk aktivitet er afgørende for fastholdelsen i en fysisk aktiv livsstil. En forståelse af motivation relateret direkte til deltagelsen i ”MultiMinen” kan bidrage til en forståelse af, hvilke forhold der er centrale, for at familierne eventuelt fastholder deres bevægelses- og kostadfærd efter projektets ophør (Biddle & Mutrie, 2007; Vallerand, 2007). Motivation forbindes umiddelbart med en slags drivkraft for det enkelte individ. Derfor er det relevant og interessant at undersøge dette i forbindelse med ændringer i handlekompetence i relation til livsstilsændringer.

Forskning viser, at individet, men også omgivelserne og situationen, har betydning for den oplevede motivation. Disse undersøgelser viser også, at retning, vedholdenhed, intensitet og evner kan være betydningsfulde for individets motivation. Motivation defineres

eksempelvis som: ”en proces hvor mennesker frembringer bestemte ressourcer, deres tid, talent og energi, og bruger dem som de ønsker” (Maehr & Braskamp, 1986: 7). En anden definition beskriver motivation som:

”den hypotetiske konstruktion der bruges til at beskrive de indre og/eller ydre kræfter, der producerer initiativ, retning, intentioner og vedholdenhed til en bestemt opførsel/handling” (Vallerand, 2007, 59).

De to ovenstående definitioner henviser begge til, at motivation inkluderer retning eller mål, samt vedholdenhed, evner og et frit valg. Definitionerne suppleres desuden af en yderligere dimension, hvor individets aktive interaktion med omgivelserne påvirker motivationen til handling (Vallerand, 2007). Denne forståelse af motivation understøttes af andre undersøgelser, der har analyseret familiens indflydelse på børns deltagelse i fysisk aktivitet og sport. Konklusionerne er, at især forældres og søskendes adfærd og holdning til fysisk aktivitet og bevægelse har indflydelse på barnets motivation for og deltagelse i fysisk aktivitet (Horn & Horn, 2007).

Andre undersøgelser af motivation fremhæver desuden, at individet er styret af behovet for opfyldelse af egne behov. Motivation kan eksempelvis opdeles i en indre og en ydre motivation. Individet, der primært er indre motiveret, handler overvejende på baggrund af eget initiativ og interesse for at tilfredsstille en følelse af autonomi og kompetence. Individet, der har en høj grad af indre motivation, for eksempelvis fysisk aktivitet, deltager primært af interesse, nysgerrighed, for udfordringen og for glæden ved aktiviteten. Ydre motivation er derimod præget af, at handlingen gennemføres for belønning, for at undgå straf eller under tvang. (Deci & Ryan, 2000). Imellem disse yderpunkter eksisterer en gradbøjning af de to motivationstyper, hvor især graden af selvbestemmelse, men også følelsen af at ”burde” eller ”skulle”, er afgørende for graden af motivation (Deci & Ryan, 1991). Den indre motivation kan opdeles i 3 typer: a) motivation på grund af viden/evner, b) motivation for at færdiggøre ting, og c) motivation for at opleve en stimulering.

Evaluering

Evalueringen er tilrettelagt på to niveauer – et resultat- samt et procesniveau. Resultatevalueringen foregår på deltagerniveau og procesevalueringen primært på organisationsniveau.

Deltagerniveauet omfatter en før-måling (se nedenstående afsnit for specificering) ved opstart af forløb, en slutmåling samt en opfølgning henholdsvis et halvt og et helt år efter forløbet i projektet. Målingerne vil såvel være kvantitative (vægt og højde) som kvalitative (egenvurdering omkring handlekompetence, trivsel m.m.) med henblik på at undersøge, om projektets mål bliver opfyldt. Der gennemføres desuden interviews med udvalgte familier samt med Greve Gymnastik og Trampolin og projektmedarbejdere i Greve Kommune. Denne del af evalueringen vil have størst fokus. Målgruppedeltagere, som ikke har ønsket at deltage i projektet, inddrages ligeledes i evalueringen.

På organisationsniveau sættes fokus på at evaluere de udviklede metoder og tilbud i projektet. Eksempelvis: Hvor gode er de udviklede metoder til rekruttering af målgruppen? Har sundhedsplejen fået de nødvendige kompetencer? Hvordan fungerer samarbejdet mellem sundhedsplejen og familierne i forhold til motivation til at indgå i kommunale tilbud?

Specifik evaluering

Mål for den specifikke evaluering

Evalueringen har som mål at belyse, hvordan projektet har fungeret, og om de metoder, som er taget i anvendelse, har levet op til intentionerne.

Evalueringen skal belyse fire dele af projektet:

Tilbuddet til familierne.

Organiseringen og udviklingen af projektet.

Identificeringen og *rekrutteringen* af overvægtige børn til kommunens tilbud.

Opfyldelse af succeskriterier.

Evalueringen vil især fokusere på tre aspekter ved projektet:

1. Hvordan familierne forholder sig til kommunens tilbud:

Fører deltagelsen i projektet til, at familierne opnår *handlekompetencer* hvad angår indsigt, engagement, visioner og handleerfaring i forhold til en sundere livsstil.

Er – eller bliver - familien *bevidst* om de sundhedsmæssige problemer ved overvægt, årsagen til overvægten, fordelene ved en ændring af livsstilen og forældrenes ansvar for børnenes sundhed.

I hvilken grad bliver disse kompetencer omsat til *handlinger og livsstilsændring* (mere fysisk aktiv, sundere kost mv.).

2. Hvordan har partnerskabet mellem Greve Gymnastik og Trampolin og kommunen fungeret?

Blev aktiviteterne for de overvægtige børn en integreret del af foreningen?

3. I hvilken grad kompetenceudviklingen i sundhedsplejen har formået at kvalificere sundhedsplejerskernes rekruttering af børn med overvægt til at deltage i det kommunale tilbud.

Metode

Til gennemførelse af evalueringen benyttes følgende metoder:

Indsamling af data fra inkluderede børn i projektet.

En beskrivelse af udviklingen i børnenes BMI.

Selv om det var hensigten, giver evalueringen desværre ikke mulighed for at sammenligne børnenes udvikling med udviklingen i en kontrolgruppe. I forbindelse med børnenes udvikling i BMI, er de børn, som sagde ”Nej tak” til deltagelse i projektet, men som alligevel via vægt og højde registrering er blevet fulgt af sundhedsplejerskerne, blevet anvendt som en referencegruppe. Deres udvikling i BMI sammenholdes med de deltagende børns BMI.

Observationer

Observationerne danner baggrund for, at evaluator kan komme til at kende projektet, børnene samt de forskellige samarbejdsrelationer. Der er gennemført følgende observationer:

- Under den koordinerende sundhedsplejerskes statusamtaler med forældre til børnene i projektet.
- Under idræts- og bevægelsesaktiviteter for målgruppen i Greve Gymnastik og Trampolin.
- Under kostvejledning og/eller ’flerfamilieforløb’.

Interviews

Der er gennemført interviews med udvalgte familier, som tager imod kommunens tilbud. Der er gennemført interviews med 4 familier tre gange: Kort tid efter rekrutteringen, ved afslutningen af det individuelt tilpassede forløb og et halvt år efter afslutningen af dette forløb. Der er desuden gennemført:

- Interviews med familier, som fik en invitation til at deltage i kommunens tilbud, men valgte ikke at deltage (kun ét interview med hver familie).
- Interviews med 8 sundhedsplejersker, der medvirker ved indskolingsundersøgelsen.
- Interview med den koordinerende sundhedsplejerske.
- Interview med den for projektet ansvarlige i Greve Gymnastik og Trampolin.
- Interview med diætist samt familieterapeut på ’flerfamilieforløbet’.

Målet med anvendelsen af den kvalitative metode er at få uddybende indsigt i familiernes udvikling af handlekompetence og projektgruppens samt sundhedsplejerskernes erfaring med projektet.

Designet af interviewundersøgelsen følger Steinar Kvaales 7 faser (Kvale & Brinkmann, 2009). Fase 1 omhandler tematisering og formulering af problemstillinger, som interviewundersøgelsen skal afdække. Fase 2 er undersøgelsens design, hvor planlægning af interview og strukturering af disse overvejes. Fase 3 er selve gennemførelsen af interviewene. Fase 4 er transskription af interview. Fase 5 er analysen, hvor en kategorisering

af udsagn og senere fortolkning finder sted. Fase 6 er verifikation af resultater. Fase 7 er rapportering af resultaterne (Kvale & Brinkmann, 2009).

Interviewenes primære formål er at undersøge, hvorledes deltagelse i MultiMinen påvirker handlekompetence samt motivation for fysisk aktivitet fremadrettet. Det er hensigten at indhente dybdeinformation, og data kan derfor ikke generaliseres. Den semistrukturerede interviewform gør det muligt for interviewerens at forfølge og forsøge at få uddybet respondenternes svar, hvis nødvendigt (Brinkmann & Tanggaard, 2010; Olsen, 2002).

Interviewguide

Interviewguiderne er opdelt i specifikke temaer (Kvale & Brinkmann, 2009) som forudsætning for at undersøge problemfeltet (Brinkmann & Tanggaard, 2010).

Interviewguiden er inddelt i 7 hovedtemaer, som er: 1) baggrundsinformation, 2) dagligdagen generelt, 3) bevægelsesvaner og lyst til - og oplevelser med fysisk aktivitet, 4) mad og måltider, 5) projektet, 6) indtryk af projektets forskellige dele samt 7) handlinger/livsstilsændringer. I forhold til interviewguide to og tre, er der suppleret med spørgsmål relateret til udbytte af projektets forskellige dele, ændringer i vaner omkring motion og kost samt fremtidsperspektiver.

Hvert deltagende barn og barnets familie er interviewet ved baseline (kort efter starten på gymnastikken i MultiMinen) og igen ved afslutning af gymnastikken efter ca. 20-26 uger. Alle interview er udført enten hos informanterne (familierne) eller på neutral grund i kommunens borgerhus eller på skolen. Interviewene har i gennemsnit taget ca. 45 min.

Interviewene var organiseret således, at både børn og forældre havde ret til at svare på de spørgsmål, der blev stillet. Dog blev enkelte spørgsmål stillet direkte til enten forældrene eller børnene (Brinkmann & Tanggaard, 2010). Informanterne er udvalgt af den koordinerende sundhedsplejerske, som vurderede hvilke familier der var villige til at deltage, samt at familierne havde tilstrækkelige danskundskaber. Der deltog 4 familier i interviewene. Alle børn var i alderen 7-10 år på svartidspunktet. At familierne er udpeget af koordinerende sundhedsplejerske og ikke ud fra lodtrækning giver en risiko for, at data ikke er repræsentative. Men idet evalueringens primære sigte er familiernes oplevelse af handlekompetence, vurderes udvælgelsen ikke at være afgørende for de samlede resultater (Kvale & Brinkmann, 2009; Olsen, 2002).

Interviews med ”Nej-familierne” er gennemført som telefoninterviews. Kun en ”Nej-familie” ønskede at deltage i undersøgelsen.

Interviews med projektgruppen (projektleder, koordinerende sundhedsplejerske, den ansvarlige i Greve Gymnastik og Trampolin, diætist samt Familieterapeut på ”flerfamilieforløbet”) på ”MultiMinen” er gennemført som et fokusgruppeinterview. Desuden er der indledningsvist gennemført individuelle interviews med alle projektgruppemedlemmer. Interview med gruppen af deltagende sundhedsplejersker vedrørende kompetenceudvikling blev ligeledes gennemført som fokusgruppeinterview.

Interviewene er blevet transskriberet ordret. Pauser og sproglige uklarheder er udeladt. Desuden er der ikke taget højde for tonefald og kropssprog. I kodningen af data blev henholdsvis motivation og handlekompetence anvendt som kategoriseringsparametre.

Retning og mål, vedholdenhed, evner, frit valg og miljøet er defineret som underkategorier relateret til motivation. Erfaringer/ handleerfaringer, deltagelse og bevidst stillingtagen, samt indsigt og engagement blev anvendt som underkategorier til handlekompetence. Anvendelse af data i evalueringsrapporten foregår i anonymiseret form.

Spørgeskema

Under forløbet modtager såvel forældre som børn, der deltager i projektet, to spørgeskemaer:

Det første skema besvares, når familien har sagt ja til at deltage i projektet.

Det andet skema besvares ca. et halvt år efter, at barnet har afsluttet deltagelsen i det individuelle forløb.

De centrale temaer i spørgeskemaundersøgelsen ved baseline er den selvoplevede sundhed og trivsel set i forhold til kost, motion og familiens generelle livsstil. Selvom der er tale om et spørgeskema, der retter sig til familien, så fokuseres der især på *barnets* trivsel og sundhed. I opfølgingsundersøgelsen anvendes det samme spørgeskema igen, men med det tillæg, at der også foretages en tilfredshedsvurdering af kommunens tilbud samt familiens indsats. Der anvendes VAS skemaer til at vurdere barnets trivsel. De specifikke parametre er beskrevet i resultatafsnittet.

Spørgeskema 1 indeholder 14 spørgsmål (bilag 1). Der indledes med 3 spørgsmål om mad og måltider, dernæst 5 spørgsmål om fysisk aktivitet og idræt og afslutningsvis 6 spørgsmål om alder, køn, oprindelsesland, fysisk aktivitet samt selv vurderet helbred til den forælder, der er respondent. Spørgeskema 2 indeholder 34 spørgsmål. Spørgeskemaet indeholder som spørgeskema 1 generelle spørgsmål til mad og måltider, fysisk aktivitet og idræt samt suppleret med et ekstra spørgsmål om barnets trivsel. Desuden indeholder spørgeskemaet en evaluering af deltagelsen i ”MultiMinen” Her spørges blandt andet til information fra projektet, tidspunkter for gymnastik, projektperiodens varighed, antal træningsgange per uge, barnets motivation for at deltage samt udbytte både for barn og familie. Desuden spørges til ændringer i handlekompetence hos familien efter deltagelse i projektet. Til slut spørges til forventningsindfrielse og opnåelse af opstillede mål, samt om syn på chancer for at deltagelsen i projektet kommer til at påvirke vaner som kost og fysisk aktivitet fremadrettet (bilag 1).

Etiske overvejelser

Familierne, der interviewes og besvarer spørgeskemaer, er underrettet om, hvordan de indsamlede data behandles. Det vil sige, at familierne giver samtykke til, at interviewet kan foregå, samt at indsamlet data må anvendes i en anonymiseret udgave. I bearbejdningen af data anvendes citater og udsagn korrekt og i den sammenhæng det oprindeligt stammer fra (Kvale & Brinkmann, 2009).

Resultater

Resultatevaluering

I henhold til de succeskriterier, der er opstillet for projektets aktiviteter, viser resultaterne, at MultiMinen i relation til såvel sundhedsplejen, gymnastikken og kostvejledningen i meget høj grad har været i stand til at opfylde de specifikke målsætninger, som var opstillet for projektet. For sundhedsplejen viser resultaterne, at 70% af samtlige henviste børn bliver inkluderet i projektet. 98% af disse deltog i samtaler med den koordinerende sundhedsplejerske, og 93% af samtlige inkluderede gennemførte hele interventionen. For gymnastikken viser resultaterne, at 96% af de børn, der bliver inkluderet til projektet, også deltog i gymnastikken. 92% af disse gennemførte gymnastikforløbet. Den gennemsnitlige deltagelsesfrekvens for samtlige fremmødegange er 84%. 53% af børnene fortsætter i fysisk aktive fritidsaktiviteter efter deltagelsen i MultiMinen. Resultaterne viser desuden, at 88% af de inkluderede familier deltog i kostvejledningen, og at 87 af disse gennemførte. I relation til Greve Familiecenter viser resultaterne, at 49% af de inkluderede familier valgte at benytte sig af tilbuddet. Set i relation til den indledende forventning om, at kun 50% af familierne kunne deltage på grund af kapacitetsbegrænsninger, er dette at betragte som en succes. Men som andre dele af evalueringen peger på, har der i projektperioden ikke været det ønskede antal deltagende familier i Greve Familiecenter, hvilket muligvis afspejler en for lavt sat målsætning (tab. 1).

Målopfyldelse af specifikke succeskriterier for de enkelte indsatsområder		
Sundhedsplejen	Mål	Resultater
Børn inkluderet i projektet (af samtlige henviste til projektkoordinatoren)	75%	70%
Gennemførelsesprocent af inkluderede	80%	93%
Samtaler hos sundhedsplejekoordinator	100%	98%
Gymnastik		
Børn indrulleret i projektet	95%	96%
Gennemførelsesprocent	75%	92%
Fortsætter i fritidsaktiviteter	50%	53%
Kostvejledning ¹		
Familier indrulleret i projektet	80%	88%
Gennemførelsesprocent ²	75%	87%
Greve Familiecenter ³		
Familier indrulleret i projektet ⁴	50% ⁵	49% ⁶
Familier med anden etnisk baggrund end dansk ⁷	Fædregruppe	Mødregruppe
Deltagelse	19%	56%

Tabel 1. Angivelse af målopfyldelse for specifikke succeskriterier i relation til indsatsområder i MultiMinen.

Der er i spørgeskemaundersøgelsen indhentet svar fra i alt 43 familier ud af 57 tilmeldte familier. Ud af de 43 familier, der har besvaret spørgeskemaerne, er det ikke alle disse familier, der har svaret på alle spørgsmålene, alle spørgekategorierne eller har afleveret alle spørgeskemaerne. Det betyder, at antallet af familier, der har svaret på de enkelte spørgsmål varierer. Resultaterne i nedenstående resultatafsnit afspejler udelukkende data fra de familier, som har besvaret de enkelte spørgsmål. Konsekvensen af dette er, at resultaterne ikke nødvendigvis kan generaliseres til hele deltagergruppen. Desuden vil det varierende antal af besvarelse have indflydelse på resultaternes sammenlignende værdi.

4 Kun første hold kunne vælge mellem tilbud, herefter var tilbuddet en hel pakke.

5 Deltaget i minimum 1 samtale.

6 Som fodnote 3.

7 Det lykkes ikke at få dannet en gruppe med hold 3 og hold 4. Begge hold havde mindretal af danske familier. De blev i stedet tilbudt at danne en gruppe sammen, men dette lykkes heller ikke.

8 Den lave deltagelsesprocent er sat på grund af kapacitetsproblemer.

9 Andelen er beregnet ud fra antal danske familier.

10 De etniske familier fik et andet tilbud med henholdsvis fædre- og mødregrupper.

Følgende tabel giver et overblik over de deltagende familier i hele projekt ”MultiMinen”.

Aktivitet	Deltagende børn/familier	Tilmeldte familier i alt	Frafald	Fravalgt deltagelse v/ skolesundhedsplejerske
Gymnastik	53	54 ⁸	4	Hos almen skolesundhedsplejerske: 46 Hos koordinerende sundhedsplejerske: 25
Kostvejledning	40 ⁹			
Greve Familiecenter	18 ¹⁰			
Samtaler med sundhedsplejerske	53 ¹¹			

Tabel 2. Overblik over deltagende familier i projekt ”MultiMinen”.

Nedenstående tabel giver et overblik over antallet af besvarede spørgeskemaer i relation til udvalgte spørgeskemakategorier. Der er ingen systematik i hvilke familier der ikke svarer, eller hvilke spørgsmålskategorier der ikke besvares.

Variabel	Spørgesgang 1	Spørgesgang 2	Spørgesgang 3	Spørgesgang 4
BMI	54	50	13	4
Hvor ofte bevæger dit barn sig i mindst 1 time	38	27		
Hvor ofte laver voksne aktiviteter med børnene, der giver sved på panden	38	23	-	-
Tid dagligt på TV	37	23		

Tabel 3. Eksempel på antallet af spørgeskemabesvarelse for udvalgte spørgeskemakategorier.

Det efterfølgende afsnit omhandler analyserne af resultaterne fra spørgeskemaanalyserne samt data fra trivsels- og BMI målinger. Resultaterne er ikke diskuteret under hver analyse, idet de diskuteres i diskussionsafsnittet. Da der ikke har været en kontrolgruppe tilknyttet projektet, er nedenstående resultater udelukkende angivet via beskrivende statistik. Der er ikke gennemført objektive målinger undervejs i projektet som eksempelvis måling af fysisk aktivitetsniveau, og nedenstående resultater er således beregnet på baggrund af selvrapporterede data fra de deltagende familier.

Der er generelt ikke foretaget sammenlignende statistik, men for enkelte parametre giver det mening at gennemføre statistiske sammenligninger. Der skal dog tages højde for, at det begrænsede antal deltagere kan have betydning for sikkerheden i de statistiske

¹¹ 2 familier har deltaget med 2 børn.

¹² På hold 4 blev kostvejledningen slået sammen med sundhedsplejerskesamtalerne, da familierne generelt var svære at få til at komme til de aftalte samtaler.

¹³ 4 familier har været i individuelle forløb, 16 har deltaget i gruppeforløb (2 familier har deltaget i både individuel og gruppeforløb).

¹⁴ 1 etnisk familie har også haft samtaler med sundhedsformidler.

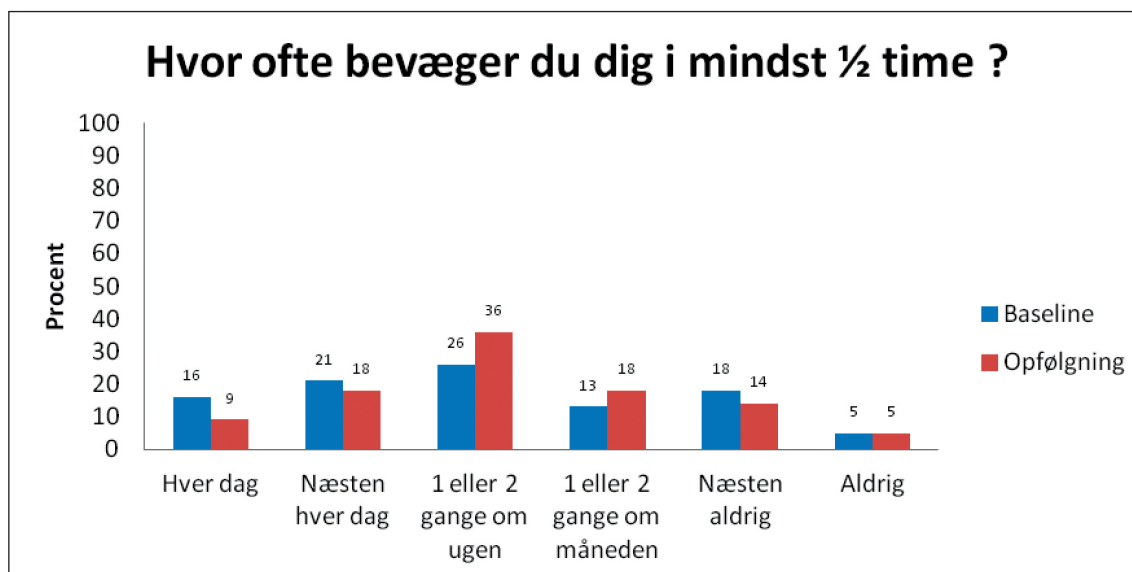
beregninger. En beregnet forskel betragtes som statistisk signifikant, hvis resultatet har en p-værdi på mindre end 0,05.

Resultatevalueringen er opbygget efter følgende kronologi: a) Information om forældrene, b) fysiologiske målinger, c) børnenes selvvalgte mål, d) generel information om kost- og motionsvaner, og d) evaluering af MultiMinen.

Information om forældre

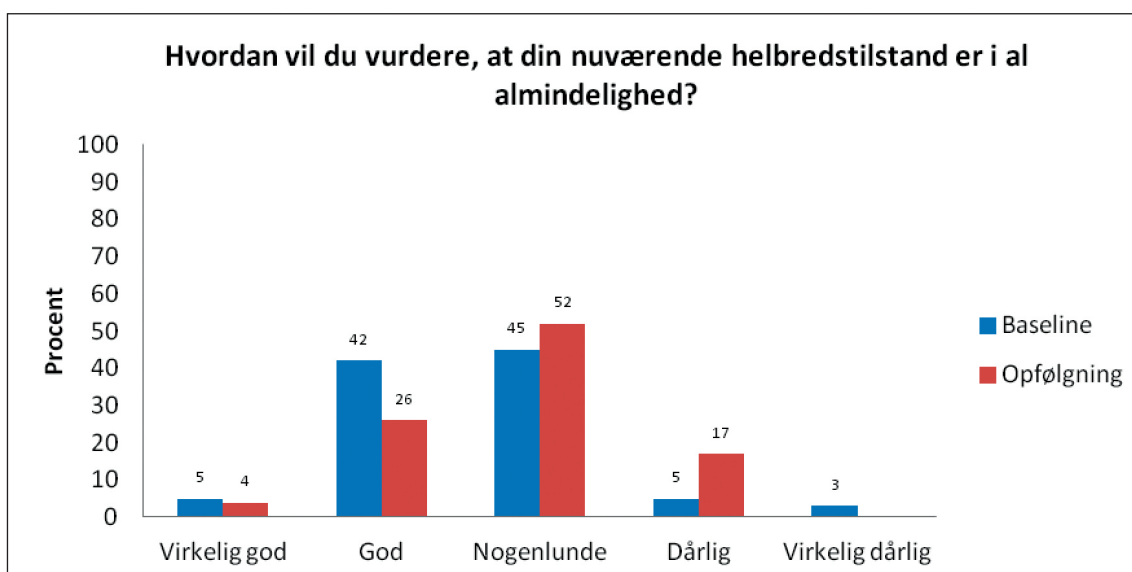
90% af spørgeskemaerne er besvaret af kvinder. 22% af skemaerne er besvaret af forældre født i et andet land end Danmark.

I gennemsnit vurderer forældrene, at de 1-2 gange om ugen bevæger sig i mindst ½ time, så de får sved på panden (i gennemsnit 3,1). Tallet er lidt højere ved opfølgningen (i gennemsnit 3,2) men forskellen er ikke statistisk signifikant ($p=0,8$). Betragtes procentfordelingen for forældrenes fysiske aktivitet kan det ses, at der sker et fald i andelen, der er aktive ”hver dag” eller ”næsten hver dag”. Til gengæld sker der en tilsvarende stigning i andelen af de forældre, der er aktive ”1-2 gange om ugen”. Andelen der ”næsten aldrig” er aktive, falder lidt, og andelen af de der ”aldrig” er aktive ændrer sig stort set ikke (figur 3). Analyserne er gennemført med svar fra henholdsvis 38 ved baseline og 22 ved opfølgningen.



Figur 3. Procentfordeling samt udvikling af forældrenes fysiske aktivitetsniveau fra baseline ($n=38$) til opfølgning ($n=22$).

Generelt vurderer forældrene deres nuværende helbredstilstand ved baseline som placeret imellem ”god” og ”nogenlunde” (i gennemsnit 2,5) og ved opfølgningen en smule dårligere og tættere på ”nogenlunde” (i gennemsnit 2,8). Denne forskel er dog ikke statistisk signifikant ($p=0,239$). Procentfordelmæssigt ses et fald i andelen af forældrene, der vurderer deres helbredstilstand som ”virkelig god” og ”god” og der ses en stigning i andelen, der vurderer deres helbred som ”nogenlunde” og ”dårlig” (fig. 4). Analyserne er gennemført med svar fra henholdsvis 38 ved baseline og 23 ved opfølgningen.



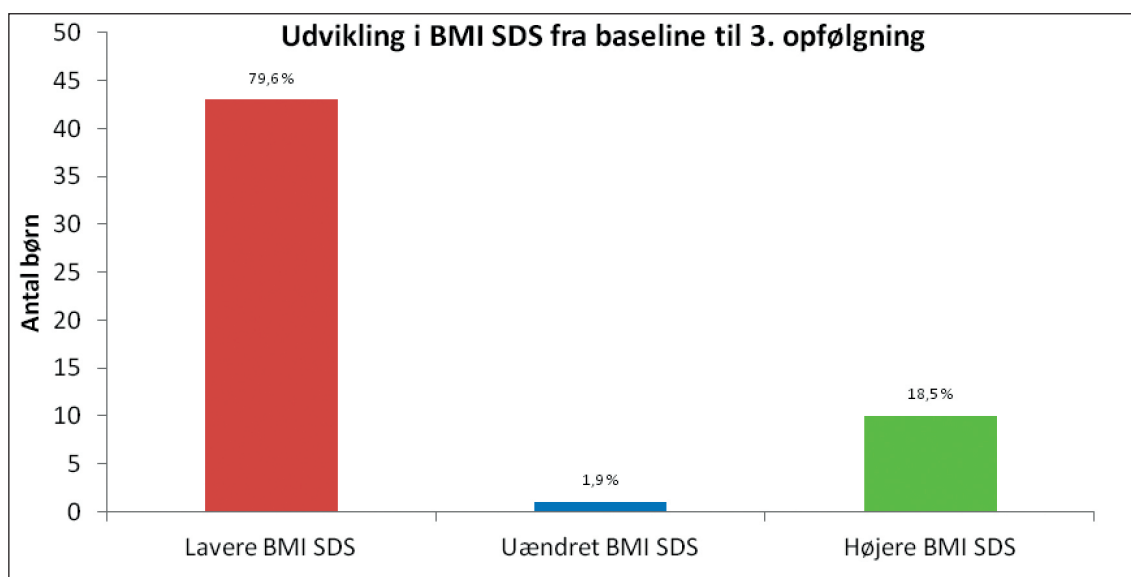
Figur 4. Procentfordeling samt udvikling af forældrenes nuværende helbredstilstand fra baseline (n=38) til opfølgning (n=23).

Forældrene vurderer på en skala fra 1 til 10, hvor 1 står for et meget usundt liv og 10 står for et meget sundt liv, at de i gennemsnit lever et liv, der svarer til 7,1. Ved opfølgningen vurderer de 7,3. Der kan ikke registreres en statistisk signifikant forskel i denne vurdering ($p=0,524$). Analyserne er gennemført med svar fra henholdsvis 43 ved baseline og 29 ved opfølgningen.

Fysiologiske mål

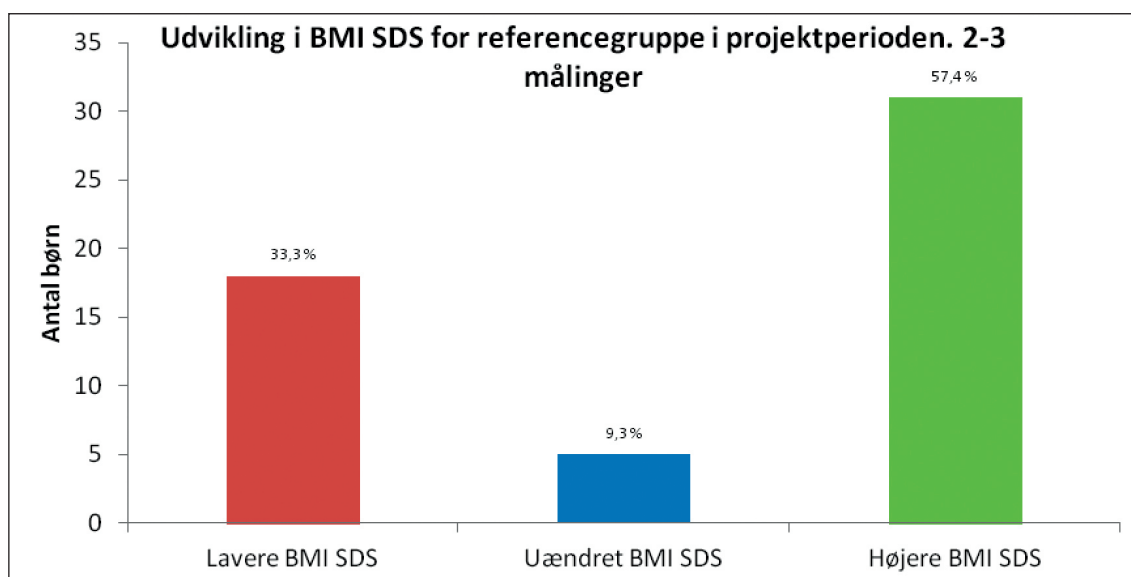
Vægt og højde er de fysiologiske mål, som er blevet indsamlet på børnene. BMI er udregnet på baggrund af vægt og højde. BMI er registreret ved start (baseline), midtvejs og ved afslutning af forløbet samt ved opfølgning 3 gange inden for det første år efter afslutning. Alle børn er dog ikke mødt op til opfølgningssamtalerne og er dermed ikke registreret med BMI. Børnenes gennemsnitsalder ved baseline var 8,3 år (range 6,4 – 10,0).

BMI for børnene var ved baseline 22,2 (antal=54) (Drenge 22,6 (antal = 26) og Piger 21,8 (antal = 28)), og ved afslutningen på interventionen var BMI 21,7 (antal = 50) (Drenge 22,1 (antal 23) og Piger 21,4 (antal 27)). Det svarer til et fald på 2,3%, som dog ikke er statistisk signifikant ($p=0,394$). Ved 2. opfølgning var BMI 22,0 (n=13) og ved 3. opfølgning 23,5 (n=4). Idet analyserne på opfølgning 2 og 3 er foretaget på et begrænset antal børn, skal de derfor ikke betragtes som repræsentative. Nedenstående diagram viser ændringerne i BMI fra første til tredje BMI-måling, målt via en BMI standard deviation score (BMI SDS). BMI SDS tager i beregningerne højde for stigende BMI med stigende alder. Beregningerne er foretaget på baggrund af kurveaflysninger i projektperioden. Diagrammet viser, at 79,6% har en lavere BMI SDS, 1,9% har en uændret BMI SDS og 18,5% har en højere BMI SDS ved tredje opfølgende BMI-måling. Analyserne er foretaget på 54 børn (fig. 5).



Figur 5. Andelen af børn, der henholdsvis har en lavere, uændret eller højere BMI SDS (n=54).

Som beskrevet tidligere har der i forbindelse med registrering af deltagerbørnenes BMI været anvendt en referencegruppe. Børnene i referencegruppen er blevet selekteret som beskrevet herefter. Der er generelt i sundhedsplejen i Greve Kommune indhentet oplysninger om børn i 0.klasse i årgang 2009-10. Denne årgang svarer til de årgange, der har været inkluderet i projektet, og det er derfor muligt at beskrive disse børns BMI mål over 2 år. Ud af i alt 621 børn fra sundhedsplejen blev der registreret 80 børn med overvægt BMI >18 (13%). Af disse børn var 13 blevet inkluderet i projekt MultiMinen, og på andre 13 børn eksisterede der kun 1 måling. Disse børn blev ekskluderet fra referencegruppen. Det resulterer i en gruppe på 54 børn, der i forhold til overvægt og udvælgelse er relativt ens med de børn, der har deltaget i MultiMinen. Disse bliver derfor anvendt som en referencegruppe, der ikke har modtaget intervention. Mange af disse børn har dog fået tilbuddet om at deltage, men deres familier har sagt nej tak. Udviklingen i BMI for referencegruppen kan ses i figur 6, der viser, at 57,4% stiger i BMI, 9,3% har stabilt BMI og 33,3% har et faldende BMI.



Figur 6. Andelen af børn i referencegruppen (der ikke har deltaget i en intervention) der henholdsvis har en lavere, uændret eller højere BMI SDS (n=54).

Børnenes selvvaluerede trivsel

I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen gennemførte børnene ligeledes en vurdering af 6 forskellige parametre: livsglæde, livskvalitet, appetit, mobning, motivation og kropsopfattelse. Vurderingen blev foretaget på en Visuel Analog Skala (VAS), hvor der kunne scores fra 1-10. 1 blev vurderet som den lavest mulige værdi og 10 som den højeste. Bortset fra parametrene ”mobning” og ”appetit”, hvor en lav værdi er at foretrække, illustrerer en højere score en positiv udvikling. Spørgsmålene til trivselsvurderingerne lød således:

Livsglæde: ”Nu skal du prøve at beskrive dit humør, hvor 10 beskriver, at du er ”i strålende humør” og 0 beskriver, at du er ”virkelig ked af det”, - hvor på skalaen befinder du dig?”

Livskvalitet: ”Prøv at beskrive, hvordan du synes dit liv er, hvor 10 er ”det bedst mulige liv” og 0 er ”det værst mulige liv”, - hvor på skalaen befinder du dig?”

Appetit: ”Prøv at beskrive din appetit. 10 beskriver, at du har en ”voldsom appetit og kan spise hele tiden” og 0 er, at du har en ”lille appetit og ikke har lyst til at spise ret meget?”

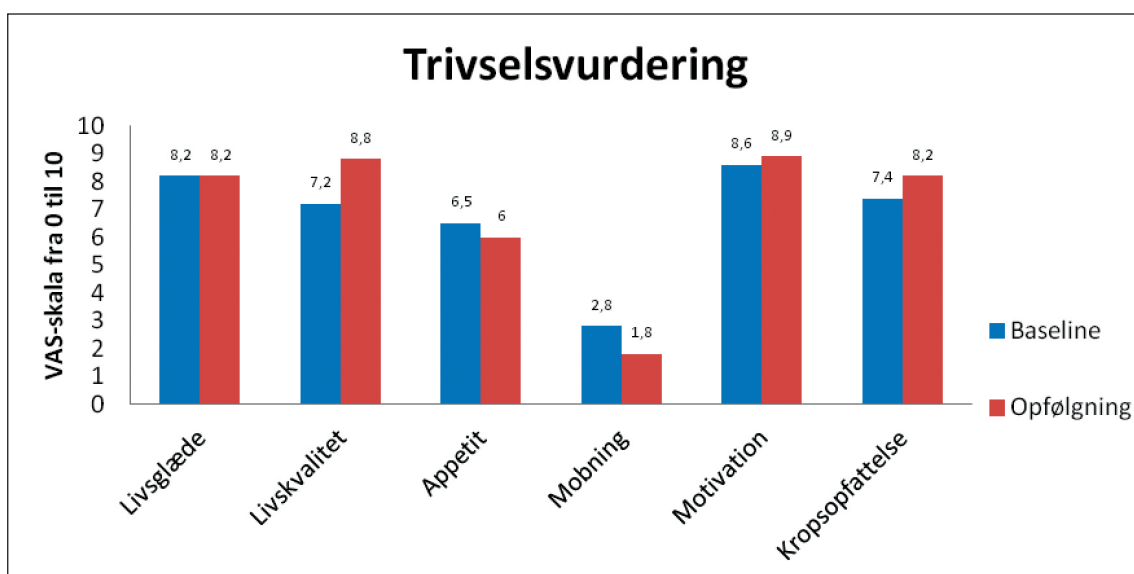
Mobning: ”Mobning er at blive holdt uden for, drillet, slået eller generet på en væmmelig måde. Nu skal du beskrive, hvor meget du har oplevet mobning: hvis du skriver 10, ”bliver du mobbet meget”, og skriver du 0, ”bliver du ikke mobbet?”

Motivation: ”På en skala fra 0 til 10 skal du beskrive, hvor motiveret du er for at tabe dig? Ved 10 ”vil du gøre alt for at tabe dig” og ved 0 ”er du ligeglad med, om du taber dig?”

Kropsopfattelse: ”Beskriv, hvordan du har det med din krop, hvor 10 beskriver, at du har det ”godt med din krop”, og 0 beskriver, at du har det ”dårligt med din krop?”

For ”livsglæde” blev der ved baseline registeret en gennemsnitlig værdi på 8,2 og ved opfølgningen en gennemsnitlig værdi på 8,2, for ”appetit” kan der ved baseline registreres en værdi på 6,5 og ved opfølgningen en værdi på 6,0, for ”mobning” kan der ved baseline

registreres en værdi på 2,8 og ved opfølgningen en værdi på 1,8. Dette resultat viser, at børnene generelt har en begrænset opfattelse af at blive mobbet. For ”motivation” for at tabe sig er baselineværdien 8,6 og opfølgningsværdien 8,9. Disse værdier for ”motivation” illustrerer generelt en høj motivation for at tabe sig. Børnene registrerer i gennemsnit deres kropsofattelse ved baseline som 7,4 og ved opfølgningen som 8,2. Ingen af disse værdier er statistisk signifikante. For ”livskvalitet” scorer børnene ved baseline 7,2 og ved opfølgningen 8,8. Denne forskel er statistisk signifikant ($p=0,006$), hvilket illustrerer, at børnene oplever en forbedret livskvalitet ved opfølgningen (fig. 7). Analyserne blev lavet med 53 børn ved baseline og 38 børn ved opfølgningen.

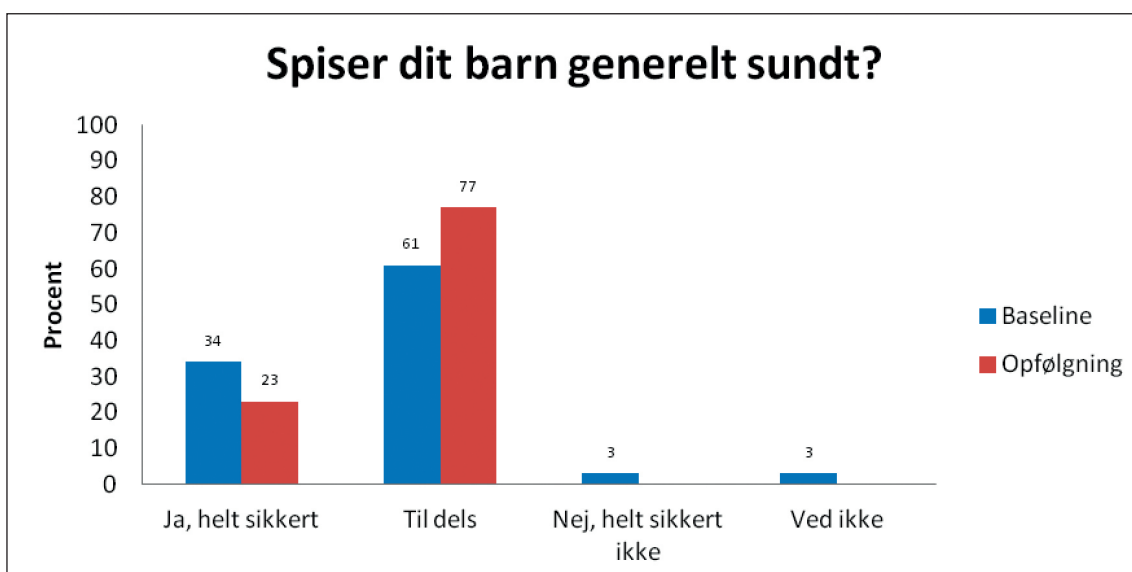


Figur 7. Score samt udvikling af børnenes selvvaluerede trivselsmål ved baseline ($n=53$) samt ved opfølgning ($n=38$).

Kost og motionsvaner

Kost

Til spørgsmålet om hvorvidt forældrene vurderer, om deres barn ”generelt spiser sundt”, svarer 34% ved baseline, at deres barn ”helt sikkert” spiser sundt. 61% procent, at deres barn ”til dels” spiser sundt, og kun 3% at deres barn ”helt sikkert ikke” spiser sundt. Ved opfølgningen er der sket et fald på 11% i andelen, der vurderer, at deres barn ”helt sikkert” spiser sundt, til 23%. Derimod er andelen der ”til dels” vurderer, at deres barn spiser sundt, steget med 16% til 77%. Analyserne er lavet på 38 børn ved baseline og 26 ved opfølgning (fig. 8).



Figur 8. Vurdering af hvorvidt børnene i MultiMinen spiser sundt ved baseline (n=38) og opfølgning (n=26) i%.

Forældrene uddyber deres svar vedrørende barnets kostvaner. Nedenstående er udvalgte citater, der udtrykker essensen af det skrevne. Citaterne fra henholdsvis baseline og opfølgning stammer ikke nødvendigvis fra de samme familier.

Baseline

Han er ikke glad for grøntsager eller meget andet end hvidt brød. Sundt brød evt. med kerner er ikke ham.

Ja, vi spiser sundt og varieret, dog nok alt for meget og tit ret sent. Vi drikker også en del sodavand, desværre, men jeg prøver at begrænse det overfor ham.

Vi får sund mad, men hun vælger det grønne fra.

Opfølgning

Vi er blevet mere opmærksomme på sundhedsmærkning af fødevarer (nøglehullet, fuldkornsmærket mm.).

Sundt og varieret, dog med lidt hygge fredag eller lørdag. Aldrig to dage i weekenden og aldrig i hverdag!

Er svært at få grøntsager i! Lykkedes bedst hvis de blendes!

Vi spiser for meget!

Hvor ofte spiser dit barn følgende måltider

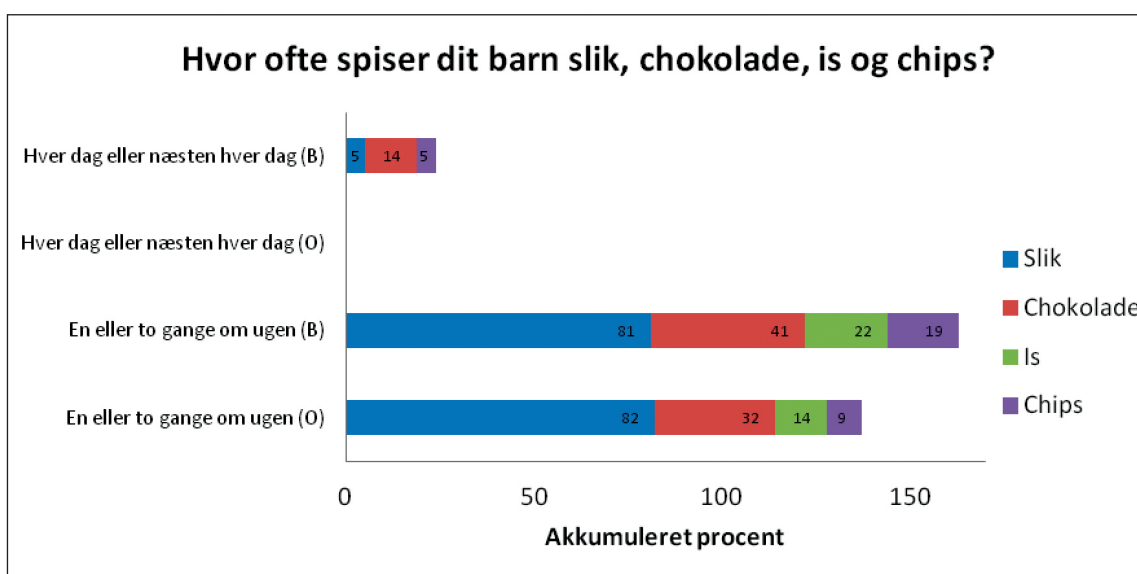
Til spørgsmålet om hvor ofte barnet spiser henholdsvis morgenmad, frokost og aftensmad, svarer forældrene ved baseline, at 100% spiser morgenmad ”hver dag” eller ”næsten hver dag”. Ved opfølgningen er der sket et fald på 4% til 96% i andelen, der spiser morgenmad ”hver dag” eller ”næsten hver dag”. For frokost er andelen, der spiser frokost ”hver dag” og ”næsten hver dag” uændret fra baseline til opfølgning. 100% spiser frokost ”hver dag” eller ”næsten hver dag”. Det samme er gældende for aftensmad, hvor 100% spiser aftensmad ”hver dag” eller ”næsten hver dag” ved såvel baseline som opfølgning. Analyserne er lavet på 38 børn ved baseline og 26 ved opfølgning.

Hvor ofte spiser eller drikker dit barn følgende fødevarer

I forhold til børnenes indtag af forskellige madvarer er det interessant at beskrive, hvor mange børn der eksempelvis indtager slik, chokolade, is og chips dagligt, og om den andel eventuelt har ændret sig ved opfølgningen. I nedenstående resultater er madvarerne opdelt i følgende kategorier:

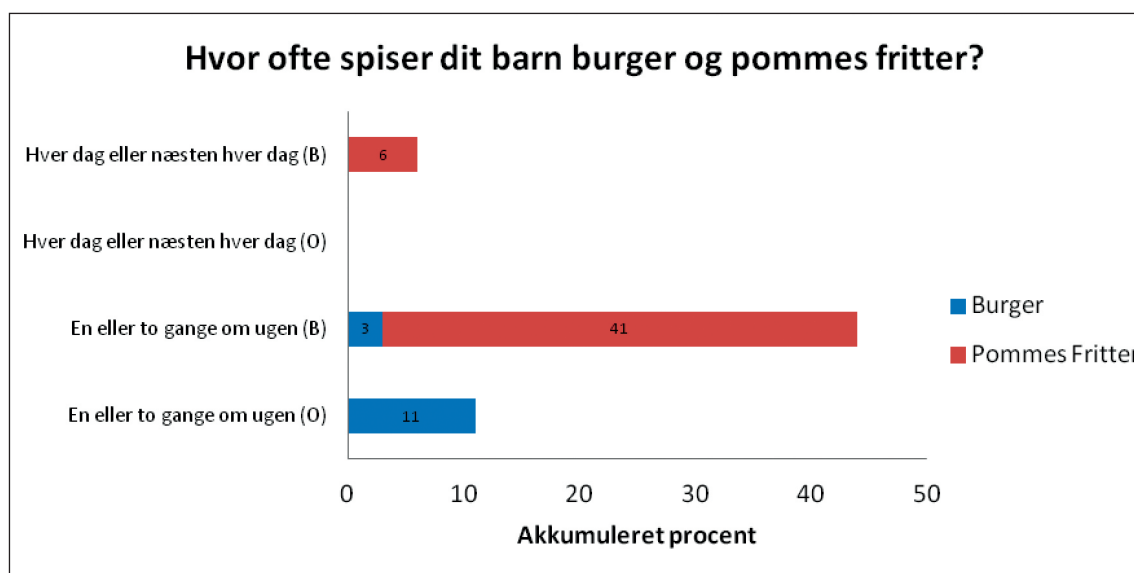
a) Slik, chokolade, is og chips, b) burger, pommefrites, c) frugt, grøntsager og rugbrød, og d) vand, sodavand og saftvand

En samlet analyse af børnenes indtag af slik, chokolade, is og chips viser, at der er sket en positiv udvikling i den procentandel af børnene, der spiser slik, chokolade, is og chips hver dag eller næsten hver dag. Ved opfølgningen viser resultaterne, at der ikke er nogen børn i interventionen, der spiser slik, chokolade, is eller chips hver dag eller næsten hver dag. Andelen af børn, der spiser slik, chokolade, is og chips en eller to gange om ugen mindskes ligeledes. Analyserne er gennemført på 37 børn ved baseline og 22 ved opfølgning (fig. 9).



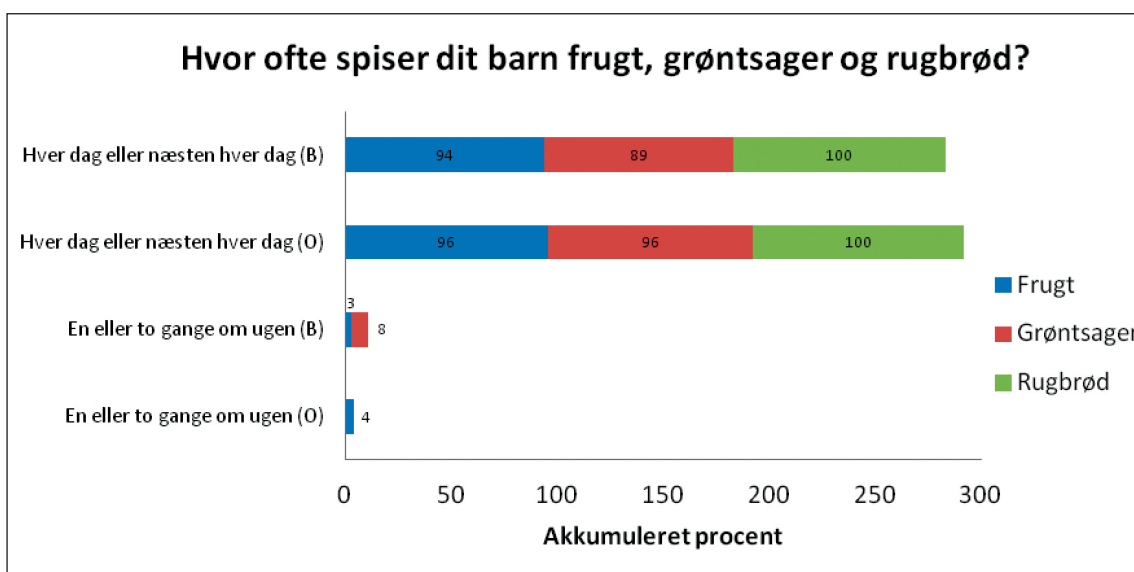
Figur 9. Procentandelen af børn i MultiMinen, som spiser slik, chokolade, is eller chips hver dag eller næsten hver dag eller en til to gange om ugen angivet i akkumuleret procent. Analyserne er gennemført ved baseline (B) (n=37) og ved opfølgning (O) (n=22).

Resultaterne af børnenes indtag af burger og pomfritter viser, at der er sket en positiv udvikling i den procentandel af børnene, der spiser burger og pommes fritter hver dag eller næsten hver dag. Ved opfølgningen viser resultaterne, at der ikke er nogen børn i interventionen, der spiser burger og pommes fritter hver dag eller næsten hver dag. Andelen af børn, der spiser burger og pommes fritter en eller to gange om ugen mindskes ligeledes markant. Analyserne er gennemført på 37 børn ved baseline og 22 ved opfølgning (fig. 10).



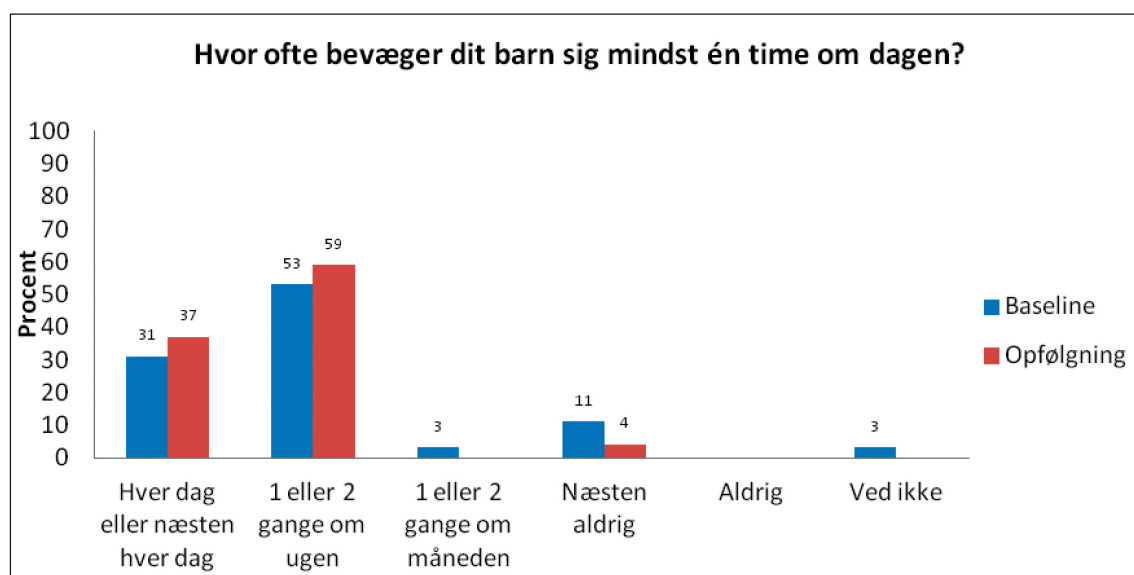
Figur 10. Procentandelen af børn i MultiMinen, som spiser burger og pommes fritter hver dag eller næsten hver dag eller en til to gange om ugen angivet i akkumuleret procent. Analyserne er gennemført ved baseline (B) (n=37) og ved opfølgning (O) (n=22).

Resultaterne viser, at en meget stor andel (94 – 100%) af børnene i MultiMinen spiser frugt, grøntsager og rugbrød hver dag eller næsten hver dag. Ved opfølgningen viser resultaterne det samme billede. Analyserne er gennemført på 37 børn ved baseline og 22 ved opfølgning (fig. 11).



Figur 11. Procentandelen af børn i MultiMinen, som spiser frugt, grøntsager og rugbrød hver dag eller næsten hver dag eller en til to gange om ugen angivet i akkumuleret procent. Analyserne er gennemført ved baseline (B) (n=37) og ved opfølgning (O) (n=22).

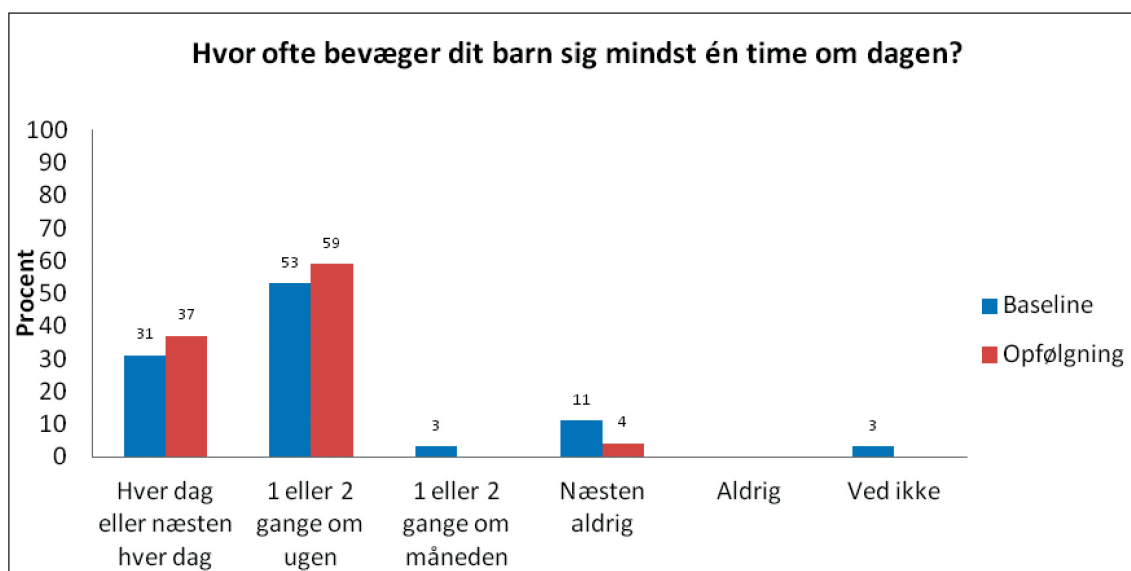
Resultaterne viser, at 100% af børnene i MultiMinen drikker vand hver dag eller næsten hver dag både ved baseline og opfølgningen. Resultaterne viser desuden, at 20% af børnene drikker sodavand og saftvand hver dag eller næsten hver dag. Denne procentandel er mindsket til 10% ved opfølgningen. Resultaterne viser også, at 89% af børnene drikker sodavand og saftvande en til to gange om ugen ved baseline. Dette er faldet til 77% ved opfølgningen. Analyserne er gennemført på 37 børn ved baseline og 22 ved opfølgning (fig. 12). Der er ikke spurgt til eksempelvis light produkter, juice og kakaomælk.



Figur 12. Procentandelen af børn i MultiMinen, som drikker vand og sodavand / saftvand hver dag eller næsten hver dag eller en til to gange om ugen angivet i akkumuleret procent. Analyserne er gennemført ved baseline (B) (n=37) og ved opfølgning (O) (n=22).

Fysisk aktivitet

I forhold til spørgsmålet om hvor ofte barnet bevæger sig ”mindst 1 time”, angiver forældrene ved baseline, at 31% af børnene bevæger sig ”mindst 1 time om dagen” ”hver dag” eller ”næsten hver dag”. Resultaterne viser, at 53% af børnene ved baseline bevæger sig ”mindst 1 time om dagen” ”en eller 2 gange om ugen”. Til opfølgningen ses en positiv udvikling, således at 37% af børnene bevæger sig i ” ”mindst 1 time om dagen” ”hver dag” eller ”næsten hver dag”, og 59% bevæger sig i ”mindst 1 time om dagen” ”en eller 2 gange om ugen”. Den andel af børnene, der ”næsten aldrig” bevæger sig i ”mindst en time om dagen”, falder fra 11 til 4% fra baseline til opfølgningen, hvilket også er en positiv udvikling men dog ikke signifikant. Betragtes besvarelserne på caseniveau med forbehold taget for uregelmæssigheder i besvarelsen ved både baseline og opfølgning ses en tendens til, at den beskrevne udvikling sker på baggrund af børn, der flytter kategori fra at være aktive en eller to gange om ugen til at være aktive ”hver dag” eller ”næsten hver dag”. Analyserne er lavet på 38 besvarelser ved baseline og 27 ved opfølgningen (fig. 13).

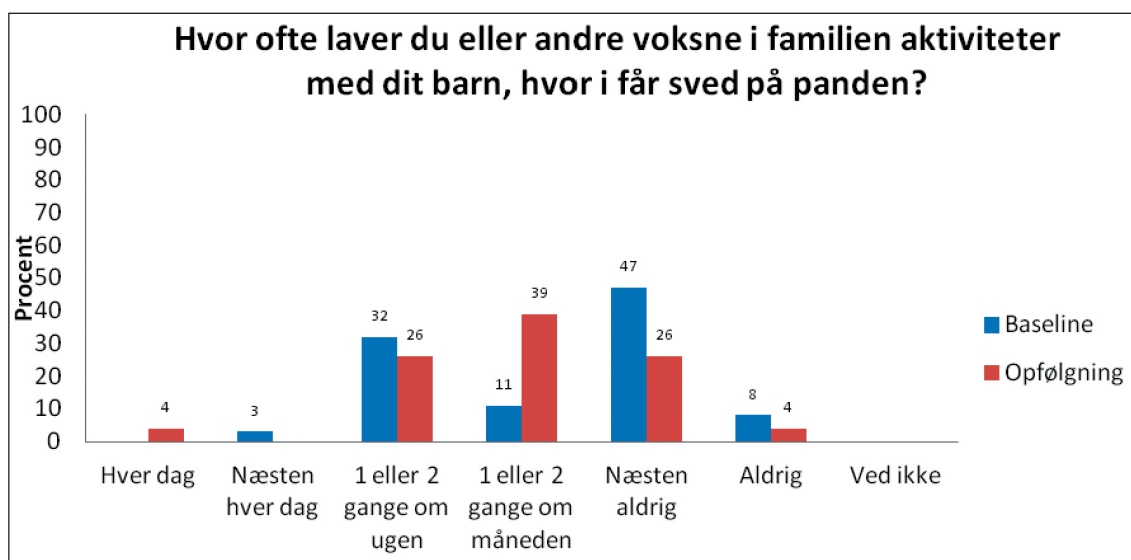


Figur 13. Vurdering af hvor ofte børnene i MultiMinen bevæger sig i mindst 1 time om dagen ved baseline og opfølgning i%. Analyserne er lavet ved baseline (n=38) og ved opfølgning (n=27).

Hvor ofte laver du eller andre voksne i familien aktiviteter med dit barn, hvor I bliver forpustede og får sved på panden?

I forhold til spørgsmålet om hvor ofte forældrene ”laver aktiviteter med deres børn, hvor de bliver forpustede eller sveder”, svarer forældrene i gennemsnit 4,3, hvilket svarer til, at de sammen med deres børn laver aktiviteter, der giver sved på panden cirka 1 eller 2 gange om måneden. Ved opfølgningen er værdien omtrent den samme (4,0) og derfor heller ikke statistisk signifikant forskellig ($p=0,285$). Det generelle billede er, at der fra baseline til opfølgning sker en stigning i andelen, der er aktive sammen med deres børn hver dag på 4% samt et fald på 3% i andelen, der er fysisk aktive med deres børn næsten hver dag. Ligeledes sker der et fald i andelen, der er aktive sammen med deres børn 1 – 2

gange om ugen (6%). Derimod sker der en stigning på 28% i andelen der er aktive sammen med deres børn 1 – 2 gange om måneden. Desuden ses et fald på 21% i andelen, der næsten aldrig er aktive sammen med deres børn. Analyseres data på caseniveau ses, at forskydningen i procentandele primært sker ved at børnene flytter sig fra ”næsten aldrig” til ”1-2 gange om måneden” og fra ”1-2 gange om ugen” til ”1-2 gange om måneden”. Analyserne er lavet på 38 svar ved baseline og 23 svar ved opfølgningen (fig. 14).

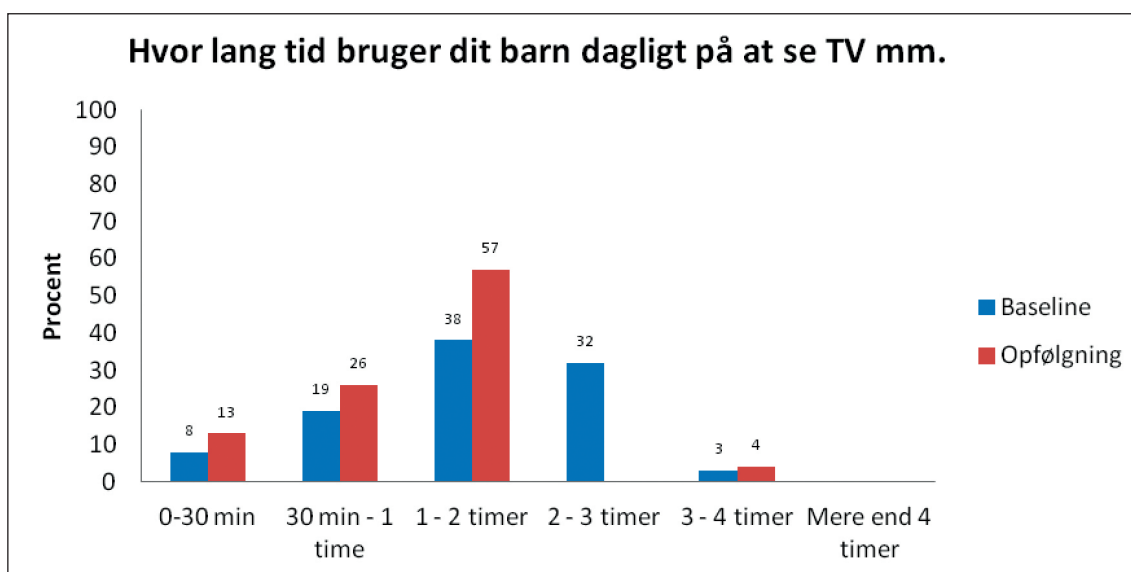


Figur 14. Vurdering af hvor ofte forældrene i MultiMinen er fysisk aktive sammen med deres børn, så de bliver forpustede eller sveder ved baseline og opfølgning i%. Analyserne er lavet ved baseline (n=38) og ved opfølgning (n=23).

Forældrene beskriver i deres kommentarer, at de primært laver følgende aktiviteter sammen med deres børn: Badminton, cykelture, svømmehallen, Nintendo Wii, gåture, leg, løb, trampolin, fodbold, danse og slås for sjov.

Hvor lang tid bruger dit barn til daglig på at se TV, spille computer, playstation eller lignende?

I forhold til børnenes stillesiddende aktiviteter som at se TV, spille computer, Playstation eller lignende vurderer forældrene ved baseline, at deres barn i gennemsnit bruger cirka 1 – 2 timer dagligt på stillesiddende aktiviteter. Ved opfølgningen ses et gennemsnitligt fald fra 3,0 til 2,6, hvilket tenderer en statistisk signifikant forskel ($p=0,07$). Betragtes procentandelene generelt kan der ses en stigning på 5% i andelen, der bruger 0–30 min. på stillesiddende aktiviteter. En stigning på 7% i andelen, der bruger 30 min – 1 time på stillesiddende aktiviteter. Der kan ligeledes ses en stigning på 19% i andelen, der dagligt bruger 1 – 2 timer på stillesiddende aktiviteter. Dette modsvarer af et fald på henholdsvis 32% og 1% i andelen, der bruger 2–3 og 3–4 timer på stillesiddende aktiviteter. Denne forskydning skal betragtes som en positiv udvikling. Betragtes data ud fra enkeltcases kan der ikke gives en entydig forklaring på, hvor forskydningerne primært kommer fra. Analyserne er lavet på 37 ved baseline og 23 ved opfølgningen (fig. 15).



Figur 15. Vurdering af hvor lang tid børnene i MultiMinen bruger på stillesiddende aktiviteter som at se TV, spille computer, Playstation eller lignende ved baseline og opfølgning i%. Analyserne er lavet ved baseline (n=37) og ved opfølgning (n=23).

Forældrenes vurdering af om deres børn er: sjældent syge, har meget energi, kan lide at bevæge sig, er gode til at løbe stærkt og om de oftest er glade.

Forældrene blev spurgt i generelle termer, hvorvidt de vurderede, at deres barn var sjældent sygt, havde meget energi, kunne lide at bevæge sig og blive forpustet, var god til at løbe stærkt og oftest var glad. Resultaterne er illustreret i figur 16. I forhold til forældrenes vurdering af om barnet er sjældent sygt, vurderer de 79% ved baseline, at de var ”helt enige” eller ”enige”. Ved opfølgningen var dette 82%. Andelen, der er ”uenig” eller ”helt uenig”, er 8% ved såvel baseline som opfølgning. Tallene er udtryk for, at der generelt ingen udvikling er i denne kategori (fig. 16).

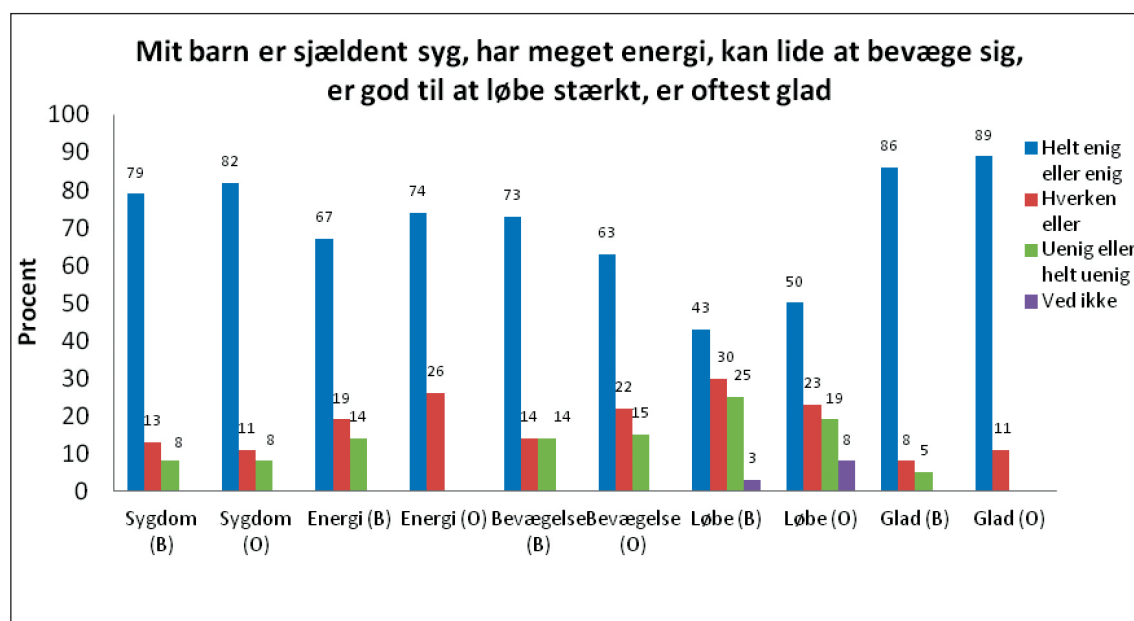
I forhold til vurderingen af barnets energi kan ses, at andelen, der er ”helt enig” eller ”enig” i at deres barn har meget energi, stiger med 7% fra 67 til 74%. Andelen, der vurderer at de er ”uenig” eller ”helt uenig”, falder med 14% fra baseline til opfølgning. Generelt kan der ikke gives et entydigt billede af udviklingen, idet der generelt sker både hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige forflytninger af procentandele (fig. 16). I fortolkningen af disse tal er det nødvendigt at forholde sig til forældrenes forståelse af spørgsmålet. Hvis fortolkningen af målsætningen i MultiMinen er, at børnene efter deltagelse skal få mere energi generelt, er udviklingen gået i en uhensigtsmæssig retning. Hvis målsætningen derimod har været, at børnenes brugte energi på deltagelse i MultiMinen skal resultere i mindre energi hjemme, er udviklingen gået i en hensigtsmæssig retning.

I forhold til barnets lyst til bevægelse lader resultaterne til at illustrere en negativ udvikling. Andelen, der er ”helt enig” eller ”enig” i, at deres barn kan lide at bevæge sig, falder med 10% fra 73 – 63%. Andelen, der svarer ”uenig” eller ”helt uenig”, stiger samlet med 1% (fig. 16). Umiddelbart synes resultaterne at vise, at nogle børn generelt får mindre lyst til at bevæge sig via deltagelsen i MultiMinen. Fortolkningen af dette spørgsmål

kan dog også diskuteres. Idet børnene går fra at være generelt inaktive til at få langt flere kropslige erfaringer, kan det være, at fortolkningen af deres kropslige signaler bliver mere nuanceret, og at de derfor meget bedre er i stand til at opleve kroppens signaler under bevægelse. Idet de i langt højere grad end tidligere via gymnastikken bliver presset på kroppens formåen, kan nedgangen i lyst til bevægelse muligvis tilskrives dette.

Udviklingen i andelen af forældre, der vurderer om deres barn er god til at løbe stærkt, illustrerer en positiv udvikling. Der er en stigning på 7% i andelen der er ”helt enig” eller ”enig” i, at deres barn er god til at løbe stærkt fra 43 til 50%. Der er et fald på 6% i andelen der er ”uenig” eller ”meget uenig” i, at deres barn er god til at løbe stærkt fra 25 til 19% (fig. 16). Resultaterne viser, at forældrene generelt vurderer, at deres barn er blevet bedre til at løbe stærkt via deres deltagelse i projekt MultiMinen.

I forhold til hvorvidt forældrene vurderer, om deres barn ”oftest er glad”, lader udviklingen til at være positiv. Generelt er der en meget stor procentandel af forældrene, der vurderer, at deres barn oftest er glad. Andelen der vurderer, at de er ”helt enig” eller ”enig” i at deres barn ”oftest er glad”, stiger fra 86% til 89%. Der ses et mindre fald på 5% fra 5% til 0% i andelen der vurderer, at de er ”uenig” eller ”enig” (fig. 16). Analyserne fra alle kategorierne er lavet på henholdsvis 37 ved baseline og 27 ved opfølgningen.



Figur 16. Forældrenes vurdering af, om børnene i MultiMinen er: sjældent syge, har meget energi, kan lide at bevæge sig, er gode til at løbe stærkt og om de oftest er glade. Analyserne er gennemført ved baseline (B) og opfølgning (O) i%. Analyserne fra alle kategorierne er lavet ved baseline (n=37) og ved opfølgning (n=27).

Hvor ofte gør dit barn følgende (fx i SFO, i skolen, i en forening, hjemme eller i nærheden af hjemmet)?

Forældrene blev i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt og i hvilket omfang deres barn deltog i forskellige fysiske aktiviteter i SFO, skolen, forening, hjemme eller i nærheden af hjemmet. Dette kunne eksempelvis være boldspil, svømmehal, spejder m.fl.. Resultaterne

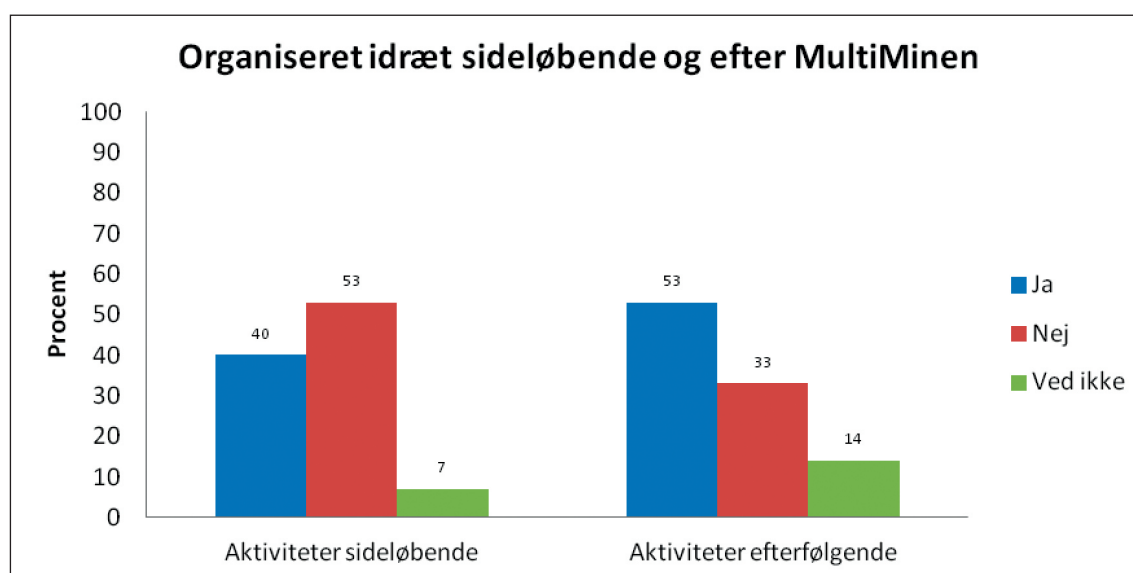
viser, at de fysiske aktiviteter, som børnene hyppigst benytter sig af, er boldspil, ture på legeplads, løbehjul, svømmehal samt cykelture. Resultaterne viser, at der sker en positiv udvikling fra baseline til opfølgning primært i disse aktiviteter. Eksempelvis sker der en 22% stigning i andelen, der cykler ture, og en stigning på 31% i andelen, der løber på rulleskøjter. Aktiviteter, som børnene sjældent deltager i, er eksempelvis rollespil, bordtennis, tennis, badminton, skateboard, BMX, fisketur og spejder (se tabel 19 i bilag 1). analyserne er lavet på 38 ved baseline og 27 ved opfølgningen.

På hvilken måde kommer dit barn oftest til og fra skole / fritidshjem?

Dette spørgsmål er udelukkende blevet stillet forældrene ved opfølgningen. Resultaterne viser, at 50% af børnene cykler til og fra skole, mens henholdsvis 20 og 30% går og bliver kørt. Ingen børn i projektet bruger offentlig transport.

Har dit barn deltaget i organiseret idræt sideløbende og efter MultiMinen?

Resultaterne viser, at 40% af de deltagende børn i "MultiMinen" har deltaget i organiseret idræt sideløbende med MultiMinen, og 53% benytter sig af organiseret idræt efter "MultiMinen" (fig. 17). Samtidig ses, at 47% efter MultiMinen enten ikke deltager eller ikke ved, om de deltager i organiseret idræt (fig. 17). De aktiviteter, børnene deltager i efter MultiMinen, er eksempelvis fodbold, ridning, gymnastik igennem MultiMinen, dans, svømning og ishockey. Analyserne er udelukkende lavet ved opfølgning og på svar fra 15 deltagere. Resultaterne viser også, at ud af de 6 børn, der svarer på hvor ofte de deltager i aktiviteter efter MultiMinen, er et barn aktivt hver dag, tre er aktive én gang om ugen, og to er aktive to gange om ugen.



Figur 17. Figuren viser andelen, der har benyttet andre former for organiseret idræt sideløbende med eller efter MultiMinen angivet i procent (n=15).

Evaluering af MultiMinen

Nedenstående afsnit beskriver forældrenes evaluering af MultiMinen. 23 ud af 54 tilmeldte familier har svaret på disse spørgsmål.

Information

I forhold til hvordan forældrene vurderer, at ”informationen om projektet har været”, vurderer 100%, at informationen om projektet inden start har været ”meget god” eller ”god”. I forhold til informationen undervejs vurderer 96%, at informationen har været ”meget god” eller ”god”. 4% vurderer at informationen har været dårlig undervejs i forløbet. I forhold til information vedrørende anvendeligheden af ”Greve Familiecenter” (10 deltagende familier har svaret på dette) vurderer 40%, at den har været ”meget god” eller god. 30% vurderer, at informationen har været dårlig.

Forældrene vurderer, at de i forbindelse med informationer om projektet helst vil kontaktes via e-mail (52%), sms (24%) og brev (19%).

Gymnastik

Mødetid

I forhold til børnenes mødetider til gymnastikken vurderer 39%, at de har fungeret ”godt”, 35% at de har fungeret ”nogenlunde” og 26%, at de har fungeret dårligt. I tabel 3 er det muligt at læse udvalgte forældres kommentarer til den tidsmæssige placering af gymnastikken (tab. 4).

- Hvis jeg havde arbejde, havde det passet meget dårligt og måske endda været umuligt at deltage. Det ligger meget tidligt på eftermiddagen.
- Har ligget for tidligt. Har resulteret i, at skulle tage fri fra arbejde.
- Vi har kunnet passe arbejdet ind efter det, men det ligger meget tidligt. Det gode ved det er, at børnene er friske.
- Ligger for tidligt på dagen pga. arbejdstider.
- Vanskeligt at skulle gå meget tidligt 2 gange om ugen for at nå til gymnastik.

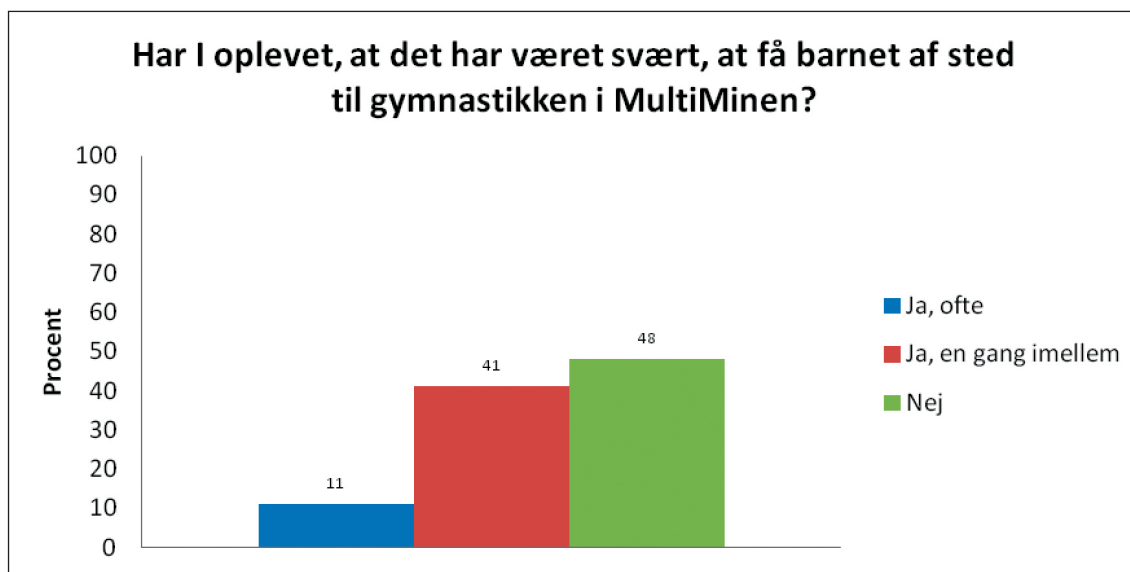
Tabel 4. Eksempler på forældrenes kommentarer til, hvorvidt den tidsmæssige placering af gymnastikken i MultiMinen har været passende.

74% af forældrene vurderer, at antallet af mødegange (2 gange om ugen) til gymnastikken har været ”passende”. 22% vurderer, at der har været for få, og 4% vurderer, at der har været for mange mødegange.

I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt forældrene har oplevet, at det har været ”svært at få børnene af sted til gymnastikken i MultiMinen, svarer 48% ”Nej” og 41% ”Ja, en gang imellem”. 11% svarer ”Ja, ofte” (fig. 18). Analyserne er lavet på 27 besvarelser. Nedenstående kommentarer illustrerer nogle forældres oplevelse (tab. 5).

"Altid meget glad når vi først kom af sted".
 "Hun glæder sig hver gang".
 "Vi føler ofte, at vi har presset meget for, at han er kommet af sted".

Tabel 5. Eksempler på forældres kommentarer til hvorvidt det var svært at få barnet af sted til gymnastikken.



Figur 18. Forældrenes vurdering af om det har været svært at få børnene af sted til gymnastikken i MultiMinen (n=27).

Projektets varighed

Generelt vurderer 43% af forældrene, at projektperioden har været ”passende”, 44% vurderer, at perioden har været ”for kort”, og ingen vurderer, at projektperioden har været for lang. I tabel 5 er det muligt at læse udvalgte forældres kommentarer til projektperiodens varighed (tab. 6).

- Jeg synes godt, det kunne vare længere, min. 1 år helst endnu 2 år. Så tror jeg man vil se en effekt, og når det er kort tid, tror jeg desværre mange falder i dårlige vaner igen.
- Jeg er glad for, det var muligt at tilmelde vores barn til et gymnastikhold i forlængelse af MultiMinen.
- Det er nu, man kan se, at der sker noget, og så slutter det.

Tabel 6. Eksempler på forældrenes kommentarer til projektperiodens varighed.

Familiens udbytte af MultiMinen

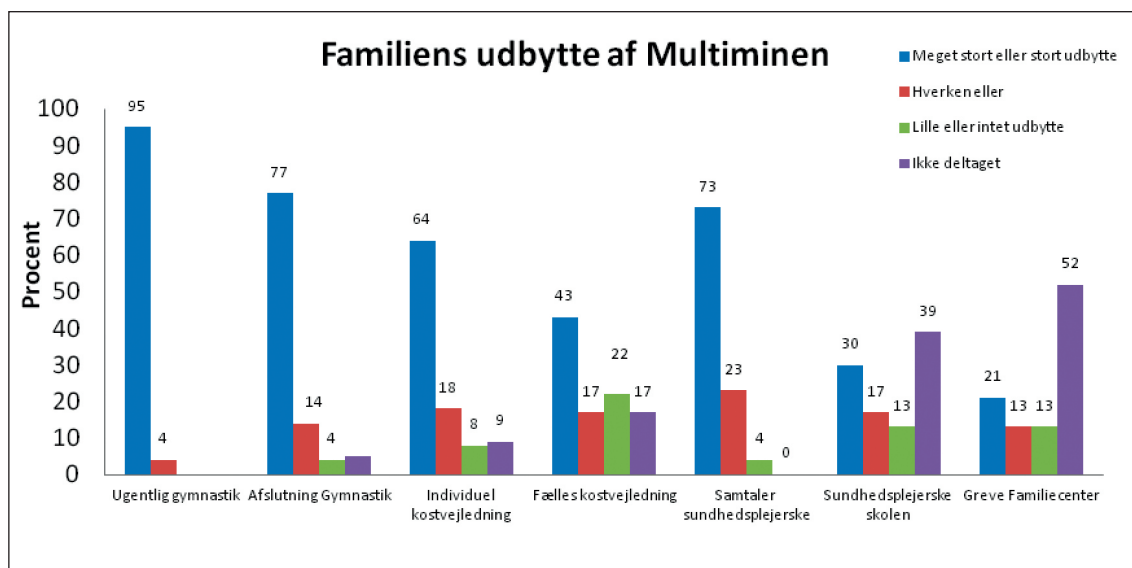
I forhold til familiens udbytte af den ugentlige gymnastik vurderer 95%, at de har haft et ”meget stort” eller ”stort” udbytte. 77% vurderer, at de har haft ”meget stort” eller ”stort” udbytte af afslutningsarrangementet til gymnastik. 5% vurderer, at de har haft et lille udbytte, og 5% har ikke deltaget.

64% vurderer, at de har haft et ”meget stort” eller ”stort” udbytte af den individuelle kostvejledning. 9% vurderer, at de har haft ”intet” eller ”lille” udbytte af at deltage. 9% har ”ikke deltaget”. I forhold til den fælles kostvejledning vurderer 43%, at de har haft et ”meget stort” eller ”stort” udbytte. 21% vurderer, at de har haft ”intet” eller ”lille” udbytte af at deltage. 17% har ”ikke deltaget”.

73% vurderer, at udbyttet fra samtalerne med sundhedsplejersken har været ”meget stort” eller ”stort”. Kun 5% vurderer, at de har haft et ”lille” udbytte. I forhold til samtalerne med sundhedsplejersken på skolen vurderer 30% at have haft et ”meget stort” eller ”stort” udbytte. 13% vurderer, at de ”intet” udbytte har haft af samtalerne, og 39% har ”ikke deltaget” (fig. 19).

Deltagernes evaluering af aktiviteterne i Greve Familiecenter er betinget af, at denne aktivitet var frivillig for hold 1 i MultiMinen. Kun én familie fra hold 1 meldte sig til tilbuddet, så der kunne ikke oprettes et hold. 2 familier deltog i stedet i individuelle forløb. De efterfølgende resultater skal fortolkes på baggrund af disse informationer. 21% vurderer, at de har haft ”meget stort” eller ”stort” udbytte af aktiviteterne i Greve Familiecenter. 13% vurderer, at de ”intet udbytte” har fået, og 52% har ”ikke deltaget” (fig. 19).

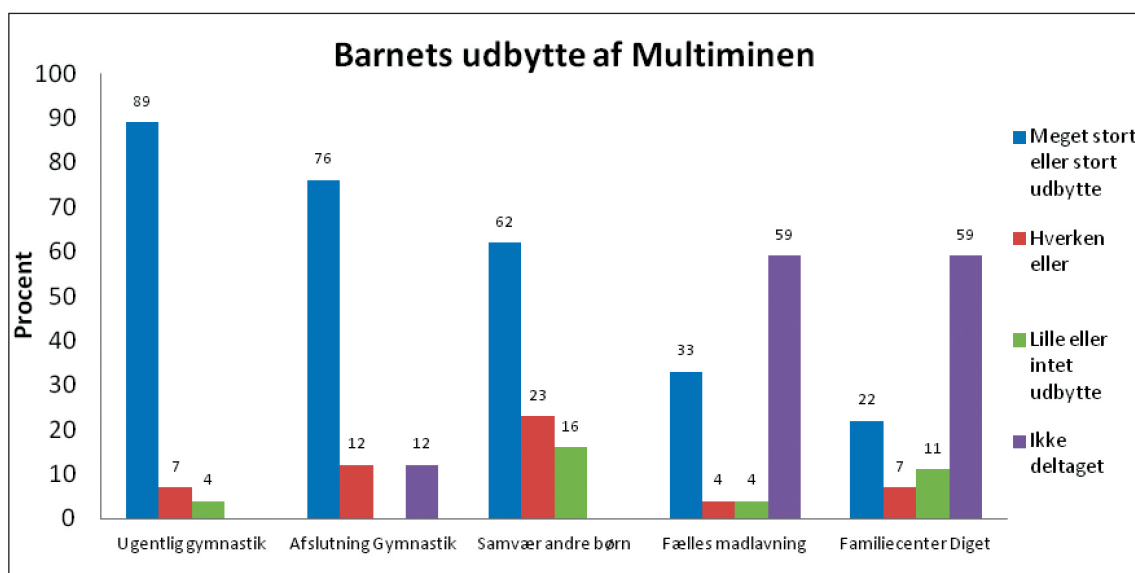
Analyserne af ovenstående spørgsmål er besvaret af henholdsvis 22 og 23 deltagende familier.



Figur 19. Forældrenes vurdering af familiens udbytte af MultiMinen i forhold til gymnastik, kostvejledning, samtaler med sundhedsplejerske, samt aktiviteter i Greve Familiecenter i% (n=22 eller 23).

Barnets udbytte af MultiMinen

I forhold til barnets udbytte af den ugentlige gymnastik vurderer 89%, at børnene har haft et ”meget stort” eller ”stort” udbytte, mens 4% vurderer, at den ugentlige gymnastik har givet et ”lille” udbytte. 76% vurderer, at børnenes udbytte fra afslutningsarrangementet til gymnastik har haft et ”meget stort” eller ”stort” udbytte. 12% vurderer, at udbyttet har været ”hverken eller”. 12% har ikke deltaget. 62% vurderer, at deres børn har haft et ”meget stort” eller ”stort” udbytte af samværet med de andre børn. 23% vurderer, at udbyttet har været ”hverken eller”. 16% vurderer, at børnene har haft et ”lille” eller ”intet” udbytte. I forhold til den fælles madlavning vurderer 33%, at de har haft et ”meget stort” eller ”stort” udbytte. 4% vurderer ”hverken eller” og 4% vurderer, at de ”intet udbytte” har haft. 59% har ikke deltaget. 22% vurderer, at deres barn har haft et ”meget stort” eller ”stort” udbytte af aktiviteterne i Greve Familiecenter. 7% vurderer ”hverken eller”, 11% vurderer, at barnet har haft et ”lille” eller ”intet” udbytte af at deltage. 59% har ikke deltaget. Analyserne på ovenstående spørgsmål er lavet på henholdsvis 25, 26 og 27 besvarelser (fig. 20).



Figur 20. Forældrenes vurdering af barnets udbytte af MultiMinen i forhold til gymnastik, samvær med andre børn, madlavning samt Greve Familiecenter i% (n=25,26 eller 27).

I nedenstående tabel, kan der læses uddybende kommentarer til familiens udbytte af deltagelse i MultiMinen (tab. 7).

Vi har alle haft stort udbytte af at deltage i dette projekt. Kostvejledning og Gymnastikken har givet os meget. Vi har fået øjnene op for, at bevægelse er vigtig og det at deltage i sportsaktiviteter. Vi har ændret kosten meget i vores familie, og bagning af kager m.m. er noget, vi sjældent gør. I stedet spiser vi mere frugt, rugbrød og bager grovboller. "Vi siger nej til slik/is m.m. fordi vi elsker hende" i stedet for modsat.

Der har fra MultiMinens side været nogle formentlig fantastiske arrangementer som blev aflyst bl.a. pga. manglende deltagere. Vi har desværre ikke fået det forventede udbytte ud af projektet til dels pga. projektmedarbejderens "halvhjertede" engagement, som sikkert skyldes manglende ressourcer.

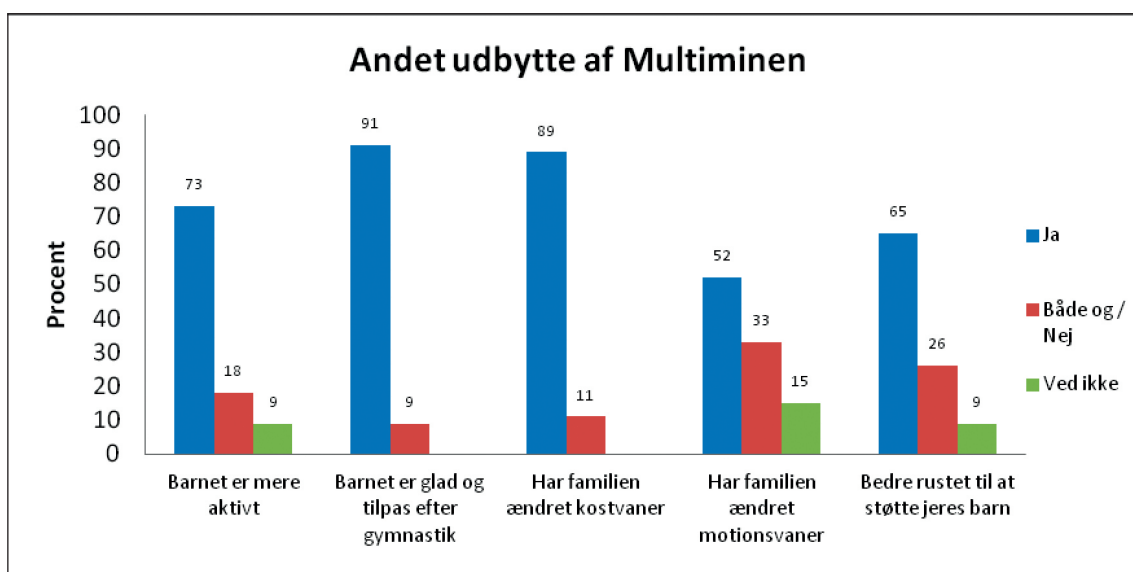
Det har været en fornøjelse at deltage i dette projekt, da vi, som familie, er blevet meget mere bevidst om sund kost, og blev støttet gennem projektet.

Samværet i familiecenteret kunne have været rigtig godt, hvis der var flere der deltog. Rigtig ærgerligt.

Tabel 7. Eksempler på forældrenes kommentarer til familiens og barnets udbytte af MultiMinen.

Andet udbytte af MultiMinen

73% af forældrene vurderer, at deres barn er blevet mere fysisk aktivt ved at være en del af MultiMinen, 18% vurderer, at det fysiske aktivitetsniveau er det samme. 91% vurderer, at deres barn er glad og tilfreds efter gymnastikken, 9% vurderer "både og". 89% vurderer, at familien har ændret deres kostvaner, og 11% vurderer at vanerne ikke har ændret sig. 52% vurderer, at familien har ændret motionsvaner, 33% vurderer at motionsvanerne ikke har ændret sig, og 15% "ved ikke". 65% vurderer, at de er blevet bedre rustet til at støtte deres barn. 26% siger nej til, at de er bedre rustet til at støtte deres barn, og 9% "ved ikke" (fig. 21). Analyserne er lavet på 22, 23, 26 og 27 besvarelser.



Figur 21. Forældrenes vurdering af, hvorvidt barnet er mere aktivt samt glad og tilpas efter Multimin. Hvorvidt familien har ændret kost- og motionsvaner og er blevet bedre rustet til at støtte deres barn efter MultiMinen i% (n=22,23,26 og 27).

Forældrene uddyber de ovenstående punkter. Nedenstående citater eksemplificerer og samler kommentarerne. Til hvorvidt ”Barnet er blevet mere aktivt” skriver forældrene:

- Mit barn blev mobbet i skolen og ville ikke deltage i idrætstimerne. Efter MultiMinen glæder hun sig til idrætstimerne - og så er der gang i hende hele tiden.
- Vi er blevet mere opmærksomme på at sende hende ud og lege i stedet for at sidde og tegne + se tv.
- Gymnastikken har hjulpet på hendes ataksi og hun er blevet mere kropsbevidst og smidig.

Tabel 8. Eksempler på forældrenes kommentarer til, hvorvidt deres barn er blevet mere aktivt.

Til hvorvidt ”Barnet er glad og tilpas efter gymnastikken” skriver forældrene:

- Han var ofte ked af at skulle af sted, men altid glad og frisk, når han kom hjem igen.
- Super glad, mere positivt barn der kommer hjem.
- Glad men meget træt og udmattet.

Tabel 9. Eksempler på forældrenes kommentarer til, hvorvidt deres barn er glad og tilpas efter gymnastikken.

Til om "Familien har ændret kostvaner", skriver forældrene af positive og negative kommentarer:

Positivt

- Altså, vi tænker bare mere på sund mad end usund, men der kommer selvfølgelig en gang imellem noget usundt.
- Flere grøntsager, mindre fedt og hvidt brød. Væk med nutella / chokolade.
- Fuldkornsprodukter i alt brød, pasta, ris. Mindre portioner, mindre usundt.

Negativt

- Har ændret kostvaner, men ikke på grund af projektet.

Tabel 10. Eksempler på forældrenes kommentarer til, hvorvidt familien har ændret kostvaner.

Til om "Familien har ændret motionsvaner" skriver forældrene:

- Vi har fået mere fokus på dette og forsøger at få det indtænkt i en travl hverdag.
- Vi er oftere ude at få rørt os i stedet for at være hjemme.
- Hele familien er gået i gang med projektet. Begge børn går stadig til gymnastik, og mor er startet i løbeklub. Far er startet til Powerwalk.

Tabel 11. Eksempler på forældrenes kommentarer til, hvorvidt familien har ændret motionsvaner.

Til hvorvidt forældrene føler, at de er blevet "Bedre rustet til at støtte deres barn", skriver forældrene:

- Ja, vi er blevet bedre til at kunne sige fra, at kunne sige Nej.
- Jeg kigger efter "nøglehullet" og fuldkornsmærket, hvilket gør det meget nemmere at overskue.
- Hjælp til nye vaner, support til "at tro på", det hjælper at stå fast!

Tabel 12. Eksempler på forældrenes kommentarer til, hvorvidt de føler, at de er blevet bedre rustet til at støtte deres barn.

Hvordan har det været at støtte dit barn?

52% af forældrene vurderer, at det "ind imellem" har været svært at støtte sit barn undervejs i MultiMinen. 39% vurderer at det har været "let", og 9% vurderer, at det har været "både og". Ingen vurderer, at det har været meget svært. Forældrene kommenterer deres evne til at støtte deres barn i nedenstående tabel 13. Analyserne er lavet på 23 besvarelser.

- Det er altid svært at lære gamle cirkusheste nye tricks! Gamle, dårlige vaner er svære at slippe på grund af, at det er rigtig svært at sige "nej" til sine børn - også selvom man ved, at det er til deres bedste.
- Man skal huske at være standhaftig, både hvad angår kostvaner og motion. Det er ikke altid let, når man selv mangler overskud, men det kommer kun godt igen.
- Tænker anderledes nu. Det er ikke længere synd, at vi siger nej, men godt for hende.

Tabel 13. Eksempler på forældrenes kommentarer til, hvorvidt de føler, at det har været svært at støtte deres barn.

Forventninger

Forældrene blev i spørgeskemaet ved baseline spurgt om deres forventninger til samt målsætninger for deltagelsen i MultiMinen. Nedenstående tabel beskriver eksempler på forældrenes forventninger til deltagelsen i "MultiMinen" (tab. 14).

- Hjælp til at få barnet i gang med at dyrke motion + tage lidt ansvar selv. Kostvejledning.
- Aktivitet, viden, opfølgning og det at være "i samme båd".
- Få en sund hverdag.
- Mine forventninger blev indfriet, men det kræver flere konflikter angående det usunde, end jeg havde forventet.
- Inden opstarten ingen forventninger. På trods af disse ingen forventninger blev vi desværre skuffet, da mange/en del af arrangementerne løb ud i sandet.
- At hun skulle holde vægten, og vi vil få hjælp og støtte til dette!
- Vi havde lidt større forventninger om at mødes mere med de andre familier. Vi ved, at dette er forsøgt forgæves.
- At min barn var lidt mere aktiv og tabte sig.
- At MultiMinen kunne give hende større selvværd - og de gode vaner breder sig til hele familien.

Tabel 14. Eksempler på forældrenes forventninger til MultiMinen.

I forhold til forventningerne vurderer 52%, at de "i høj grad" fik opfyldt deres forventninger. 32% vurderer, at de "i nogen grad" fik opfyldt deres forventninger, hvorimod 16% vurderer, at de "i mindre grad" fik opfyldt forventningerne. Analysen er lavet på 25 besvarelser. Forældrene kommenterer deres opfyldelse af forventninger til deltagelsen i "MultiMinen" i nedenstående tabel 15:

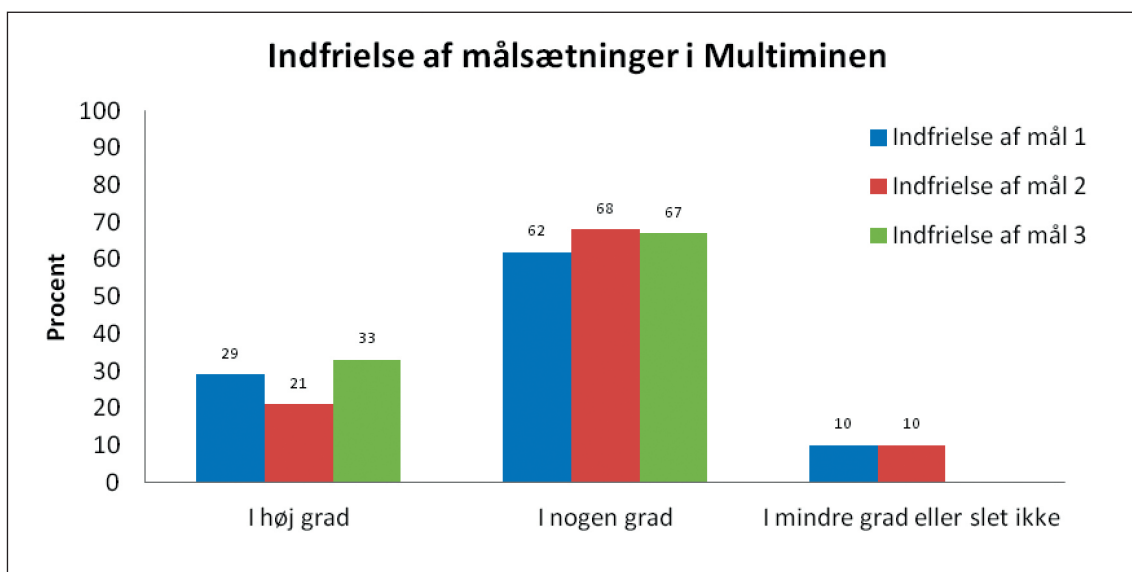
- Der mangler mere kostvejledning i form af mængder, og hvad man kan spise i stedet for noget andet.
- Det har været et super godt projekt, som har gavnet os meget, når vi har skullet føre det videre i hverdagen. Alle undervisere har været meget professionelle og dygtige. Et længere forløb ville være dejligt, generelt.
- Har ikke haft den store interesse i deltagelsen, da der har været en masse andre ting at gi sig til.

Tabel 15. Eksempler på forældrenes kommentarer til opfyldelsen af deres forventninger til MultiMinen.

Målsætning

På samme måde som ved forventninger blev forældrene ved baseline bedt om at angive op til tre målsætninger for deres barn og familiens deltagelse i MultiMinen.

Ved opfølgningen vurderer henholdsvis 29, 21 og 33% af forældrene, at deres målsætning 1,2 og 3 ”i høj grad” er blevet opfyldt. 62, 68 og 67% vurderer, at deres målsætning 1,2 og 3 ”i nogen grad” er blevet opfyldt. 10, 10 og 0% vurderer, at deres målsætninger ”i mindre grad” eller ”slet ikke” er blevet opfyldt. Analysen er lavet på 20 besvarelser (fig. 22).



Figur 22. Forældrenes vurdering af hvorvidt barnet og familien har fået Indfriet deres målsætning 1, 2 og 3 i% (n=20).

Nedenstående tabel beskriver eksempler på forældrenes målsætninger til deltagelsen i MultiMinen (tab. 16).

Målsætning 1

- Løbe 2 gange om ugen
- Holde status quo vedrørende vægt
- Hun skulle gå med, når hunden blev luftet hver dag
- Mere motion og bevægelse
- Tabe sig eller holde vægten
- Lave om på kosten
- Tale om sundt/usundt
- Sundere kost

Målsætning 2

- Øget selvværd
- 1 times fælles aktivitet i weekenden
- Spise sundt
- Blive mere aktive
- Mere motion for alle
- Sænke sin BMI ved at "vokse"
- Deltage hver gang
- Tage cyklen i stedet for bilen

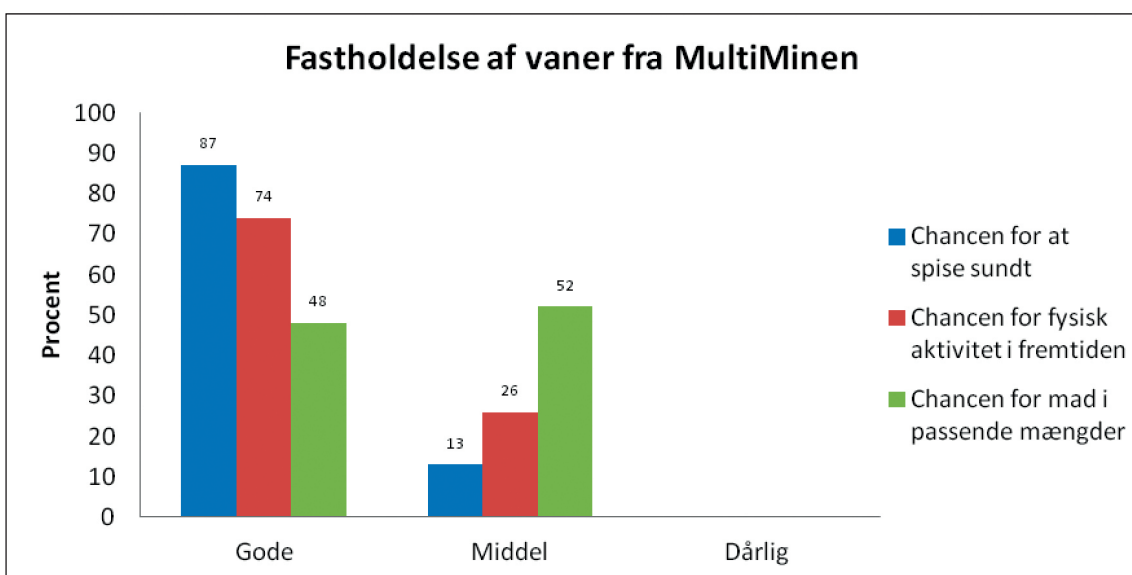
Målsætning 3

- Fastholde aktivitetsniveau før/efter
- Holde vægten
- Være mere aktive
- Gå til sport
- Begrænse slik og søde sager
- Sunde madvaner

Tabel 16. Eksempler på forældrenes målsætninger til MultiMinen

Fastholdelse af vaner

Fastholdelse af de indlærte vaner undervejs i MultiMinen er et vigtigt målparameter for længerevarende succes af interventionen. 87% vurderer, at chancen for at deres barn vil spise sundt i fremtiden er ”gode”. 13% vurderer, at chancen er ”middel”. 74% af forældrene vurderer, at chancen for, at deres barn vil være fysisk aktivt i fremtiden, er ”gode”. 26% vurderer, at chancen er ”middel”. 48% vurderer at chancen for, at deres barn i fremtiden vil spise mad i passende mængder, er ”gode”. 52% vurderer, at chancerne er ”middel”. Ingen i de tre spørgsmålskategorier vurderer, at chancerne er ”dårlige” (fig. 23). Analyserne er lavet på 24, 27 og 25 besvarelser.



Figur 23. Forældrenes vurdering af deres børns chancer for at spise sundt, være fysisk aktive samt spise mad i passende mængder i fremtiden i% (n=24,27 og 25).

I forhold til ”Chancen for at spise sundt i fremtiden” skriver forældrene:

- Forældrene bestemmer hvornår.
- Det er jo op til mig at sørge for det.
- De tænker over, hvad de spiser.
- Vi falder desværre ”i” en gang imellem.

Tabel 17. Eksempler på forældrenes kommentarer til chancen for, at deres barn vil spise sundt i fremtiden.

I forhold til ”Chancen for fysisk aktivitet i fremtiden” skriver forældrene:

- Han skal dyrke en form for motion en til to gange om ugen.
- Hun har sine motoriske problemer imod sig.
- Vores børn vil altid skulle gå til sport.

Tabel 18. Eksempler på forældrenes kommentarer til chancen for, at deres barn vil være fysisk aktivt i fremtiden.

I forhold til ”Chancen for at spise mad i passende mængder” i fremtiden skriver forældrene:

- Han vender hurtigt tilbage til sine gamle spisevaner, uanset hvor meget vi prøver. På den anden side er han super aktiv.
- Har lært at 2. portion er grøntsager.
- Dette kan være lidt svært at styre.

Tabel 19. Eksempler på forældrenes kommentarer til chancen for, at deres barn vil spise mad i passende mængder i fremtiden.

Opsummerende skriver forældrene, at de vil støtte deres familie og overvægtige barn fremover, ved at:

- få mere fysisk aktivitet ind i hverdagen og forsøge at bevare den sunde kost,
- sørge for at sportsaktiviteterne bliver overholdt,
- der fortsat skal være fokus på den sunde mad samt portionsstørrelserne.

Desuden skriver enkelte forældre, at de vil forsøge at lave fysiske aktiviteter sammen med deres barn.

Procesevaluering

Interviews af familier

Som nævnt tidligere er målet med den kvalitative undersøgelse at begrebsliggøre og undersøge familiernes udvikling i handlekompetence og motivation for ændret kost og motion. Desuden anvendes interviewene af familierne til at uddybe og underbygge de kvantitative data fra spørgeskemaundersøgelsen. Idet interviewene er gennemført med 4 familier giver data en dybdeviden om udvikling af handlekompetence, men kan ikke i udgangspunktet generaliseres til samtlige familier.

Generel motivation

Resultaterne viser, at der er forskellige faktorer omkring motivationen, der påvirker dels de deltagende børn og dels deres forældre. Det ser ud til, at den generelle motivation for fysisk aktivitet er påvirket af oplevelsen af egne (forbedrede) evner for barnet, miljøet

eller det at deltage i et projekt, hvor rammerne inkluderer hele familien. Familiens motivation påvirkes via deltagelse i projekt ”MultiMinen”. Den måde såvel gymnastikinstruktører samt sundhedsplejersken arbejder på, ved hele tiden at sætte fokus på ændringer, medvirker til at animere til fastholdelse af en given adfærd for familierne. Konkrete målsætninger og en decideret retning for familiernes handlinger og ændringer af livsstil virker til at være af mindre betydning.

I forhold til fokus i projekt ”MultiMinen” er der generelt få udsagn, der relaterer sig til fysisk aktivitet for familierne. Derimod er der flere udsagn, der omhandler motivation til ændring af kostvaner. I forbindelse med kostvaner er familiernes udsagn generelt mere klare og tydelige. Det virker umiddelbart til, at det er mere håndterbart for familierne at sætte ord på ændring af kost, end det er at italesætte ændringer i forhold til fysisk aktivitet.

Deltagernes specifikke udsagn om motivation

Retning og mål har betydning for motivation, særligt i forhold til at fastholde motivationen (Vallerand, 2007). Som svar på sundhedsplejerskens opfordring til at familierne selv udformede målsætninger for forløbet, siges følgende af en mor i et opfølgende interview:

”Vi lavede en målsætning, der hedder, at han måske kunne smide 2 kg. i det her forløb, øh men det er ikke min målsætning, det vil bare være en bonus, må jeg sige”.

Citatet indikerer, at familierne ikke umiddelbart ser det som væsentligt at have en målsætning, eller at den konkrete målsætning om 1-2 kilos vægttab ikke var relevant. Af det ovenstående udsagn ses, at familierne ikke opfatter, at målsætning eller mål betyder noget for motivationen. Det opfattes mere som en bonus, hvis målsætningen opfyldes.

I forhold til vedholdenhed har familierne generelt gjort sig flere overvejelser og er generelt af den opfattelse, at der kan ske ændringer af livsstilen, hvis en specifik adfærd fastholdes. En mor siger i et opfølgende interview:

”men på den lange bane sker der noget, altså M har tabt sig”.

Motivationen bliver påvirket af familiernes evne til at være vedholdende omkring ændringer af vaner. Nogle familier kan efter en periode konstatere, at fastholdelse af nye vaner giver resultater, mens andre familier konstaterer, at vedholdenhed er svært, især hvis man som voksen i en familie er ene om at være vedholdende.

Opdagelsen af at barnet har evner, for eksempel til at håndtere fysisk aktivitet, har indflydelse på motivationen. Et af de deltagende børn siger i første interview:

”Og der kunne jeg ikke lave en salto, og så kunne jeg bare lige pludselig, for jeg hoppede, jeg blev ved og ved og så....salto”.

Opnåelse af forbedrede evner inden for den fysiske aktivitet giver sig udslag i andet end motivation for fysisk aktivitet. En mor konstaterer i det opfølgende interview, at de forbedrede fysiske evner hos hendes barn også har haft gunstig effekt på barnets selvtillid.

”for han har da helt klart fået meget mere selvtillid af, der er faktisk nogle ting han godt kan”.

En anden faktor, der har indflydelse på motivation, er muligheden for frit valg. Ligeledes indikeres vigtigheden af, at sundhedsplejersken i vejledningen har været støttende

omkring, at familierne selv vælger, hvilke vaner de vil arbejde på at ændre. Det frie valg i relation til målsætninger både for de deltagende børn og forældre tillægges af familierne positiv betydning for motivationen til fastholdelse af vaner.

Omgivelserne, hvor også deltagernes kammerater indgår, understreges i litteraturen som betydningsfuld for individets lyst og motivation for at deltage i eksempelvis fysisk aktivitet (Horn & Horn, 2007; Vallerand, 2007). Flere børn i ”MultiMinen” udtrykker, at fysisk aktivitet sammen med kammerater er sjovt, og det giver en øget lyst til deltagelse. Ligeledes viser flere udsagn, at børnene er yderligere inspireret til at skulle deltage i idræt i fremtiden, hvis også deres kammerater deltager i den pågældende idrætsgren.

En mor konstaterer at når hele familien er med, giver det en følelse af fællesskab og samhørighed. Moren oplever i det opfølgende interview, at familiens samlede deltagelse giver motivation for fortsættelse og fastholdelse:

”det er første gang, hvor vi rigtig går i gang alle sammen”. ”hvor det har meget mere givet os gejsten for det”.

En anden mor siger, at de opfølgende samtaler med sundhedsplejersken og deltagelse i projektets forskellige dele har givet en form for tilhørsforhold. Dette har været med til at give familien et skub til at fastholde en ændret adfærd. Forældre/søskende motivation angives i litteraturen som af stor betydning for motivationen hos det enkelte barn (Horn & Horn, 2007). Børn vil gerne deltage i eksempelvis fysisk aktivitet, hvis de voksne i familien ligeledes deltager samtidigt.

I datamaterialet er mængden af udsagn, der omhandler forældre/søskende motivationen, begrænsede. Der nævnes dog både positive samt negative synspunkter på familiens indflydelse. Nedenstående udsagn illustrerer frustration hos en mor, der er ked af, at familiens store pige ikke ønsker at ændre ved kost og motion på samme måde som resten af familien:

”Jeg har sagt, at hun bare kan komme med om tirsdagen og torsdagen. Men det har hun ikke lige plads til i sit liv”.

Der er flere udsagn, der viser at forældrene reflekterer over deres indflydelse på barnet. Nedenstående udsagn illustrerer refleksion over forældrenes kostadfærd i forhold til barnet:

”altså jeg drak jo en 2-3 liter sodavand om dagen, og har gjort det altid”. ”det er jo klart, det har smittet af på ham”.

Forældrene udtrykker i interviewene generelt ingen direkte refleksion over deres egen motionsadfærd i relation til barnet.

Handlekompetence

I analysen af de kvalitative interview ses, at erfaringer / handleerfaringer har betydning. Især erfaringer med ændringer af kostvaner nævnes som noget, der opleves positivt. Erfaringer med barnets deltagelse i gymnastikken anses ligeledes for at være positive. Deltagelse og bevidst stillingtagen omtales som betydningsfulde handleerfaringer i forhold til ændring af familiens kostvaner, men i forhold til fysisk aktivitet, er der generelt hos familierne ikke bevidst stillingtagen og deltagelse i forhold til fysisk aktivitet.

Indsigt i et bestemt emneområde (eksempelvis kost og motion) anses for at være centralt for udviklingen af handlekompetence i et fremadrettet perspektiv (Jensen, 2000). Familierne i ”MultiMinen” har generelt opnået indsigt i såvel betydningen af sunde kostvaner samt behovet for fysisk aktivitet. Forældrene udtrykker sig dog primært konkret omkring ændring af barnets samt familiens kostvaner. Engagement omtales som en betydningsfuld faktor. Betydningen af engagement kommer især til udtryk i familier, hvor ændringen har været et familiebåret projekt. På samme måde som ovenstående udtrykker familierne primært, at kreativitet, kritisk sans og målsætning har størst indflydelse på ændring af kostvaner. To familier har udsagn, der understøtter, at de ønsker at indføre mere motion i fremtiden.

Opsummerende kommer familiernes udvikling af handlekompetence til udtryk i en bred vifte af udsagn. Fokus hos familierne ligger dog primært på handleerfaringer, der relaterer sig til kostændringer. Udsagnene understøtter såvel ændringer i relation til de enkelte madvarer, men også i specifikke ritualer, som for eksempel fredag og lørdag aften. En mor udtrykker om familiens ændrede indkøbs- og kostvaner:

”Alt smør det har vi slet ikke overhovedet. Det hedder Becel”.

Familierne har også gjort sig erfaringer med effekten af barnets deltagelse i gymnastikken. Det er primært positive udsagn, som familierne udtrykker ved såvel baseline og ved opfølgning. Negative erfaringer vedrører ikke at få gennemført den planlagte fysiske aktivitet som planlagt. En far udtrykker:

”vi havde også sat et mål om, at vi skulle cykle begge to, de her to gange om ugen, men man skal lige finde tiden til det ”....” og så kender man det jo lidt, nej”.

Den handlekompetence, som familien udtrykker flest succesfulde samt positive handleerfaringer i forhold til, er ved ændringer af kostvaner. I relation til handlekompetence i forhold til fysisk aktivitet viser resultaterne, at de deltagende børn generelt gør sig gode erfaringer og har gode oplevelser ved at deltage i MultiMinens gymnastik, men i kontrast hertil, at forældrenes intentioner omkring fysisk aktivitet ikke helt lever op til deres egne forventninger.

Endnu et element i handlekompetence er familiernes deltagelse. Eksempelvis understreger nedenstående citat, at selve deltagelsen i projekt ”MultiMinen” genererer handlekompetence hos familierne ved løbende at stimulere til fastholdelse, at tage ”ubehagelige” beslutninger og stå ved dem. En mor udtrykker:

”men vi gør det, og vi retter ind og drikker ikke sodavand”.

Resultaterne viser, at familiernes deltagelse i ”MultiMinen” påvirker deres refleksion over kost og motion og derved også deres handlekompetence. I forhold til den ”bevidste stillingtagen” er der i resultaterne ingen direkte udsagn, der relaterer sig til bevidste valg af fysisk aktivitet. Derimod viser resultaterne, at familierne træffer langt flere eller oftere italesætter bevidste valg og handlinger, som de har truffet og igangsat i relation til kost og kostændringer. På samme måde lader familierne til primært at have opnået handlekompetence i relation til ”indsigt” i forhold til kost. ”Indsigt” bidrager til, at der kan træffes beslutninger i forhold til at handle på et givent problem. En mor udtrykker:

”jeg er også lige begyndt at købe, altså friske grøntsager, hvor det jo altid har været frosne grøntsager”.

”Indsigt” i ændring af vaner omkring fysisk aktivitet udtrykkes ikke entydigt i data, og det virker generelt til, at handlekompetence i relation til kost og kostændringer har langt større fokus end handlekompetence i relation til fysisk aktivitet. Generelt udtrykker data dog, at familierne som helheder ikke lykkes med at introducere en mere fysisk hverdag til trods for positive hensigter.

”Engagement”, som ligeledes er en central del af handlekompetence, udtrykker blandt andet, hvor meget familierne investerer i ændring af livsstil, både med hensyn til motion og kost. En mor udtrykker om familiens ”engagement”, at det er centralt, at alle familiedeltagere deltager i en ændring for at kunne fastholde en specifik adfærd. Det har været nødvendigt at lave fælles aftaler om handlemønstre i familien, hvilket har været med til at skabe engagementet.

”jeg synes også det var sundt for G og jeg ligesom at høre hinanden og der var man ligesom nødt til ligesom at sige det ikke”.

Data viser, at ”engagement” eller mangel på ”engagement” kan være afgørende for, hvordan det går med ændring af familiens vaner. Resultaterne viser, at hvis afgørende familiemedlemmer udviser manglende engagement, så har det central betydning for resten af familiens engagement og dermed også succes med en given ændring. På samme måde som ovenstående italesætter familierne primært deres engagement og ændringer i relation til kostvaner. Data indikerer, at det er lettere for familierne at italesætte forhold, der vedrører kosten, hvorimod det lader til, at fysisk aktivitet i familien er et vanskeligere emne at italesætte, eller også har det en lavere prioritet.

Det brede positive sundhedsbegreb, sundhedsfremme og fremtiden

Det brede positive sundhedsbegreb illustrerer, at familiernes sundhed ikke blot er fravær af sygdom, men at interagerende dimensioner er involverede. For eksempel spiller selvvurderet helbred og velvære i form af eksempelvis mere selvtillid en rolle (Jensen, 2006). Det er centralt, idet et af målene med projekt ”MultiMinen” var at sætte fokus på bevægelse, kost og trivsel for overvægtige børn med inddragelse af familien (Greve Kommune, 2008). Deltagelse og engagement i projektet for familierne og børnene kunne på sigt antages at være medvirkende til at styrke selvtilliden (self-efficacy (Bandura, 1986) til at gennemføre sundhedsmæssige hensigtsmæssige ændringer i relation til kost og fysisk aktivitet. Resultaterne viser, at flere forældre mener, at deltagelsen i MultiMinen har betydet, at deres børn har opnået mere selvtillid, bedre kondition og koordination. Data indikerer, at børnene oplever en øget lyst til at deltage i idræt og fysisk aktivitet efter projektets afslutning og tilmed have lyst til at starte på aktiviteter, som ikke har været præsenteret i ”MultiMinen”. Et barn udtrykker:

”Jeg vil måske starte til tennis efter det her”.

Desuden udtrykker familierne, at de i løbet af projektet har skabt ønsker og målsætninger for fremtiden, som eksempelvis involverer tanker om at begynde at motionere eller at øge motionsmængden. Dog er disse udsagn i nogle tilfælde præget af ambivalens. En mor udtrykker sig om familiens fremtidige hensigter:

”Mine intentioner er, at vi gik noget mere eller cyklede noget mere”.

Til trods for ambivalens viser data, at familierne har øget deres fokus på sundhed, primært i form af ændret refleksioner vedrørende kost, men også i forhold til fysisk aktivitet.

Nej – familierne

I forbindelse med evalueringen blev der ringet rundt til de familier, som havde sagt ”nej tak” til deltagelse, for at få indsigt i de argumentationer, der lå bag fravælgelsen af interventionen. Ud af 4 kontaktede ”nej – familier”, var det kun én familie, der ønskede at deltage i en samtale.

Den primære begrundelse hos denne familie for at have fravalgt interventionen var, at det ikke var muligt for dem at deltage på de dage, hvor gymnastikken i interventionen afvikledes. Deres barn gik allerede til tennis de dage, og det ønskede de ikke at lave om. Desuden blev der hos familien skabt uvilje imod interventionen, da de oplevede, at deres barn igennem sedler afleveret i skoleklassen fik at vide, at det var overvægtigt og skulle til ekstra kontrol hos sundhedsplejersken. Det mente forældrene var at overskride grænserne for, hvad der var acceptabelt. Derfor ønskede de ikke at deltage.

Årsagen for ikke at ville deltage i en samtale omkring deres ”nej tak” til MultiMinen var hos én familie, at de følte sig forulempet ved at blive kontaktet igen. Det var ikke deres opfattelse, at de fra Greve kommune var blevet informeret om, at de kunne blive ringet op af Syddansk Universitet og spurgt om årsagen til, at de ikke ønskede at deltage. De var vrede over, at deres navne var blevet givet videre uden deres samtykke. Familien ønskede at få kontaktoplysningerne til kommunen for efterfølgende at gøre opmærksom på dette.

Sundhedsplejerskerne

Samarbejde imellem faggrupper i projektet

Gruppen af sundhedsplejersker (de sundhedsplejersker, der har haft flest børn tilknyttet projektet) gør opmærksom på, at det samarbejde imellem faggrupper, der har været igennem projektet, generelt har fungeret godt. Det har været væsentligt, at der har været repræsentanter fra projektet til stede ved personalemøder, og at der løbende har været informeret om tiltag i projektet.

De påpeger dog, at der var en del usikkerhed omkring arbejdsopgaver og selve projektet i de indledende faser. Sundhedsplejerskerne angiver, at de var noget usikre, fordi de ikke var sikre på indholdet og de informationer, der skulle gå videre til familierne. Holdningen var, at der manglede håndgribeligt materiale, som kunne bruges i forbindelse med inklusion og motivering. Det blev påpeget, at da alle fik en pjece, der beskrev projektet, hjalp det på frustrationerne. Sundhedsplejerskerne indikerede dog, at de primært havde opfattelsen af, at frustrationen var rettet indad og derfor ikke smittede til familierne.

”Vi manglede helt håndgribeligt materiale til at aflevere til forældrene, altså når vi skulle sidde og præsentere et projekt, hvor man siger: så har vi et projekt, vi gerne vil have Jer med i, men det handler nok noget om , og du kan ringe til den. Det er ligesom en lidt vag formulering. Det ville være rart at kunne lægge en pjece og sige: det fungerer sådan og sådan, det er sådan her. Du kan læse det der.....”.

Det blev i den forbindelse understreget, at det var centralt, at den koordinerende sundhedsplejerske og fagfælle var det direkte bindeled ind i projektet, og at de derfor kunne henvende sig samt henvise til hende. Data viser, at sundhedsplejerskerne opfatter det som centralt, at de personer, som de kommunikerer med omkring familierne i projektet, har en fælles faglig referenceramme for arbejdet med børn og familier. Desuden vurderes det centralt, at den koordinerende sundhedsplejerske ligeledes har siddet på skolerne og har talt med familierne for på den måde at have samme fundament at arbejde ud fra. Holdningen er også, at det kan forventes, at familierne oplever øget tryghed, fordi de møder samme faglighed igennem hele projektet.

”..for mig var det meget vigtigt. Det var noget af det, jeg vil bringe med i dag: at det at have en sundhedsplejerske, der stod for det, og en vi kunne tale samme sprog med og havde samme referenceramme med, det var sindssygt godt og vigtigt”.

”Der er da heller ingen tvivl om, at det må give en anden tryghed og kontinuitet for familierne, fordi det er en sundhedsplejerske hele vejen igennem, der har snakken med familierne. Der trods alt har nogenlunde samme indgangsvinkel”.

I forhold til samarbejdet i projektet beskriver sundhedsplejerskerne, at de har følt sig velinformeret om en del af det af MultiMinen, der foregik omkring sundhedsplejen, diætisten og skolen. Data viser, at deres kontakt til projektet primært er gået igennem koordinerende sundhedsplejerske og diætisten, men at de har oplevet de andre medlemmer af såvel projektgruppen som styregruppen som perifere. Faggruppen giver udtryk for, at indholdet i gymnastikken og forløbet med Greve Familiecenter har virket fjernere og løsere organiseret. Derfor har faggruppen oplevet det som sværere at skulle motivere familierne til at deltage i disse dele af projektet. Specielt det specifikke indhold af forløbet på Greve Familiecenter har på sundhedsplejerskerne virket uspecifikt, og de har oplevet det som vanskeligt at skulle motivere til noget, som de ikke vidste, hvad var.

”Jeg er fuldstændig enig. Det er også de to lidt mudrede dele af det, gymnastikken og Greve Familiecenter. Måske havde det været gavnligt med noget mere indsigt i det, i forhold til at skulle motivere til det. Man har ligesom været trykkest ved sundhedsplejen og diætistdelen”.

”..og derfor bliver det sådan lidt fluffy – okay ... og det ved jeg godt, at sådan er det ikke, men det var den oplevelse, som familierne havde. Det ville være et fantastisk arbejdsredskab til familierne, hvis der var sat lidt mere struktur på”.

Generelt har sundhedsplejerskerne oplevet inklusionsprocessen som forholdsvis nem og ukompliceret. De understreger, at inklusionen og praksis i forbindelse med MultiMinen alligevel lå i forlængelse af deres almindelige praksis, og at det derfor ikke var nogen ekstra belastning at henvise til projektet. Faggruppen påpeger i den forbindelse, at de fandt det motiverende endelig at kunne henvise en hidtil overset familie- og børnegruppe til et specifikt tilbud.

”Jo jo, men også at der har været et tilbud, for jeg synes, det der med at vi sad og rev os i håret, hvor vi ikke har kunnet gøre noget, hvor vi nu kan sige: Vi ved ikke, hvordan det virker endnu, men vi kan i hvert fald forsøge det her. Det synes jeg har været rigtig, rigtig dejligt ” at have noget at kunne sige: I bliver nødt til at gøre noget som familie, her er der et tilbud! ” Det har været fedt”.

Selvom sundhedsplejerskerne ikke på forhånd havde viden om effekten af Multimin, havde de generelt ikke problemer med at henvise til projektet. For dem var det centralt at kunne tilbyde familier med knappe ressourcer (ikke kun økonomiske) et pakketilbud og derved lette deres adgang til hjælp.

I forhold til at håndtere de etniske familier påpeger sundhedsplejerskerne uddannelsen af de etniske sundhedsformidlere som et godt initiativ i forhold til kontakten til de etniske familier. De problematiserer dog fagligheden af sundhedsformidlerne. De opfatter det som problematisk, at den faggruppe ikke på samme måde som sundhedsplejerskerne har en grundlæggende faglighed at bidrage med til projektet og ej heller at bringe i spil overfor familierne. De føler, at det har skabt usikkerhed og forvirring i projektet for dem og måske også for nogle familier. Data viser dog, at sundhedsplejerskerne udmærket er bevidste om den begrænsede anvendelse af sundhedsformidlerne i projektet.

“Men den der sundhedsformidleruddannelse, som skal danne bro mellem kommunen og borgeren, som måske ikke forstår sproget ordentligt, som kommer med en anden kultur og baggrund. De er uddannede, de har hver deres egen selvforståelse, de er uddannede over kort tid, og så er det sådan en uddannelse på et halvt år lad os sige det, den kortvarige uddannelse, hvor man kan sige, de har jo ikke sådan indgroet selvforståelse fagligt”. “Jeg tænker også, at de har i hvert fald ikke gavnet multilineprojektet, det er min holdning. Jeg tænker, at det er et forvirrende element, som måske skulle have været meget mere klædt på fra starten af, hvis de skulle have deltaget”.

Resultaterne viser desuden, at sundhedsplejerskerne er blevet overrasket over mængden af arbejde i projektet. De har fra start været klar over, at de skulle gennemføre inklusionsamtalerne, men er generelt enige om, at de er blevet overrasket over, at der også skulle gennemføres behovssamtaler efterfølgende. For de sundhedsplejersker, der har henvist mange familier, har mængden af behovssamtaler efterfølgende været tilsvarende stor. Disse sundhedsplejersker oplever, at arbejdsbyrden i forhold til dette var stor, fordi de ikke havde planlagt med dette indledningsvis.

“Arbejdet med behovssamtalerne efterfølgende. Det har vi jo godt vidst, at vi skulle have, men på en eller anden måde, er det også kommet lidt bag på mig, at det skulle vi have, og hvornår skulle vi have det”. “... men.. det havde jeg nok bare ikke tænkt så meget over, så det kan godt være, at det er derfor, det er kommet bag på mig”.

Kompetenceudvikling i sundhedsplejerskegruppen

Dette afsnit beskriver de oplevelser, som gruppen af sundhedsplejersker, der har været involveret i MultiMinen, har haft i forbindelse med deres deltagelse, men især deres kompetenceudvikling i projektet.

Data i forhold til sundhedsplejerskernes konkrete kompetencer viser, at gruppen som helhed oplever sig som en meget bred gruppe med forskellige kompetencer, både hvad angår faglighed som anciennitet. Der er enighed om, at sundhedsplejerskerne som helhed vurderer deres faglighed forud for igangsættelse af projektet som tilstrækkelig. De oplever, at de ofte har siddet i lignende situationer over for børn og forældre og kan bruge erfaringerne derfra til MultiMinen.

Sundhedsplejerskerne angiver, at de i det nærværende projekt har deltaget i en række af temadage, hvor emnerne havde fokus på ”den løsningsfokuserede samtale”, ”den motive-rende samtale” og ”den professionelle samtale”.

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

I forhold til kompetenceudviklingen påpeger sundhedsplejerskerne, at de primært har kunnet trække på erfaringerne med ”den løsningsfokuserede samtale” og ”den motive-rende samtale”. Data viser, at sundhedsplejerskerne vurderer, at uddannelse i konkrete værktøjer til at håndtere samtalen med familierne har været meget anvendelig. De angiver, at det har været helt centralt for anvendelsen i praksis, at de har kunnet diskutere og arbejde casebaseret med hinanden undervejs i undervisningen.

”... det er især de løsningsfokuserede samtaler, dem har jeg brugt rigtig meget i sam-taler med familierne frem for at have problemfokus. Så er fokus, hvad det er familierne ønsker og stiller mirakel spørgsmålet, hvordan ønsker de, at deres fremtid skal se ud? Hvad er det for nogle ting, vi skal arbejde frem imod. Netop, at have fokus på de styrker og ressourcer, der er i familien”.

I forbindelse med arbejdet med ”den motiverende samtale” oplever gruppen, at det har været en god oplevelse at skulle fokusere på positive udviklinger og scenarier i stedet for ”de negative ting”.

”Og så den her anerkendende tilgang, den motiverende samtale, det der koncept med: ah okay, det gik måske ikke lige så godt i dag, men altså ” finde nogle ting, nogle succeser. Hvad er det, der går godt og så have fokus på det. Det er simpelthen så rart”.

Data indikerer, at sundhedsplejerskerne vurderer, at kompetenceudviklingen har været en mulighed for at sætte ord på og diskutere deres daglige praksis. Der angives, at dag-ligdagen er så kompakt, at den sjældent levner tid til refleksion, og det har dagene med kompetenceudvikling åbnet muligheden for.

”Jeg tror også, det handler mere om refleksioner over egen praksis og fælles praksis og i vores hverdag, som jo er meget sådan kompakt, så er det ikke altid, der er tid til at reflektere over, hvad det er vi egentlig gør og hvorfor, det egentlig virker? Så det med at få sat tid af til at reflektere over nogle ting og få puttet noget mere viden på og få løftet det op sammen med alle de andre, synes jeg er utrolig givtigt”.

Sundhedsplejerskerne påpeger, at den ene dags uddannelse i forhold til kost har væ-ret på et for overordnet niveau. Selvom de har deltaget i uddannelsen, er holdningen, at det ikke har skabt sikkerhed nok for dem i forhold til at skulle anvende deres viden i samtalerne. Vurderingen var, at kostuddannelsen var svær at implementere i praksis, og at de havde følelsen af, at deres indsats overfor familierne foregik på et for overord-net niveau.

Data viser ligeledes, at sundhedsplejerskerne stadig savner værktøjer til at håndtere familierne, når de skal tale med dem i opfølgningssamtalerne. Generelt er vurderingen, at sundhedsplejerskerne har kompetencerne og forudsætningerne til at motivere og igang-sætte familierne i projektet, men på trods af kompetenceudviklingen undervejs i projek-tet savner og efterspørger de redskaber og viden til konkret at forholde sig til barnet og

familiens udvikling. De savner især mere viden på kostområdet, men efterlyser også mere indsigt i forhold til at kunne vejlede i forhold til fysisk aktivitet.

Data viser desuden, at gruppen af sundhedsplejersker oplever det frustrerende, når familier der har været igennem MultiMinen vender tilbage til dem, og de kan se, at der på trods af interventionen ikke er sket en positiv udvikling eller i nogle tilfælde faktisk er sket en negativ udvikling. Sundhedsplejerskerne oplever, at de ikke har tilstrækkelige kompetencer til at følge op på disse tilfælde.

En af forklaringerne er, at de ikke føler, at de har haft tilstrækkelig information om, hvad der har foregået i selve projektet efter inklusionen. De oplever at mangle konkret viden til at agere ud fra i et fremadrettet perspektiv.

”og man ved jo også godt, hvorfor det ikke fungerer for nogle familier, og så tænker jeg bare den der fordi jeg kunne godt sidde og blive lidt frustreret over bagefter, er jeg nu god nok? ” Altså til at følge op på det der. Er jeg nok inde i MultiMinen til at kunne gribe den lige efter, sådan: Hvad er det, vi har snakket om? Hvad er det, vi har lavet i gymnastik? Hvad er det, jeg kan vejlede videre i? Jeg kunne godt tænke mig, at det kunne være det samme, man snakker om”.

Sundhedsplejerskerne udtrykker blandt andet, at deres forventninger til projektets succes bliver til frustrationer i forhold til de familier, som ikke lykkes med adfærdsændringerne. For disse familier, savner sundhedsplejerskerne værktøjer til, hvordan de skal få familierne videre, og savner et tilbud og reelle muligheder, som de kan henvise til efterfølgende.

”Jeg har både rigtig dejlige succeshistorier og bestemt også nogle af de andre, hvor det er blevet værre. Men generelt for alle, og det er jo det, der er det fede ved at have samtaler efter, at de bare har haft glæde af det, og deres selvværd er bedre, og de har haft nogle fede oplevelser plus, at mange af dem gerne ville have fortsat det. Jeg tror, at det her er jo bare er en slags ”varm kartoffel-agtigt” i vores fag, det er jo bare så svært et område at arbejde med. Jeg tror også, at man har haft den der sådan lidt - hvad pokker er det, vi skal stille op, for at forsøge at hjælpe de familierne, det er virkelig svært! Så man har nok også haft meget store forventninger til: Yes! ” Nu er der noget vi kan gøre, vi kan give dem et tilbud, og når det så ikke virker, så er det jo svært”.

”Jeg har egentlig haft rimelig store forventninger til, at de ville komme tilbage med nogle redskaber til, hvordan de kunne komme videre de her forældre, og jeg synes faktisk, at det har været lidt svært at løfte opgaven videre, fordi jeg ved, at mange af dem er det ikke gået så godt, som jeg egentlig havde håbet på. Og især med de familier, hvor det nærmest er blevet ved med at gå den forkerte vej og er blevet værre, kan jeg have det sådan lidt: Okay, når jeg så har set dem tre gange, hvad er det så, jeg skal tilbyde dem? Fordi de er ligesom ikke rykket nogen steder, og så sidder jeg med sådan nogle behovsbørn. Jeg ved simpelthen ikke hvilket tilbud jeg skal give dem, fordi de jo har fået det bedste, vi i hvert fald kan give dem her, altså hvad skal jeg give de børn? Skal jeg bare blive ved med at se dem sådan på ubestemt tid og egentlig godt vide at det her, det bliver nok ikke rigtigt bedre”.

Sundhedsplejerskerne efterlyser også kompetencer til at tage den vanskelige samtale med forældre, der bevidst eller ubevidst ikke ønsker at tage ansvar for deres børn overvægt. De oplever det som problematisk at sidde til samtaler med barnet og familien og

skulle problematisere barnets overvægt i de situationer, hvor forældrene ikke selv tager teten og erkender problemet. Sundhedsplejerskerne peger dog på, at henvisningen til et konkret tilbud som MultiMinen har hjulpet i samtalsituationen.

Fremtidsscenerier ifølge sundhedsplejerskegruppen

Gruppen af sundhedsplejersker angiver, at en mulig udviklingsmulighed for at effektivisere eller optimere et lignende projekt kunne være at inkludere klasselærerne på skolerne. Sundhedsplejerskerne vurderer, at den løbende kontakt med børnene, som klasselærerne på skolerne har, ville kunne give mulighed for at følge og påvirke børnene løbende og ikke kun med store tidsmæssige mellemrum som i sundhedsplejerskernes møde med børnene.

”Noget af det jeg faktisk har tænkt på, at jeg godt kunne savne, uden at det er kompetenceøgende, det er en connection til klasselærerne, fordi det er dem, der ser børnene hver dag ” de elever vi har med at gøre. Jeg ved så lidt om, hvad de laver, og en tilknytning der vil være godt – fordi det er hverdagen, de sender dem ud til”.

Et forslag fra gruppen er også at tilbyde interventionen i mindre stykker og ikke som en samlet pakke. Argumentet er, at en del familier af ressourcemæssige årsager kan have vanskeligt ved at tage imod en så intensiv og tidsmæssigt krævende intervention. En yderligere pointe fra gruppen er, at det er helt centralt, at politikerne bevidstgøres i forhold til overvægtsproblematikken hos børnene, og at interventioner eller tilbud i den henseende forankres lokalt og er synlige i forhold til borgerne.

Projektgruppens evaluering

I forhold til evaluering af projektet har målsætningen, foruden beskrivelse af effekt samt udvikling hos familierne, været at inddrage erfaringerne fra driften af projektet. Det har ligeledes været centralt at beskrive erfaringerne fra den udvikling som løbende er blevet sat i gang i projektets levetid. Nedenstående afsnit beskriver udfordringerne og mulighederne i projektet samt fremtidige perspektiver set fra projektgruppens perspektiv.

Udfordringer

De primære udfordringer, som projektgruppen har oplevet, er beskrevet nedenstående i følgende afsnit: Styregruppen, Organisering, Etniske familier og Gymnastikken.

Styregruppen

Projektlederen påpeger, at styregruppen har været væsentlig for planlægningen af de overordnede retningslinjer i projektet. Der har dog været udskiftning af et medlem i styregruppen over tid, hvilket har medført vanskeligheder med kontinuitet og ønsket om forankring. Data viser desuden, at medlemmerne af styregruppen opleves som betydningsfulde for politisk fokus og forankring af projektet.

”...men det har alligevel været svært at få et nyt medlem ind, fordi mange ting skal ligesom startes op fra bunden, og det har vi heller ikke lige tid til, fordi vi har meget kort tid, og de har kort tid til sådanne møder også, så det har været lidt svært med den omorganisering i kommunen” (projektleder MultiMinen).

Projektlederen påpeger, at konsekvensen af at styregruppens medlem blev udskiftet samtidig med chefskifte inden for sundhedsområdet var, at den politiske opmærksomhed på projektet gik tabt til fordel for fokus på kommunens driftsopgaver. Dette skift i fokus, påpeger projektlederen, har haft betydning for, at beslutninger vedrørende projektet har haft lang behandlingstid og derfor har forsinket det løbende udviklingsarbejde. Et styregruppemedlem understøtter dette ved at understrege, at et projekts succes og forankring afhænger af, om der er opbakning og opmærksomhed på projektet igennem hele systemet.

”Det har været en udfordring at arbejde i det felt, med den udskiftning og manglende fokus på og interesse for, her kører vi et kæmpe projekt” (projektleder Multi-Minen).

”Når man starter sådan et projekt, så er det rigtig vigtigt at få alle medspillere på banen, og at alle føler, at de er en del af det og at de er engagerede i det, så ejerskabet det siver så at sige både op og ned af organisationen, sådan så der også bliver den rigtige opbakning til tingene, for ellers kan man i hvert fald ikke forvente at tingene kommer til at fungere” (Styregruppemedlem).

Styregruppens synlighed igennem hele projektet bliver påpeget som et omdrejningspunkt. Projektgruppen angiver, at de havde set en fordel i, at styregruppen og projektgruppen havde mødtes oftere, og desuden, at styregruppen havde overværet praktiske dele af MultiMinen. Projektgruppen er af den overbevisning, at styregruppen derved havde haft bedre forudsætninger for at forstå projektets ideer. Data angiver også, at styregruppen opfatter det som centralt for en eventuel fremtidig forankring i det kommunale system, at styregruppen har et indgående kendskab til projektet.

Organisering

Data viser, at projektgruppens medlemmer synes, at tildeling af arbejdstimer til de forskellige dele af projektet er en udfordring. For bedst muligt at lære familierne at kende oplever et medlem af projektgruppen, at den afsatte tid til arbejdet med projektet kunne have været mere optimal. For at kunne arbejde med adfærdsændring og familierne som helhed er opfattelsen, at det havde været en fordel at kunne observere og bruge mere tid med familierne i eksempelvis gymnastikken. Medlemmet vurderer, at familierne måske også ville have opfattet familiegruppen som en mere integreret del af projektet, hvis hun havde været til stede i andre sammenhænge. Dette vurderes til at kunne have bidraget til flere deltagere i denne del. Ligeledes vurderes, at tilknytningen af Greve Familiecenter kunne have været bedre forankret igennem de ledelsesmæssige funktioner, så deltagelsen i projektet var en del af familiecenterets tilbud. Idet kommunikationen omkring projektet udelukkende er gået igennem projektgruppemedlemmet og ikke lederne, opstod der vanskeligheder i forhold til at få gennemført ting i MultiMinen, der brød med almindelig praksis i familiecenteret.

Projektlederen peger ligeledes på, at de udfordringer, der typisk har været med organiseringen af projektet, primært stammer fra udskiftning og omorganisering af personalegrupper. I særdeleshed i organiseringen af Greve Familiecenters rolle har den løbende

udskiftning af eksempelvis sundhedsplejersker ført til frustrationer omkring løs organisering og uklare retningslinjer i arbejdet med familierne.

Data indikerer, at social tryghed imellem familierne samt en gruppefølelse kan have betydning for deltagelsen i Greve Familiecenter. Ved hold 2, hvor flere familier kendte hinanden i forvejen, kunne der registreres en større deltagelse og en længere fastholdelse. Det påpeges også, at forældrenes interesse i familiecenterdelen kan hænge sammen med, hvorvidt deltagelsen er signaleret (fra projektgruppen) som en obligatorisk eller frivillig del. Den øgede andel af familier med anden etnisk oprindelse end dansk i projektet kan ifølge projektgruppen muligvis forklare manglende deltagelse i Greve Familiecenter på hold 3 og 4 i projektet.

”...Jamen så tænker jeg også den måde, vi fik det meldt ud på, på hold 1 var det frivilligt, om de ville deltage i familiecenterdelen, og på hold 2, der var det meget klart meldt ud, at det var en del af projektet, så jeg tror også familierne var indstillet på, at sådan var det bare. Så har det været lidt anderledes på de senere hold, fordi, at der dels har været en anden etnicitet på holdene og det har gjort, at der har været nogle andre udfordringer. Der har været en anden type sammensætninger af holdene, hvor der både har været mødre- og fædregrupper afholdt. Jeg tror, det har betydet meget, hvordan vi har fået meldt ud til familierne, at det var en del af projektet, det var en samlet pakke eller tilbud” (Projektgruppemedlem).

Varigheden af projektet bliver også nævnt som et muligt område, der kan have indflydelse på familiernes lyst til at deltage i Greve Familiecenters tilbud. Data indikerer, at de 20 uger, som projektet varer, måske er for lidt til at skabe den tryghed imellem forældrene, der er nødvendig for, at de har lyst til at diskutere private og følsomme ting med andre familier.

”...så i realiteten handler det måske også lidt om, at det skal strække sig over længere tid. Det er et meget ømfindeligt emne det her, det er ikke noget man bare stiller sig frem og siger, jeg er med i det her projekt, vi kan ikke lige selv håndtere vores børn er overvægtige. Det er et stort skridt at træde ind i det her, det kræver også rigtig lang tids tilvæning at være i det her projekt og turde deltage i det og være med i de her forskellige ting” (Projektgruppemedlem).

Desuden indikerer data, at det store fokus på kost og bevægelse i projektet måske har været uhensigtsmæssigt. Netop fordi familiens adfærd er kompleks, kunne fokus i projektet have været lagt på familiecenterdelen. Ved at fokusere på dette, men i kombination med kost og bevægelse, kunne det muligvis have påvirket det komplekse adfærdsmønster hos familierne i højere grad. Projektgruppen påpeger, at en mulig optimering kunne være, at have øget fokus på de komplekse interaktionsmønstre i de indledende faser i projektet.

”...jeg synes faktisk, at hos stort set alle familierne, der er det meget komplekst. Der er det ikke bare lidt motion og noget mad, og det ved vi jo også godt fra starten af, derfor har jeg personligt sådan tænkt, at det er familiecenteret, der skal bære sådan nogle projekter her. Det håber jeg også, det kommer til at være frem over i samarbejde med os andre, men det er den del, der er svær...” (Projektgruppemedlem).

Projektgruppen påpeger, at det har været en udfordring for projektet, at interventionen har været delt op på flere niveauer. Projektlederen indikerer, at adfærdsændringsdelen i projektet har været en udfordring. Fordi kostvejledningen primært har været til forældrene og bevægelsesaktiviteterne primært til børnene, har det været vanskeligt at se fastholdelsen af adfærd i familierne. Det har ligeledes været svært at se fastholdelse og adfærdsændring som følge af familiernes deltagelse i Greve Familiecenter. Det påpeges, at den manglende deltagelse fra mange familier samt den løse og åbne struktur på MultiMinens tilbud tilknyttet Greve Familiecenter kan være en forklaring. I sidste periode blev familiegruppen tilrettelagt som temaaftener med oplæg om forskellige emner og tid til diskussion.

Inden for samme område peger projektgruppen på, at der er forskel på familiernes engagement afhængigt af, om det er styrede aktiviteter fra MultiMinens side (eksempelvis gymnastik), eller om det er aktiviteter, hvor familierne selv skal være ansvarlige. Gruppen indikerer, at de aktiviteter som er styrede, og hvor der er en instruktør, har haft størst succes, fordi familierne kan fralægge sig ansvaret i de situationer. Vurderingen er, at der har været størst fravær til de aktiviteter, der krævede målrettet indsats fra familierne selv. Gruppen vurderer ikke, at MultiMinen pålægger familierne et for stort ansvar. De angiver, at politikken i kommunen i forvejen lægger op til, at borgeren skal tage ansvar, og at familierne derfor burde være vant til det. Gruppen indikerer dog, at en forklaring på manglende fremmøde og svigtende resultater hos nogle familier kan skyldes, at de i projekt MultiMinen bliver bedt om at forholde sig til mange ting og forandre mange ting over kort tid. Den begrænsede længde på projektet kan derfor være en medvirkende faktor til, at dette udebliver.

Projektgruppen peger desuden på, at en mulig forklaring på, at familierne ikke brugte alle tilbuddene i MultiMinen i tilstrækkeligt omfang, og at de ikke alle blev fastholdt i en ny adfærd, kunne være, at forældrene havde andre forventninger til aktiviteter i projektet end dem, de blev præsenteret for. Gruppen foreslår, at familierne muligvis kunne have forventninger til, at de ville få serveret ”den lette løsning” med eksemplariske madplaner og træningsprogrammer, hvilket ikke var tilfældet. En tydeliggørelse af projektets målsætninger samt forventninger til familierne indikerer projektgruppen som en mulig løsning på dette.

Målgruppen af familier indikeres også som en mulig faktor for succesen i projektet. Projektgruppen inddeler groft familierne i tre typer.

Første type er den relativt ressourcestærke familie, der ved et kærligt puf og lidt oplysning hurtigt selv erkender, at de har forkælet deres barn lidt rigeligt og undladt at sætte grænser. Disse familier tager efter lidt vejledning hånd om hele familiens sundhed og ændrer vaner. Specielt kostvaner, indtag af slik og sodavand bliver ændret. Barnets overvægt er ofte ikke så stor.

Den anden type er familier, der ikke er så ressourcestærke, men gerne vil gøre det bedste, men ikke har ressourcerne til det, da de i familien slås med en del andre problemer. Der er også registreret en manglende erkendelse af, at barnet er overvægtigt, og at overvægten er et aktuelt sundhedsproblem for barnet. Barnets overvægt er ofte stor.

Den tredje type er familier, der synes det er dejligt at kommunen giver deres børn et gratis fritidstilbud, men ikke selv er interesseret i at indgå i eller støtte ændringer af

kostvaner. Mange familier mangler struktur i dagligdagen, kendetegnet ved at der ikke er faste sovevaner og ingen fælles måltider på faste tider i døgnet. Børnenes overvægt er virkelig stor, og de har ikke rykket sig meget i projektet.

Data viser, at projektgruppen reflekterer over, om MultiMinen og andre lignende tilbud skal være for gruppen, der bare behøver et spark, og om der børe overvejes mere omfattende og grundlæggende interventioner for de familier, som ikke har ressourcer til at deltage eller foretage ændringer.

“Vi har jo konstateret, at vi har tre typer familier, eller forældretyper. Nogen som lige når de bliver gjort opmærksom på det og får et ”spark” i den rigtige retning så kan de godt se, ”Nåe ja”, de var lige kommet ud på et sidespor, nu kører de ud på motorvejen igen i den rigtige retning. Det er nogle af de familier, som lykkes rigtig godt, og som vi har stor succes med. Spørgsmålet er, om det skal være en indsats for dem, eller vil de på en anden måde selv kunne klare det? Så er der en anden type familie hvor der skal noget mere til, de vil gerne, men de formår ikke at gøre så meget, fordi deres egne ressourcer er relativt svage. Så har vi den sidste type, som siger ”nu kan vi få noget gratis træning til vores børn her, og så behøver vi overhovedet ikke kigge mere på det, og så er det nok” (Projektgruppemedlem).

Faciliteterne til gennemførelse af eksempelvis kostvejledning og samtaler med sundhedsplejerskerne opleves af projektgruppen som en udfordring. De lokaler, som har været tilgængelige til disse samtaler, har varieret meget såvel i forhold til placering, ro samt belysning. Især lokalernes tilgængelighed for forældrene, især i forhold til gymnastikken, har virket begrænsende på deltagelsen. Oplevelsen har været, at forældre har fravalgt kostvejledning på grund af den fysiske placering af lokaliteten. Det opleves desuden som problematisk, at lokalerne ikke har haft en fast placering, men har flyttet undervejs i projektet.

Etniske familier

Projektlederen påpeger, at der indledningsvist var problemer med at inkludere familier med anden etnisk herkomst end dansk, og en forklaring på dette angives at være problemer med at kommunikere til disse familier, hvad MultiMinen handlede om. Undervejs i projektet skete der en udvikling i denne problematik da hold 4 primært bestod af familier med anden etnisk baggrund end dansk. Umiddelbart kunne årsagen til denne udvikling ikke spores i en bevidst strategi i projektet. Projektlederen angiver, at forklaringen muligvis skal findes i inklusionen på skolerne. Der angives, at en mulig forklaring kunne være, at villigheden til at henvise de etniske familier steg i takt med, at projektets sundhedsformidlere til at varetage denne målgruppe i projektet blev uddannet.

Inklusionen af de etniske familier skabte udfordringer for projektet, idet disse familier ikke ønskede at tage imod tilbuddet om Greve Familiecenter. I stedet blev de tilbudt mødre- og fædregrupper til en diskussion af børn, opdragelse og handlemuligheder. Projektgruppen registrerede tidligt i projektet en del etniske familier, der takkede nej til at deltage i projektet, da de ikke kunne få bragt og hentet deres børn til/fra gymnastikken. Den tilbudte gymnastik foregik i Greve Idrætscenter, der fysisk hører til Greve midt, som er placeret cirka 3 til 10 kilometer fra de omkringliggende byområder. I slutningen af projektet

blev der derfor oprettet en mulighed for at dyrke taekwondo i nærmiljøet i Greve Nord. Greve Nord er et område, der med sin socioøkonomiske profil har en del overvægtige børn og familier. Under planlægningen viste det sig, at en del familier fra dette område tilmeldte sig projektet. Det viste sig også, at de børn, der så tog imod tilbuddet om taekwondo (familier, der tidligere havde takket nej eller havde haft ringe deltagelse i gymnastikken), ikke havde en særlig høj deltagelse i dette tilbud heller. Erfaringen herfra viste projektgruppen, at det ikke nødvendigvis var nærhedsprincippet, der var afgørende for deltagelse, men andre ting i familierne. Enkelte har dog haft stor gavn af det, og er fortsat på egen hånd efter projektophør. Andre børn er fortsat i andre tilbud. Sundhedsformidleren lavede et stort stykke arbejde med at få forældrene til at forstå, at for at leve sundere er regelmæssig motion nødvendig, samtidig med at madvanerne skal være sundere, end det der blev registreret. Mødrene var meget interesseret i at ændre familiens madvaner, men havde sværere ved at få børnene af sted til træning. Der var flere søskende på holdet, og var den ene syg, blev de alle væk. Dette var også meget svært at ændre. Generelt oplever projektlederen udfordringer med de etniske familier, fordi det er nødvendigt at indtænke anderledes løsninger på deltagelse i arrangementer. Eksempelvis spiller kulturelle forskelle en rolle i organisering af aktiviteter, idet mødrene medbringer deres børn til arrangementer, og der derfor skal planlægges børnepasning, for at det kan lade sig gøre.

På samme måde påpeger koordinerende sundhedsplejerske, at projektets organisering i forhold til inklusion af en øget mængde af etniske familier har ændret arbejdsgangen. Det vurderes, at det har haft den konsekvens, at hun har skullet gennemføre langt flere op-ringninger og sende flere sms'er for at sikre, at familierne mødte op til samtaler. Desuden har det været nødvendigt at anvende sundhedsformidlerne på grund af sproglige barrierer. Den koordinerende sundhedsplejerske oplever dette ekstra led i kommunikationsprocessen som en barriere, som forlænger kommunikationsrækken, tager ekstra tid og forstærker usikkerheden om fremmøde til de forskellige aktiviteter. På grund af det manglende fremmøde fra de etniske familier blev det i stedet aftalt, at sundhedsformidleren tog på hjemmebesøg. Gennem tre-fire besøg blev forslag til sund mad, struktur på motions-, spise- og sovevaner samt tid foran tv/pc diskuteret med forældrene. Familierne oplevede det meget positivt, at sundhedsformidleren var en, de kunne tale med på deres eget sprog. Det skabte en tryghedsfølelse og større forståelse for at indse, at de havde behov for ændringer i familielivet. Sundhedsformidleren blev ikke set som en kommunal partner, der kan udgøre en trussel, men som en mere ligeværdig part.

”Altså, at vi har taget den beslutning, at der skulle en sundhedsformidler med ind over for at forsøge at udvikle projektet i den retning, så det er mere hensigtsmæssigt i forhold til de enkelte. Jeg har ikke oplevet det i forbindelse med mit arbejde i projektet, at det har været en lettelse som sådan. Tværtimod, har det været en større udfordring at få familierne med ind, for der har været flere led til familien” (Koordinerende sundhedsplejerske).

Gymnastikken

Data viser, at det har været centralt for børnenes succes med gymnastikken, at den forening og de instruktører, der var tilknyttet, havde de nødvendige faglige og pæda-

gogiske kompetencer til at varetage en børnegruppe, som var motorisk svagere end deres jævnaldrende samt havde mange nederlag i bagagen i forhold til fysisk aktivitet og bevægelse.

Indledningsvist var det tiltænkt, at der skulle være flere foreningstilbud i spil til børnene, men målgruppens profil gjorde, at foreningerne havde meget svært ved at skulle løfte opgaven. Erfaringerne fra projektet viste projektgruppen, at de indledende tanker med at lade børnene indgå i almindelige foreningsaktiviteter ville risikere at udsætte børnene for yderligere nederlag i relation til deres fysiske kompetencer.

“...fordi børnene er alt for sårbare, de vil risikere nederlag, hvis de kommer ud i et eller andet, og der er nogle trænere, som ikke forstår, at det her er sårbare børn og som kan støtte dem på den måde. Så det var vi ret hurtigt enige om, at det simpelthen var for risikabelt og for sårbart. Børnene ville heller ikke få den selvtillid, og det de gerne skulle have ud af at deltage i projektet med sig derfra.” (Projektleder MultiMinen).

For at imødekomme denne sårbarhed hos børnene blev det besluttet at udvide tilbuddet og gymnastikken, således at børnene efter endt projekt kunne fortsætte inden for idrætsforeningens rammer i et lignende tilbud, som ville være i stand til at imødekomme deres behov.

Beslutningen om udelukkende at indgå samarbejde med én forening bliver, ud over argumentet om børnenes sårbarhed, beskrevet af et medlem af styregruppen som en velovervejet tilfældighed. På grund af en allerede eksisterende kontakt til foreningen og foreningens villighed til at medvirke i projektets ideer blev samarbejdet etableret.

“... vi havde mange ideer til, hvad for nogle idrætsgrene, som kunne være hensigtsmæssige for overvægtige børn at dyrke, men som jeg husker det, var der ikke nogen konkrete forhandlinger med andre, det kan være jeg har en erindringsforskydning, men jeg mener det ikke også fordi gymnastikforeningen meget hurtigt vel godt kunne sætte sig ind i vores tanker og ideer og var meget villig til at lave noget særligt for de her børn, så var der ikke noget behov for at kigge videre ud omkring...” (Styregruppedlem MultiMinen).

Det indikeres dog, at der eksisterede en bevidsthed om, at projektet kunne blive sårbart ved udelukkende at fokusere på én forening med én dygtig træner. Ved at gøre træningen foreningsspecifik og personafhængig kunne sygdom eller omorganiseringer få grundlaget for en central del af projektet til pludseligt falde bort.

”Ja det er jo det. Altså sundhedsplejen fungerer jo, de er jo professionelle, så den del kan blive ved med at fortsætte, men om man kan blive ved med at få fat i nogen ildsjæle, som gerne vil arbejde med de her på flere områder, tunge børn, så bliver det følsomt” (Projektleder MultiMinen).

Data viser, at det skaber en udfordring for projektgruppen, at styregruppen både indledningsvis og undervejs i projektet ønsker at udvide de fysiske aktiviteter for børnene til også at rumme andre aktiviteter. Der udtrykkes frustration over, at styregruppen ikke selv dukkede op i hallen og erfarede, hvilke børn og hvilke specielle behov, der var til stede. Holdningen blandt projektgruppens medlemmer er, at børnene var for sårbare til at kunne indgå i andre almindelige idrætslige sammenhænge, hvorimod styregruppen ønskede

og pressede på med, at projektet skulle spredes ud på flere aktivitetsområder. Efter dialog imellem idrætschefen i kommunen, projektgruppen og styregruppen blev det dog besluttet at fastholde konceptet med udelukkende gymnastik. Faglige argumenter fra Greve Familiecenter og træneren omkring børnenes sårbarhed og kropslige kompetencer var den primære årsag til fastholdelsen.

Data viser, at det har været centralt for udviklingen af gymnastikken, at det indledende tilbud kunne udvides med yderligere trænerkapaciteter og hjælpetrænere. På grund af børnenes specielle behov og adfærd var der brug for flere kræfter til at varetage træningen. Det blev opfattet som vigtigt, at der kunne trækkes på ressourcer fra Greve Familiecenter i forhold til at være med i hallen og hjælpe, assistere og give gode råd og vejledning i forhold til at håndtere børnene med specielle behov. Supplerende angiver data, at et direkte samarbejde imellem gymnastikken og projektgruppen var nødvendigt. For at kunne forstå de problematikker, der var omkring det enkelte barn og familien, var opfattelsen, at en viden og sparring omkring familierne, der involverede trænerne, var nødvendigt for det optimale udbytte for børnene af træningen.

“...ret hurtigt finder vi også ud af, at vi må have lidt dialog omkring børnene og familierne, fordi der opstår nogle problematikker omkring børnene og deres adfærd, som jeg synes, at jeg mangler noget sparring på. Når man står og skal observere nogle ting og tage nogle beslutninger, så er det vigtigt at få noget professionel vejledning og nogle andre synspunkter på, hvad de andre oplever i projektet kontra det, vi oplever”.

Muligheder

De primære muligheder, som projektgruppen har oplevet, er beskrevet nedenstående i følgende afsnit: Projektgruppen og Organisering

Projektgruppen

Projektlederen angiver projektgruppen som en meget central forudsætning for projektets gennemførelse. Det har været vigtigt, at projektgruppen har bestået af de forskellige fagligheder, som var i spil i de forskellige dele af projektet. Det har været centralt for projektlederen ikke at blande sig i de enkelte fagligheder, men sikre samarbejde og udveksling af faglighed. Projektgruppen oplever, at det har været en fordel med forskellige fagligheder. Det har sikret diversitet og nuancering i diskussionen af specifikke problemstillinger. Projektgruppen vurderer, at flerfagligheden i gruppen har medvirket til at kvalificere beslutninger, fordi diskussionen ikke har lukket sig om én specifik faglig fortolkning. Projektlederen påpeger desuden, at det har været af stor betydning, at projektgruppens medlemmer har været de samme igennem hele projektet. Data viser, at medlemmerne af projektgruppen ligeledes finder den centrale koordinering omkring projektet, som er foregået løbende og i projektgruppens fælles møder, som helt centralt. Et af medlemmerne udtrykker, at hun har fundet det vigtigt at kunne bidrage med sin faglighed til alle aspekter af projektet. Desuden finder hun det helt essentielt at have indsigt i de inkluderende familier, før hun mødte dem i projektet.

”...jeg har også kunne bidrage til helheden med min viden og min faglighed til hvordan man kan forstå børn, og hvordan man kan forstå de her familier. Hvad er det, de står i og kan der igennem bidrage ud fra min faglighed til, hvordan man kunne gribe det an i gymnastikken, hvis der var nogen vanskeligheder. Hvordan kunne man gribe det an i de andre enheder, hvis der var nogen særlige udfordringer. Jeg har fået viden om, hvad det er for nogle børn og familier, der er i det her projekt, og jeg har fået noget viden om dem, inden de egentlig skulle starte i familietilbuddet.” (Medlem af projektgruppen).

Projektgruppen vurderer, at dens fast strukturerende mødefrekvens (1 gang om måneden) har haft stor betydning for projektets løbende udvikling og kontinuitet. Idet alle deltagere arbejder på projektet ved siden af deres andre arbejdsopgaver, oplever gruppen, at det har været et kardinalpunkt for udviklingsarbejdet, at projektgruppen har fungeret fagligt, men også socialt.

At projektet rekrutterer børn og familier direkte fra sundhedsplejen i et i forvejen etableret system betyder, at projektet har direkte adgang til alle børn og derfor potentielt kan inkludere alle, der falder inden for inklusionskriterierne. I samme henseende fremhæves, at sundhedsplejerskerne udgør en autoritet, og at der derfor fra forældrenes side hersker respekt om de informationer, de modtager vedrørende barnet. Projektlederen oplever det som centralt, at den koordinerende sundhedsplejerske (medlem af projektgruppen) har haft direkte kontakt til såvel projektgruppen som sundhedsplejerskegruppen. Den direkte kontakt til sundhedsplejerskegruppen via eksempelvis personalemøder har betydet at relevante emner fra MultiMinen kunne diskuteres med de andre sundhedsplejersker. Det har betydet, at mange misforståelser og uklarheder er blevet taget i opløbet. Projektlederen peger på, at det har været centralt for projektet, at der fast har været tilknyttet en diætist. Det har været centralt, at den feedback, som forældrene har fået på deres kostadfærd, har været fagligt funderet.

Organisering

Data viser, at projektgruppen oplever det som en stor fordel for MultiMinen, at det har været organiseret som et udviklingsprojekt. Det har været centralt at kunne foretage såvel store som små strukturelle og organisatoriske ændringer. Projektgruppen føler, at det har løftet kvaliteten i projektet at kunne tilpasse tilbuddet til de behov, som familierne i projektet viste sig at have.

“...gudske lov er vi et udviklingsprojekt, så vi er ikke hængt op på, at vi skulle lave det, som vi havde tænkt os første gang. Vi har kunnet lave det om undervejs, og vi har kunnet prøve noget nyt af. Vi har blandt andet kunnet prøve at lave de der mødregrupper og fædregrupper. ...så jeg synes, at rigtig mange gange hen af vejen, der har vi hængt det op på, at det er et udviklingsprojekt... - det er virkelig en god ting” (Projektgruppemedlem).

Fremtidige perspektiver

Data viser, at projektlederen tænker, at det kunne være hensigtsmæssigt for en kommunal setting, på tilsvarende måde som ved rehabiliteringstilbud til ældre borgere, at udbyde specialsyede tilbud med bevægelse og fysisk aktivitet til familier med sårbare og motorisk svage børn.

Styregruppen ønsker i samarbejde med projektgruppen at etablere et nogenlunde lignende system, når projektet ophører. Styregruppen foreslår et tiltag, der strækker sig fra børn på 4½ og til unge mennesker op til 18 år. Styregruppen ønsker et tiltag, der indeholder såvel Greve Familiecenter (der skal introduceres tidligt i forløbet), træning samt kostvejledninger. Projektgruppen påpeger dog, at det er vigtigt for en mulig fremtidig intervention, at tilbuddet målrettes specifikke aldersgrupper.

Projektgruppen anviser, at det især vil være relevant at tænke på at drifte de dele af projektet, som har haft stor succes. Herunder inklusionen til projektet igennem sundhedsplejerskerne. Ligeledes har brugen af sundhedsplejerskerne resulteret i en meget høj fastholdelsesprocent.

“... det, der har fungeret rigtig godt, er den del med, at det er sundhedsplejerskerne, der har rekrutteret til projektet, altså, vi har jo fastholdt stort set alle de deltagere, der er kommet ind i projektet også, og det er jo noget af det, vi har haft stor succes med. Så det tænker jeg vil være noget af det, der i hvert fald skal medføres i den driftede del” (Projektgruppemedlem).

I samme forbindelse understreges, at den koordinerende sundhedsplejerskes rolle har været uundværlig for projektet. Det har været centralt med én fælles indgang til sundhedsplejerskegruppen. Projektgruppen vurderer, at det ville have vanskeliggjort processen, hvis eksempelvis diætist og familievejleder skulle have en kontakt til og et samarbejde med hver enkelt af sundhedsplejerskerne.

Hvis et lignende projekt skal fungere i andre idrætsforeninger, er projektgruppen enige om, at det er centralt, at de instruktører, som skal varetage træningsopgaven, er fagligt kompetente. Med faglig kompetent forstår projektgruppen ikke udelukkende at være træningsfaglig dygtig. Instruktøren skal selvfølgelig kunne varetage træningen, men det er ligeså centralt, at instruktøren kan indgå i interventionen på lige fod med de andre involverede faggrupper. Det er i den forbindelse centralt, at træningen ikke betragtes som et særskilt element, men som et element, hvor det også er nødvendigt at foretage forældre-samtaler og observationer, som kan være anvendelige i resten af interventionen. I et fremadrettet perspektiv påpeger projektgruppen, at det kunne være aktuelt at køre træningsforløb længere end 20 uger. På samme måde anbefaler gruppen, at børnene efter ophør af den indledende træning har mulighed for at blive i foreningen i et lignende tilbud eller har mulighed for at få hjælp til at skifte til andre lignende tilbud eventuelt i andre foreninger.

Data viser, at et andet væsentligt punkt, som projektgruppen fokuserer på, er ressourcerne i projektet. Forudsætningen for, at der har været tid og overskud til at diskutere enkeltsager er, at der har været gode ressourcer (både økonomisk og personalemæssigt) til rådighed. Hvis økonomien havde været mere begrænset eller antallet af inkluderede familier større, havde der ikke på samme måde været mulighed for at samarbejde om vigtige enkeltsager.

Et sidste punkt, som projektgruppen foreslår som vigtigt for en fremtidig intervention af lignende karakter, er et styrket samarbejde omkring børnene mellem skole, klasselærer og SFO. Gruppen påpeger, at det er centralt, at svære sager bliver overleveret imellem de kommunale led, som har mest kontakt med det enkelte barn.

Diskussion

Resultatevaluering

Nedenstående afsnit indeholder en diskussion af resultatevalueringen ud fra data fra de specifikke succeskriterier, spørgeskemaundersøgelsen, samt BMI og trivsel.

Specifikke succeskriterier

Resultaterne viser, at Projekt MultiMinen i relation til de opstillede specifikke succeskriterier for projektet er en succes. Resultaterne viser blandt andet, at projektet er i stand til at inkludere 70% af samtlige henviste familier i projektet. Af disse deltager 98% i samtaler med den koordinerende sundhedsplejerske, og 93% gennemfører det samlede projektføreløb. Deltagelses- samt gennemførelsesprocenten i MultiMinen er høj i sammenligning med andre lignende danske undersøgelser (Gronbæk, Madsen & Michaelsen, 2009). På samme måde viser resultaterne en høj gennemførelsesprocent for såvel kostvejledningen samt gymnastikken. Generelt indikerer resultaterne, at organiseringen af MultiMinen medvirker til at kunne inkludere en meget stor andel af de børn og familier med behov samt at fastholde dem i såvel sundhedsplejen som gymnastikken.

Information om forældre

Resultaterne viser, at det primært er kvinderne (90%), der varetager familiens deltagelse i MultiMinen. Dette stemmer overens med en generel tendens til, at det primært er kvinder, der ønsker at deltage i sundhedsrelaterede interventioner (Westcott, 1977). Fordelingen af deltagende familier med dansk samt anden etnisk oprindelse end dansk afspejler, at andelen af familier med anden etnisk baggrund end dansk er cirka dobbelt så stor (22%) som denne gruppes andel i Greve kommune på cirka 9% målt i juli 2011 (Danmarks Statistik, 2011). Forældrene bevæger sig i gennemsnit 30 minutter én til to gange om ugen, hvor de får sved på panden. Det er i overensstemmelse med, at de familier, der inkluderes til projekt "MultiMinen", generelt ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet om mindst 30 minutters aktivitet af moderat intensitet hver dag (Sundhedsstyrelsen, 2011). Dette er heller ikke tilfældet efter deltagelsen i "MultiMinen".

Forældrene vurderer i gennemsnit, deres nuværende helbredstilstand imellem "god" og "nogenlunde". Ved opfølgingsperioden er deres vurdering tættere på "nogenlunde", hvilket nok snarere afspejler en større bevidstgørelse og erkendelse af deres fysiske tilstand end en reel adfærsændring efter deres deltagelse i "MultiMinen". Dette understøttes ikke af forældrenes opfattelse af, at de generelt lever et sundt liv (7,3 på en skala til 10). Generelt viser resultaterne, at forældrene ikke har forandret deres fysiske aktivitetsniveau og heller ikke har fået et øget selv vurderet helbred som følge af deres deltagelse i projektet. At forældrene ikke i øget grad handler i relation til deres nye viden og indsigt er problematisk, idet forskning viser, at forældrenes deltagelse i fysisk aktivitet har stor betydning for børnenes nuværende og fremtidige livsstil og dermed også deres sundhedsadfærd (Biddle & Mutrie, 2007; Rowland, 1990).

Vægt og BMI

Data viser, at BMI var svagt faldende i undersøgelsesperioden. Faldet var i gennemsnit cirka 2,3%, som dog ikke er statistisk signifikant ($p=0,394$). Resultaterne understøttes af andre undersøgelser, hvor der ved lignende projekter er set mindre vægttab for deltagerne (Sundhedsstyrelsen, 2008; Summerbell et al, 2009). Ved normalvægtige børn stiger BMI i gennemsnit omkring 0,5% om året (Cole et al 2000). Det vil sige at der er en naturlig stigning i BMI, som skyldes den aldersmæssige udvikling for børnene. Hvis børnenes naturlige højdevækst blev sat i stå ville faldet i BMI svare til $2,3\% + 0,5\%$ (2,8%), hvilket forøger effekten yderligere. At effekten ikke er statistisk signifikant kan skyldes det forholdsvis lave antal respondenter i undersøgelsen. Set i relation til beregningerne af BMI SDS, hvor der statistisk tages højde for stigende BMI med stigende alder, viser resultaterne, at 79,6% af børnene opnår en lavere BMI SDS fra baseline til tredje opfølgning. Betragtes dette i relation til den udvalgte referencegruppe i projektet ses, at kun 33,3% opnår et lavere BMI SDS. Disse resultater antyder, at selvom der ikke kan påvises et statistisk signifikant fald i BMI, så indikerer BMI SDS beregningerne, at en meget stor andel af de deltagende børn, relativt i forhold til deres vægt, opnår et lavere BMI. Sammenlignes dette med andre danske interventioner, indikerer resultaterne for projekt MultiMinen en betydelig større andel af børn, der opnår et fald eller uændret BMI SDS (Gronbaek et al., 2009). Det er dog nødvendigt at påpege, at der ikke direkte kan trækkes paralleller imellem grupperne, idet der udelukkende er tale om en konstrueret referencegruppe, og at dataindsamlingen for referencegruppen ikke tidsmæssigt har været struktureret ens med interventionsgruppen.

At vægttabet blandt børnene generelt ikke er større, kan skyldes flere ting. Før det første er en reel forklaring, at målsætningen for flere familier har været, at vægten hos barnet ikke steg yderligere. Udsagn fra interviews understøtter, at målsætningen om decideret vægttab hos børnene ikke blev opfattet som central. En anden forklaring på det minimale fald i BMI kan være, at effekten af gymnastikken, kostvanerne, undervisningen i livsstilsændringer og familierapien ikke har opnået det fulde potentiale i opfølgningsperioden blandt andet på grund af en relativ kort projektperiode.

Yderligere kan indsatsen i familierne i relation til at opnå et decideret vægttab have været begrænset. Fokus i målsætningerne har i højere grad drejet sig om konkrete forhold relateret til ændringer i fysisk aktivitet og kost og ikke direkte på vægttab. Fokus på deltagelse i projektet har blandt andet i højere grad været rettet imod barnets deltagelse i gymnastikken.

Trivsel

I forhold til børnenes selvstændige scoring af deres livsglæde, livskvalitet, appetit, mobning og motivation ses der generelt ingen ændringer i børnenes vurdering af deres egne forhold. Kun i forhold til livskvalitet oplever børnene en statistisk signifikant forskel ($p=0,006$), som illustrerer en positiv udvikling. Resultatet er positivt, idet en hensigtsmæssig vurdering af livskvalitet og selv vurderet helbred kan medføre en forøget tro på og lyst til at engagere sig yderligere i en specifik adfærd (Bandura, 1997; Bjørner, 1997).

I forhold til mobning illustrerer den lave værdi, at børnene, målt på gennemsnitsværdier, ikke vurderer mobning som et stort problem. Betragtes resultaterne fra en lidt anderledes vinkel, ses en anden og måske mere hensigtsmæssig udvikling. Udviklingen i barnets individuelle bedømmelse af deres mobning ser således ud: ud af 53 børn ved opfølgningen er der 14 børn, der hverken oplever mobning før eller ved opfølgningen. 9 børn oplever at de bliver mobbet både ved baseline og ved opfølgning. 5 børn, der ikke blev mobbet ved baseline, oplever, at de ved opfølgningen bliver mobbet. 10 børn, der blev mobbet ved baseline, oplever ved opfølgningen, at de ikke bliver mobbet mere. Der mangler svar fra 15 børn ved opfølgningen. Generelt giver dette et billede af en positiv udvikling i antallet, der bliver mobbet. Om børnenes øgede handlekompetence i forhold til kost og fysisk aktivitet reelt påvirker, hvorvidt de bliver mobbet, kan ud fra projektets organisering ikke belyses entydigt. Det er muligt, at udviklingen ligeså godt kan skyldes forandringer i hjemmet eller skolekonteksten.

I forhold til børnenes oplevelse af deres appetit viser resultaterne en tendens til en nedgang. Denne udvikling kan muligvis skyldes det øgede fokus, der igennem kostvejledningen i projektet er blevet skabt omkring kostvaner. Det er ligeledes muligt, at nedgangen kan skyldes, at børnene via et øget fysisk aktivitetsniveau og ændrede kostvaner udvikler en mere nuanceret opfattelse af deres appetit.

Det øgede fokus på appetit hænger muligvis sammen med børnenes udvikling i motivationen for vægttab. Generelt viser resultaterne en ret høj motivation for vægttab hos børnene ved såvel baseline som ved opfølgningen. Opfølgningsresultatet viser dog en lille stigning i motivationen for vægttab. Resultaterne tyder også på, at børnenes kropsoptagelse er blevet styrket. Dette understøtter, at det øgede fokus på fysisk aktivitet og kost i MultiMinen har påvirket børnenes bevidsthed og handlekompetence i forhold til bevægelse, appetit og motivation for vægttab.

Kost

Handlekompetence

I relation til udviklingen af handlekompetence i familierne viser resultaterne, at forældrenes opfattelse af deres kostvaner ændrer sig. Resultaterne indikerer, at MultiMinen skaber en større bevidsthed omkring definitionen af sunde kostvaner. Idet andelen af de forældre der vurderer, at deres barn helt sikkert spiser sundt, falder, og andelen der vurderer, at deres barn til dels spiser sundt, stiger, indikerer data, at forældrene igennem projektet har opnået en mere nuanceret opfattelse af familiens spisevaner. Umiddelbart viser data ikke, at børnene spiser sundere ved opfølgningen men derimod snarere, at forældrene bedre er blevet i stand til at forholde sig kritisk til de madvarer, som deres barn indtager. Forældrenes kommentarer til barnets mad- og måltidsvaner illustrerer også en øget opmærksomhed på valg af madvarer samt mængden, der indtages.

I forhold til spørgsmålet om ændring af vaner omkring morgenmad, frokost og aftensmad viser data kun mindre ændringer, som ikke entydigt peger imod en bestemt udvikling. Alle besvarelser ligger i kategorierne hver dag og næsten hver dag, hvilket tyder på,

at familierne er ret stabile i forhold til at spise de tre hovedmåltider. Umiddelbart virker det ikke til, at familiernes deltagelse i projektet har påvirket til en bestemt handling i forhold til måltiderne. Den største negative ændring er, at 25% ved opfølgningen angiver, at børnene spiser morgenmad ”næsten hver dag”. Dette fald fra baseline kan måske forklares af en større ærlighed eller opmærksomhed fra forældrene. Tal fra ”Danskernes måltidsvaner, holdninger, motivation og barrierer for at spise sundt 1995-2008” viser, at danskere med årene er blevet dårligere til at spise morgenmad sammen. Der var 36% i 2005-2008, der angav at de ikke spiste morgenmad sammen i familien (Groth et al, 2009). Således er det muligt, at forældrene i de deltagende familier ikke altid er til stede, når deres børn spiser eller skulle have spist morgenmad. Dette kan muligvis medvirke til at forklare faldet i antallet af børn, der spiser morgenmad, fra baseline til opfølgningen.

Generelt viser resultaterne, at der fra familiernes side er opnået en øget handlekompetence i forhold til kost. Data viser en hensigtsmæssig udvikling i børnenes indtag af usunde og kaloriefyldte madvarer. Data fra opfølgningen viser en klar nedgang i andelen af børn, der spiser slik, chokolade, is, chips, burger og pomfritter. Der sker en kraftig nedgang i andelen, der får disse madvarer dagligt eller næsten dagligt, og ligeledes opleves en nedgang i andelen, der spiser disse madvarer ugentligt.

Som understøttelse til dette viser data ligeledes, at børnene fast spiser frugt, grøntsager samt rugbrød hver dag eller næsten hver dag. Det er dog ikke muligt at præcisere, hvorvidt de mængder af sunde madvarer, som børnene indtager, imødekommer sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Børnenes ændring i indtag af madvarer afspejler ikke kun en øget bevidsthed hos familierne omkring hvilke madvarer, der ikke er hensigtsmæssige at indtage, men illustrerer ligeledes udvikling af konkret handlekompetence i forhold til at handle på anbefalinger fra projektet.

Fysisk aktivitet

Generelt er en øgning af fysisk aktivitet for overvægtige børn positivt for udviklingen af fysiske kompetencer og for fastholdelsen af disse (Andreassen, 2010). De deltagende familier i MultiMinen svarer ved opfølgningen, at flere børn er mere regelmæssigt fysisk aktive. Gruppen af børn, der ”Hver dag” eller ”Næsten hver dag” er fysisk aktive, er steget, hvorimod gruppen af børn, der næsten aldrig er fysisk aktive, er faldet. Tendensen til et øget fysisk aktivitetsniveau blandt børn, der deltager i et projekt med bevægelse som fokus, ses ligeledes i evalueringen af andre og lignende danske projekter (Andreassen, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2008; Lund, 2009). Undersøgelser viser ligeledes, at der er en positiv sammenhæng mellem tidligere gode erfaringer med fysisk aktivitet og motivationen for samme (Hagger et al, 2001). Omvendt viser et review omhandlende forebyggelse af overvægt hos børn, at der ikke umiddelbart kan registreres en forskel i mængden af fysisk aktivitet for deltagere i en intervention versus en kontrolgruppe (Summerbell, 2009). I projekt ”MultiMinen” kan tendensen til et øget fysisk aktivitetsniveau hos børnene eventuelt skyldes den øgede opmærksomhed på fysisk aktivitet fra projektets samt forældrenes side. At børnenes deltagelse i gymnastik er en fast og organiseret del af projektet, og

således ikke noget forældrene selv skal opsøge, kan ligeledes bidrage væsentligt til den hensigtsmæssige udvikling. Undervisning i og fokus på fysisk aktivitet ved forældremøder og møder ved sundhedsplejersken kan ligeledes være en forklaring på udviklingen. Supplerende kan lysten og opmærksomheden opstå hos barnet selv, der via deltagelsen i gymnastikken i projektet potentielt oplever forbedret fysisk handlekompetence og større kropslig selvtillid (fig. 7) (Gallahue, 1998; Rowland, 1990).

Fysisk aktivitet, forældre og børn

Motivation for fysisk aktivitet influeres af omgivelserne som eksempelvis vennerne og miljøet, men i særlig høj grad af forældre- og søskendeadfærd (Horn og Horn, 2007). Til spørgsmålet ”hvor ofte laves aktiviteter med børnene, der giver sved på panden”, ses en positiv tendens til, at forældrene er mere fysisk aktive med deres børn. Det er muligt, at deltagelsen i projektet bidrager til, at forældrene betragter sig selv anderledes og i højere grad som eksempelvis motiverende rollemodeller for deres børn. Litteraturen understøtter de sociale relationer omkring barnet som centrale for de vaner, der etableres, og de beslutninger, der træffes, i familierne i relation til fysisk aktivitet (Hornstrup et al, 2005). Levevilkår samt de sociale relationer har ligeledes en indflydelse på, hvordan udviklingen af nye vaner omkring fysisk aktivitet for både det overvægtige barn og for barnets forældre foregår (Johannesen, 2005; Jensen og Johnsen, 2000).

Stillesiddende aktiviteter

Inaktivitet har en ugunstig effekt i forhold til vægt og sundhed (Kiens et al, 2007). En analyse af tiden barnet bruger på stillesiddende aktiviteter kan indikere, hvorvidt familierne udvikler handlekompetence i relation til behovet for et øget fysisk aktivitetsniveau. Resultaterne fra MultiMinen viser en tendens til, at tiden brugt på de stillesiddende aktiviteter er faldende. Dette indikerer, at børnene og forældrene igennem deltagelsen i projektet, er blevet mere opmærksomme på inaktiv adfærd, og at forældrene således har opnået øget viden om og forståelse for nødvendigheden af at diskutere tidsforbruget på stillesiddende aktiviteter med børnene. En positiv effekt af øget opmærksomhed på fysisk aktivitet i stedet for passiv underholdning i fritiden ses ligeledes i andre studier af børn og overvægt (Andreassen, 2010; Lund, 2009; Sundhedsstyrelsen, 2008). Det er dog nødvendigt at fortolke resultaterne med forsigtighed, idet spørgsmålene vedrørende inaktivitet er besvaret på forskellige tidspunkter af året. Årstiden i Danmark har indflydelse på mængden af stillesiddende indendørs aktiviteter, hvor tidsforbruget øges i efterårs og vintermånederne. Se eksempler på børnenes primære aktiviteter i tabel 19 i bilag 1.

Ændringer af kost- og motionsvaner

Ændringerne vist i relation til kost- og motionsvaner hos de deltagende familier i ”MultiMinen” illustrerer udviklingen af handlekompetence set i relation til den ønskede målsætning med projektet. De fleste familier (89%) svarer, at de har ændret kostvaner, hvilket følger tendensen fra evalueringen af flere andre kommunale projekter (Sundhedsstyrelsen, 2008). Spørgeskema- samt interviewundersøgelsen viser, at det primært drejer sig

om enkelte mad- og drikkevarer, der er ændret i familierne. At familierne primært udtrykker sig positivt i forhold til ændring af kostvaner og ikke i samme grad motionsvaner kan muligvis forklares ud fra, at det kan virke mere overskueligt at ændre på konkrete forhold som eksempelvis indtag af sodavand, chokolade eller mængden af grøntsager. Familiernes fokus på den ændrede handlekompetence i relation til kosten og ikke i samme grad motionsvaner kan også skyldes, at fokus i vejledningen hos sundhedsplejerskerne og ved den kliniske diætist har været rettet mere mod ændringer af kosten end mod ændringer af motionsvaner. Desuden har hele familien deltaget i tilbuddet omkring kostændring, hvorimod den fysiske aktivitet udelukkende har været for barnet. Idet det udelukkende er barnet, der får udviklet handlekompetence på det fysiske område, er det langt sværere for familien at lade adfærden ”smitte” og lade det blive en del af deres hverdag på samme måde som kosten. Fysisk aktivitet og bevægelse har måske heller ikke været en naturlig del af hverdagen hos familierne, og springet fra at være inaktiv til aktiv kan derfor være meget stort (Hagger et al., 2002). Data i projektet viser, at der er en tendens til øget fysisk aktivitet i familierne. Cirka 50% af familierne svarer, at de ikke har ændret eller ikke ved om de har ændret deres motionsvaner, hvilket indikerer, at en gennemgribende adfærdsændring på motionsområdet er vanskelig (Biddle & Mutrie, 2007; Summerbell et al, 2009). Dog fremhæver forældrene, at de føler sig bedre rustet til at støtte deres barn efter deltagelsen i MultiMinen.

Samme vanskeligheder med ændring af adfærd fremhæves i evalueringen af et lignede projekt i Varde (Lund, 2010). En forklaring kan være, at ændring af motionsvaner kræver, at både børn og voksne ”handler” (Mølgaard et al, 2007). Idet kost allerede er en naturlig del af hverdagen for familierne, og at der hver eneste dag skal træffes valg / fravalg i forhold til dette kan det lette overgangen fra intervention til handling. Resultaterne, især i forhold til fysisk aktivitet, understreger, at det er centralt, at en hensigtsmæssig sundhedsadfærd grundlægges i barndommen.

Evaluering af Multimin

Generelt vurderer forældrene, at de har været meget tilfredse med den måde, som Multimin har været organiseret på. 95% udtrykker, at de har haft en meget stort eller stort udbytte af deres deltagelse. De udtrykker bred enighed om, at informationen om projektet før og undervejs har været meget god. Dog udtrykker en stor andel, at informationen vedrørende Greve Familiecenter ikke har været tilstrækkelig.

Data viser ligeledes, at forældrene har været meget tilfredse med den individuelle og fælles kostvejledning samt samtalerne med sundhedsplejersken på skolen. Udbyttet fra Greve Familiecenter problematiseres, hvor kun 21% vurderer, at de har haft et stort udbytte, og 52% svarer, at de ikke har deltaget. Ligeledes har forældrene været tilfredse med organiseringen af gymnastikken, hvor langt størstedelen angiver, at antallet af mødegange har været tilfredsstillende. Til gengæld påpeges det, at tidspunktet for træningen har ligget for tidligt på dagen, og at det har skabt problemer i forhold til forældrenes arbejdsdag. En stor andel af forældrene udtrykker, at de vurderer, at projektperioden har været for kort.

Overordnet udtrykker familierne stor tilfredshed med deres deltagelse i MultiMinen. Idet undersøgelser viser, at organiseringen af tilbud har stor betydning for familiernes barrierer (Biddle & Mutrie, 2007; Sallis & Hovell, 1990), bør det overvejes, hvorvidt en senere placering af gymnastikken ville have resulteret i et større fremmøde til projektet. På samme måde indikerer evalueringen af Greve Familiecenter, at informationer om samt en tydeligere organisering af dette tilbud kunne have øget familiernes deltagelse.

Procesevaluering

Handlekompetence

Målsætning

På trods af at familierne i spørgeskemaet skulle angive målsætninger samt angive, i hvilken grad de følte at de blev opfyldt (fig. 22), viser resultaterne, at de interviewede familier svarer, at de ikke har benyttet sig af at arbejde med en tydelig målsætning, for eksempel barnets væggtab. Familierne svarer, at væggtab blev betragtet som en sidegevinst. Ud fra udtalelserne indikerer data, at familierne ikke primært er målorienterede, men snarere procesorienterede (Henriksen, Hansen & Hansen, 2007; Vallerand, 2007). Måske kan det være, at målsætningerne i projektet, selvom de har været brugt som et aktivt element, har været for langsigtede eller for upræcise. Det er desuden muligt, at forældrene ikke har opfattet målsætningerne som vigtige på samme måde, som de ansatte i projektet har. Undersøgelser viser, at det er centralt for motivationen, at målsætninger er specifikke, målbare, attraktive, realistiske samt tidsafgrænsede (Henriksen et al., 2007; Vallerand, 2007). I relation til at arbejde procesorienteret understreger forskning, at dette kan være fordelagtigt på sigt, idet udvikling og opnåelse af delmål i langt højere grad vil motivere og give positive handleerfaringer, som kan anvendes i andre og lignende situationer, hvor fokus er ansvar for egen sundhed (Jensen, 2006). I modsætning hertil kan ingen eller uambitøse mål føre til manglende engagement og kedsomhed, og således giver deltagelse og indsats ikke mening for forældre og børn i MultiMinen (Henriksen et al., 2007). En anden forklaring på, at der primært er fokus på handlekompetence i relation til kost, kan være, at organiseringen af og indholdet af ”MultiMinen” ikke i tilstrækkelig grad har animeret familierne som helhed til at arbejde med konkrete målsætninger om fysisk aktivitet. Selvom fysisk aktivitet italesættes i målsætningerne for familierne ved baseline, lader det til, at fysisk aktivitet i højere grad har været et projekt for barnet, hvorimod kostmønstret i højere grad har været et projekt for hele familien. Dette står i modsætning til antagelserne om, at motivation rummer en retningsbestemmelse eller et mål (Vallerand, 2007; Maehr & Braskamp, 1986). Det resulterer muligvis i, at deltagelsen i MultiMinen måske ikke bidrager til, at familierne opnår tilstrækkelig motivation og handlekompetence til at ”handle” i relation til alle projektets dele, herunder især fysisk aktivitet.

Vedholdenhed og evner

Data viser, at familierne generelt er refleksive i forhold til vedholdenhed og udtrykker indsigt i fordelene ved barnets nye kost- og motionsvaner. I evalueringen af lignende projekter ses resultater der viser, at refleksion ikke nødvendigvis afspejles i vedholdenhed og derved faldende vægt hos børnene og desuden, at vaner omkring kost og motion er svære at ændre (Andreassen, 2010; Summerbell, 2009). I relation til dette kan det være en fordel for de deltagende familier i ”MultiMinen”, at projektperiodens længde understøtter refleksion og vedholdenhed. Fordelingen af møder og individuelle samtaler løbende over interventionsperioden kan være medvirkende til at skabe rammer for fastholdelse af nye kost- og motionsvaner.

Data indikerer, via udsagn fra såvel børn og forældre, at den fysiske træning for børnene i projektet, opleves positivt. Børnene oplever at have evner eller kompetencer i forhold til fysisk aktivitet, som de ved baseline ikke troede de havde. I litteraturen fremhæves netop oplevelsen af evner og kompetence som centrale for at udvikle motivation og sikre fastholdelse i en bestemt adfærd (Deci & Ryan, 1991; Henriksen et al., 2007; Vallerand, 2007). Argumenterne fra såvel data som litteraturen understøtter, at den fysiske aktivitet i MultiMinen muligvis bør være et centralt element over en længere tidsperiode for at sikre en fortsat udvikling af handlekompetence hos børnene. Som argumenteret ovenstående er det tydeligt, at forældrene mangler udvikling af fysisk handlekompetence. En forlængelse af det fysiske element i ”MultiMinen” vil kunne understøtte dette. Det er dog centralt, at forældrene i langt højere grad involveres eller selv er fysisk aktive for at hele familiens udvikling i fysisk handlekompetence tilgodeses.

Selvbestemmelse

At have et frit valg udtrykker flere familier som noget positivt. Familierne understreger at deres selvbestemmelse har haft positiv betydning for ændringer i familiens vaner. Dette understøttes af motivationsteori, der argumenterer for, at selvbestemmelse (involvering og frit valg) er en vigtig faktor for oplevelsen af indre motivation (Deci & Ryan, 1991; Deci & Ryan, 2000).

Forældre- og søskendeindflydelse

Interviewene illustrerer, at adfærden fra forældre og søskende har stor betydning for indoptagelse og fastholdelse af ny adfærd. Påvirkningen fra forældre og søskende kan således være både negativ og positiv (Lund & Due, 2002; Horn & Horn, 2007). Data viser, at forældrene under projektperioden øger deres refleksivitet i forhold til deres indflydelse på barnets motivation for både kost- og motionsændringer. Flere udsagn viser, at forældrene tilkendegiver bevidsthed om deres motiverende rolle overfor barnet og dermed deres potentielle indflydelse på barnets adfærd. Forældrene er, i tråd med ovenstående, mest refleksive omkring egne og barnets kostvaner. Motionsadfærd eller mangel på samme er umiddelbart ikke genstand for refleksion på samme måde. En mulig forklaring kan være, at familierne ubevidst har konstrueret en dagligdag, hvor tidsfaktoren spiller en central rolle. Det opleves derfor som nødvendigt at transportere sig selv og børnene i bil til og fra

arbejde, til indkøb og skole. Tidsfaktoren beskrives i litteraturen som en væsentlig barriere for at være fysisk aktiv (Pilgaard, 2008; Horn & Horn, 2007). Dette kan resultere i en rutinemæssig planlægning af hverdagen, hvor det bliver vanskeligt for familien at prioritere, hvilke af deres sædvanlige aktiviteter, der skal erstattes af fysisk aktivitet. Denne prioritering kan være vanskelig og opleves som uoverstigelig (Pilgaard, 2008; Bonke & Greve, 2010). Det er derfor helt centralt, at familiernes levevilkår og livsstil (Eichberg, 1993; Johannessen, 2005; Jacobsen, 1991) tages i betragtning for at sikre familiens og barnets motivation for og deltagelse i fysisk aktivitet fremadrettet.

Ud over forældre og søskende har kammerater, omgivelserne og deltagelsen i et projekt ligeledes betydning for den fortsatte motivation for den specifikke adfærd (Vallerand, 2007). Data illustrerer også dette. Familierne udtrykker, at de især er positive overfor at være en del af et projekt, hvor der hele tiden er ”nogen”, der tager ansvar, tager fat i dem og tilbyder opfølgning og nye tiltag. Erfaringer fra andre danske projekter viser, at varigheden af projekter kan være et problem (Lund, 2009; Andreassen, 2010). Idet projektet ophører, er det hensigten, at familierne med de overvægtige børn skal have erhvervet handlekompetence til at håndtere livsstilsændringerne på egen hånd. Fra evalueringen af et lignende dansk projekt ses, at effekt målt på vægt og BMI hos de deltagende børn, efter projektet er slut, nærmer sig eller returnerer til udgangspunktet (Lund, 2009). anbefalingerne er derfor at planlægge et løbende udslusningsforløb og desuden øge opmærksomheden på tidsperspektivet i ændring i motionsvaner i familier (Lund, 2009; Andreassen, 2010).

Indsigt, engagement og kritisk sans

Resultaterne viser, at deltagelse i ”MultiMinen” bidrager til at give familierne indsigt i sundhedsfremmende forhold, samt at de bliver mere kritiske i relation til egne kost- og motionsrelaterede handlinger. Dette illustreres ligeledes i andre lignende projekter (Andreassen, 2010). Der er til gengæld også udsagn, der peger i en anden retning. Familierne udtrykker bekymring i forhold til, at ikke alle familiemedlemmer bakker op omkring projektet. Dette lader til at være en barriere, idet forældrene er kede af den uenighed og splittelse, der opstår i familien. Undervejs i projektet, blev der fra forældrenes side givet udtryk for, at også bedsteforældre er en udfordring for mange forældre, da disse mener at have en ret til at forkæle børn med slik og sodavand, og derved modarbejder forældrenes indsats om sunde vaner. Splittelsen i familien lader til at have stor betydning for engagementet i projektet og den fremadrettede fastholdelse. Omvendt illustrerer data også, at et fælles engagement i familien skaber et engagement og troen på, at vaner kan ændres.

Opsummerende kan det siges, at ”MultiMinen”, ved to ugentlige træningspas for børnene, skaber et tilhørsforhold, hvor fysisk aktivitet er omdrejningspunktet. Børnene fastholdes, oplever øgede fysiske kompetencer og evner samt skaber relationer til ligestillede. Det påvirker deres selvtillid i positiv retning, og børnene opbygger positive handleerfaringer. Forældrene påvirkes til øget opmærksomhed og refleksion omkring især kost, men også motionsvaner. Den tilbudte vejledning og undervisning er baseret på at tage udgangspunkt i den enkelte familie, deres ønsker og behov i forhold til arbejdet med en livsstilsændring.

Kompetenceudvikling

Generelt vurderer gruppen af sundhedsplejersker sig som en meget bred gruppe med forskellige kompetencer, både hvad angår faglighed som anciennitet. Der er enighed om, at sundhedsplejerskerne som helhed vurderede deres grundlæggende faglighed forud for igangsættelse af projektet som tilstrækkelig. De oplever, at de ofte har siddet i lignende situationer over for børn og forældre og kan bruge erfaringerne derfra til MultiMinen. Sundhedsplejerskerne udtrykker, at de uddannelsestilbud, som de har været igennem i forbindelse med projektet, alle har været relevante og spændende. De udtrykker, at det har været centralt at få sat ord og yderligere faglighed på deres daglige praksis. Sundhedsplejerskerne vurderer, at kompetenceudviklingen har været en mulighed for at sætte ord på og diskutere deres daglige praksis. Der angives, at dagligdagen er så kompakt, at den sjældent levner tid til refleksion, og det har dagene med kompetenceudvikling åbnet muligheden for.

Dog vurderer sundhedsplejerskerne, at deres kompetenceudvikling inden for kost og fysisk aktivitet har været på et for overordnet niveau. Det har været for vanskeligt for dem at implementere den nye viden i praksis i forhold til familierne i MultiMinen. Desuden angiver gruppen, at de redskaber, de har opnået igennem kompetenceudviklingen, primært har været anvendelige i forhold til inklusionen til projektet. Gruppen udtrykker, at de har savnet udvidede kompetencer til at følge op på de familier, som på trods af interventionen ikke har opnået de ønskede resultater. Ligeledes oplever gruppen af sundhedsplejersker, at de ikke har opnået tilstrækkelige kompetencer til at varetage den vanskelige samtale med forældre, der bevidst eller ubevidst ikke ønsker at tage ansvar for deres børns overvægt. De oplever det som problematisk at sidde til samtaler med barnet og familien og skulle problematisere barnets overvægt i de situationer, hvor forældrene ikke selv tager teten og erkender problemet. Sundhedsplejerskerne peger dog på, at henvisningen til et konkret tilbud som eksempelvis MultiMinen har hjulpet i samtalsituationen. Gruppen udtrykker et behov for fortsat efter MultiMinens ophør at kunne henvise familier med samme behov til andre tilbud i kommunen.

Ud fra resultaterne er det helt centralt, at behovet for kompetencer hos den sundhedsfaglige gruppe, der skal håndtere inklusion og opfølgning hos lignende grupper, analyseres grundigt forud for initiering af et tilbud. I MultiMinen har kompetenceudviklingen, der har været foretaget undervejs, været tilstrækkelig til at kunne håndtere inklusionen og de familier, som har haft succes med projektet. Til gengæld har kompetenceudviklingen været utilstrækkelig til, at sundhedsplejerskerne har kunnet håndtere løbende og opfølgende rådgivning i kost og fysisk aktivitet i de familier, der ikke har haft succes med MultiMinen. Derfor vil det i et fremtidigt perspektiv være vigtigt, at det centrale sundhedspersonale bidrager disse kompetencer forud for lignende interventioner. Hvis ikke det centrale sundhedspersonale har eller bidrager disse kompetencer, tyder resultaterne på, at det er vigtigt, at personalegruppen kan henvise til andre tilbud, således at de familier med problematiske forhold og størst behov for hjælp ikke tabes i systemet. Sundhedsplejerskerne i projekt MultiMinen anbefaler, som en mulig løsning på denne problematik, at tilbyde interventionen i mindre stykker og ikke som en samlet pakke. Argumentet er,

at en del familier af ressourcemæssige årsager kan have vanskeligt ved at tage imod en så intensiv og tidsmæssigt krævende intervention. En yderligere pointe fra gruppen er, at det er helt centralt, at politikerne bevidstgøres i forhold til overvægtsproblematikken hos børnene, og at interventioner eller tilbud i den henseende forankres lokalt og er synlige i forhold til borgerne.

Brugen af sundhedsformidlerne i projektet lader til at have været misforstået fra gruppen af sundhedsplejersker. Det ser ud til, at forventningsafklaringen imellem projektgruppen, sundhedsplejerskerne samt sundhedsformidlerne omkring fagligheden ikke har været på plads. Forventningen til sundhedsformidlernes faglighed kan muligvis have været misforstået, idet sundhedsformidlernes rolle ikke primært var at formidle sundhedsplejerskernes viden, men snarere at åbne døre og formidle ind i en kultur, som sundhedsformidlerne havde særlig viden om og kompetencer til at kommunikere med.

Projektgruppens evaluering

Styregruppe

Projektgruppen peger på styregruppen som et nøglepunkt for sundhedsprojekter i en kommunal kontekst. Der er centralt for den interne kommunale styring, at styregruppen i projektet bidrager til planlægning af de overordnede retningslinjer i et projekt, samt at mindst et styregruppemedlem har beslutningskompetence på ledelsesniveau. Gruppen peger på, at det kan skabe problemer for et projekts forankring og fokus, hvis medlemmer af styregruppen udskiftes. Derfor opleves det som centralt for projektgruppen, at eventuelle nye medlemmer af en styregruppe har interesse i projektet samt grundigt får overleveret vigtige informationer. Derfor oplever projektgruppen det ligeledes som centralt, at styregruppen og projektgruppen mødes med jævnlig frekvens for at kunne overlevere information og diskutere projektets status.

Organisering

Projektgruppen peger på, at for fremtidige projekter er det vigtigt, at delene inden for interventionen forankres i den eksisterende ledelsesstruktur. Det er vurderingen, at det skaber unødvendige og langsommelige processer, hvis kommunikationen ikke går direkte igennem ledelsesleddene. Dette eksemplificeres i nærværende projekt ved organiseringen af Greve Familiecenter.

Det påpeges ligeledes, at det er centralt for projektets kontinuitet, at udskiftning i personalegrupper foregår så smidigt som muligt. Det er i denne forbindelse helt centralt med en fyldestgørende overlevering af information omkring projektet samt de inkluderede familier. Hvis dette ikke foregår, kan konsekvensen være, at familierne oplever projektet som usammenhængende og de enkelte dele som løsrevet fra de andre. Dette kan indebære fravalg af dele af interventionen, som det også blev set i MultiMinen omkring familiernes manglende deltagelse i Greve Familiecenter.

Det angives, at projektgruppen er en meget central forudsætning for projektets gennemførelse. Det opleves som vigtigt, at projektgruppen har bestået af forskellige fagligheder,

for at sikre diversitet og nuancering i diskussion af specifikke problemstillinger. Det vurderes desuden, at det er af stor betydning, at projektgruppens medlemmer har været de samme igennem hele projektet. Dette understøttes, i projektgruppen, af en generel oplevelse af, at kontinuitet i de organisatoriske led i interventionen er af meget central betydning for interventionens succes.

Et andet centralt organisatorisk punkt, der vurderes at have betydning for interventionens succes, er at projektet rekrutterer børn og familier direkte fra sundhedsplejen i et i forvejen etableret system. Det betyder derfor, at projektet har direkte adgang til alle børn og derfor potentielt kan inkludere alle de børn, der falder inden for inklusionskriterierne. Denne måde at organisere projektet på kan i forbindelse med andre interventioner sikre adgang til en komplet børnegruppe og derved inklusion af alle, der måtte have behov. I relation til sundhedsplejerskernes arbejde relateres det til, at sundhedsplejerskerne udgør en naturlig autoritet, og at forældrene derfor respekterer de informationer, som de modtager vedrørende barnet. Dette understøttes af andre undersøgelser, der peger på sundhedspersonalet som betydningsfulde personer for såvel inklusionen som fastholdelsen i interventioner (Bredahl & Roessler, 2011; Fleming & Godwin, 2008; Schutzer & Graves, 2004). I forbindelse hermed opleves det som centralt for sundhedsplejerskernes autoritet og mulighed for at inkludere, at den koordinerende sundhedsplejerske har haft direkte kontakt til såvel projektgruppen som sundhedsplejerskegruppen.

Data viser, at et andet væsentligt punkt, som projektgruppen fokuserer på, er ressourcerne i projektet. Forudsætningen for at der har været tid og overskud til at diskutere enkeltsager, er at der har været gode ressourcer (både økonomisk og personalemæssigt) til rådighed. Hvis økonomien havde været mere begrænset eller antallet af inkluderede familier større, havde der ikke på samme måde været mulighed for at samarbejde om vigtige enkeltsager.

Et sidste punkt, som projektgruppen foreslår som vigtigt for en fremtidig intervention af lignende karakter, er et styrket samarbejde omkring børnene med skole, klasselærer og SFO. Gruppen påpeger, at det er centralt, at svære sager bliver overleveret imellem de kommunale led, som har mest kontakt med det enkelte barn

Varigheden af projektet blev også problematiseret af projektgruppen. De opfattede projektperioden på 20 uger som for kort til forankring af adfærdsændring. Dette understøttes af undersøgelser der påpeger, at forandringsperioden minimum skal være 6 måneder for at have effekt (Marcus & Simkin, 1993; Marcus & Simkin, 1994; Marshall & Biddle, 2001). Derfor kan det anbefales i fremtidige interventioner, der omhandler komplekse adfærdsmønstre, at sikre en projektvarighed, på over 6 måneder for at sikre, at den nye tillærte adfærd stabiliseres.

Projektgruppen peger på, at der muligvis har været for meget fokus på ændring af specifikke kost- og bevægelsesmønstre i stedet for fokus på familiære interaktionsmønstre. Projektgruppen foreslår, at fremtidige lignende interventioner med fordel kan tage udgangspunkt i udvikling af disse interaktionsmønstre forud for arbejdet med ændret kost og øget bevægelse. Det understøttes af litteratur der understreger, at adfærd snarere er determineret af systemiske forhold frem for individuelle præferencer og forhold (Biddle & Nigg, 2000; Iversen, 2002; Uexküll, 1996).

Det påpeges også, at det for de mere ressourcesvage familier kan være overvældende at skulle ændre mange ting samtidig, og at de familier i interventionen, der ikke lykkes med dette, eller forventer at de ikke lykkes, derfor opgiver og melder fra. Dette understøttes af forskning der viser, at det er centralt for den vedvarende motivation for adfærdsændring, at familierne og individerne oplever succes. Oplever familierne ikke kompetence og succes, er sandsynligheden for udeblivende resultater markant større (Bandura, 1997; Biddle & Mutrie, 2007; Deci & Ryan, 1991).

Det er i denne forbindelse også relevant at problematisere ansvarlighedsfølelsen for de familier, der deltager i projektet. Ved at lade projektet have en kraftig ekstern styring og ved at lade kommunen påtage sig en stor del af ansvaret for den ønskede ændring er der risiko for, at de deltagende familier vil fralægge sig deres eget ansvar og lade den ønskede succes være afhængig af kommunens indsats. Ansvaret bliver derved taget fra familierne, og forventningen fra familierne bliver derfor, at kommunen vil påtage sig ansvaret for, at de bliver ”raske” eller ”normale”. Idet ændring af kost- og motionsvaner er komplekst, og kræver en langvarig og konsistent indsats, er det centralt, at lignende interventioner sigter imod at gøre familierne ansvarlige eller medansvarlig for ændringen undervejs, men i særdeleshed også efter projektet (Thing, 2007).

Det tydeliggør også nødvendigheden af at diskutere målgruppen for fremtidige interventioner som MultiMinen. I data tydeliggør projektgruppen, at de primært ser tre typer af familier i interventionen: de der godt er klar over problematikken og bare skal have et skub, de der er klar over problematikken, men ikke har ressourcerne til at håndtere en ændring, og de der er glade for kommunens gratis tilbud, men ikke ønsker at involvere sig yderligere. I den forbindelse bør det overvejes, om målgruppen for en tilsvarende intervention ikke skal præciseres yderligere. Projektgruppen påpeger, at de har haft størst succes med de familier, som ”bare” havde brug for et skub i den rigtige retning. Derfor bør det i kommunalt regi overvejes, om de mere ressourcesvage familier skal tilbydes en anden form for intervention, der måske sætter fokus på ressourceproblematikken frem for konkrete sundhedsfremmende ændringstiltag.

Et afsluttende element som projektgruppen peger på som centralt, er at en øget inklusion af familier med anden etnisk oprindelse end dansk stiller større krav til interventionen omkring organisering af tilbud samt introduktion af flere led i kommunikationsrækken (eksempelvis sundhedsformidlere). Erfaringer fra andre interventioner med etniske familier dokumenterer samme problematik. Derfor bør kommunen gennemtænke dette aspekt i forbindelse med initiering af lignende interventioner.

Gymnastikken

I forhold til det fysiske element af MultiMinen viser data, at det kan være centralt for projektets succes, hvordan organiseringen af dette er tilrettelagt. Indledningsvist viser data, at det er centralt, forud for interventionen at afsøge mulighederne for samarbejde med de frivillige foreninger. Herunder er det væsentligt, at det afklares, hvorvidt foreningerne har de påkrævede kompetencer til at varetage fysisk aktivitet for en sårbar og krævende børnegruppe. Herunder om instruktørerne i de pågældende foreninger besidder de nød-

vendige faglige og pædagogiske kompetencer. Undersøgelser viser, at instruktørens rolle er væsentlig i forhold til at sikre børnene følelsen af succes og kompetence og derved også lysten til fysisk aktivitet efterfølgende (Biddle & Mutrie, 2007). I projektet blev der kun etableret samarbejde med én forening, hvilket projektgruppen peger på var usikkert i forhold til kontinuitet, blandt andet på grund af sårbarheden ved sygdom. Idet målsætningen for projektet ligeledes var, at de deltagende børn skulle inspireres til at fortsætte i andre foreningsaktiviteter efter interventionen, ville det have betydet større mulighed for sådanne valg, hvis en bredere vifte af foreninger var repræsenteret. Netop valgmuligheder og muligheden for variation i aktivitet er vist i undersøgelser som vigtige for børns lyst til bevægelse og fysisk aktivitet (Biddle & Nigg, 2000; Sallis & Hovell, 1990). Projektgruppen peger ligeledes på, at de foreninger som skal samarbejde med kommunen omkring interventionen, skal være i stand til løbende at foretage organisatoriske ændringer for at imødekomme interventionsgruppen. På samme måde er det essentielt, at foreningen er indstillet på at indhente samt sikre overlevering af informationer af betydning fra aktiviteterne og videregive disse til andre dele af interventionen.

Styrker og fejlkilder

Der er i projektet anvendt forskellige metoder til indsamling af data. Det er ud fra en kombination af disse metoder, at de samlede resultater er præsenteret og diskuteret.

I forhold til spørgeskemaundersøgelsen er det nødvendigt at betragte resultaterne med forbehold. Analyserne er gennemført på et begrænset antal deltagere, og antallet af svar i de enkelte spørgekategorier varierer meget fra baseline til opfølgningen. Det er derfor muligt, at de der svarer ved opfølgningen, er de, der har opnået de bedste resultater. Dette kan muligvis skubbe det samlede billede i en mere positiv retning. Desuden er det nødvendigt at være opmærksom på, at analyserne fra spørgeskemaet er baseret på selvvalgte data og ikke objektive målinger.

Resultaterne vedrørende BMI er indsamlet som systematiske og objektive data via sundhedsplejen. Det er dog her ligeledes nødvendigt at forholde sig kritisk de sammenligninger, der er foretaget i forhold til udviklingen i BMI SDS. Idet de data, som de deltagende børn sammenlignes med, er indhentet fra en ikke randomiseret population, er det sandsynligt, at denne population kan være anderledes end de deltagende børn på afgørende parametre og derved give anledning til en skævvridning af resultaterne.

Der er desuden grund til at fortolke resultaterne fra projektgruppens evaluering af projektet med forsigtighed. Idet de alle har været dybt engageret i projektet, vil udtalelserne og pointerne med stor sandsynlighed være præget af dette.

Målet med interviewene og resultaterne fra den kvalitative analyse skal betragtes som en mulighed for at få en dybere forståelse for faktorer af betydning hos familier, der forsøger at ændre deres adfærd og livsstil. Det begrænsede antal af deltagere i interviewundersøgelsen gør det ikke muligt, at generalisere data eller antage, at resultaterne nødvendigvis er repræsentative for de andre deltagere i projektet. Dog kan det konkluderes, at interviewundersøgelsen har bidraget med væsentlig viden om og indsigt i familiernes situation og læring, som ikke var muligt at indhente udelukkende via kvantitative målinger.

Ud over de begrænsninger for projektets resultater, som er nævnt ovenstående, er det en styrke for nuanceringen og præciseringen af projektets resultater og konklusioner, at der anvendes en kombination af objektive målinger, spørgeskema samt interviews. Således præsenteres en både beskrivende, sammenlignende og dybdegående analyse af projektet. Idet de enkelte emner belyses fra flere væsentlige vinkler, fremstår den samlede konklusion af resultaterne stærkere.

Konklusion

Konklusionsafsnittet er bygget op efter formålet med evalueringen. Først besvares hvorvidt de specifikke succeskriterier for MultiMinens organisering er blevet opfyldt, herefter konkluderes der på resultaterne fra BMI og trivsel. Efterfølgende konkluderes der på resultaterne fra spørgeskemaet i samspil med resultaterne fra interviewundersøgelsen og afslutningsvis på data fra kompetenceudvikling og projektets organisering samt udvikling.

Specifikke succeskriterier

Resultaterne viser, at Projekt MultiMinen i relation til de opstillede specifikke succeskriterier for projektet er en succes. Resultaterne viser blandt andet, at projektet er i stand til at inkludere 70% af samtlige henviste familier i projektet. Af disse deltager 98% i samtaler med den koordinerende sundhedsplejerske, og 93% gennemfører det samlede projektføreløb. På samme måde viser resultaterne en tilfredsstillende høj gennemførelsesprocent for såvel kostvejledningen samt gymnastikken. Generelt indikerer resultaterne, at organiseringen af MultiMinen medvirker til at kunne inkludere en meget stor andel af de børn og familier med behov samt at fastholde dem i såvel sundhedsplejen, kostvejledningen som gymnastikken.

BMI og trivsel

Det kan konkluderes, at BMI falder hos de deltagende børn i MultiMinen. Betragtes resultaterne for BMI SDS i sammenligning med en referencegruppe, viser resultaterne, at MultiMinen faciliterer en positiv udvikling i BMI for cirka 80% af deltagerne i sammenligning med cirka 33% i en referencegruppe. Det vil dog være relevant at gennemføre en systematiseret analyse af en lignende intervention for at få bekræftet resultatet.

I forhold til børnenes selvvaluerede trivsel kan det konkluderes, at børnene lader til at have opnået en forøget selvvalueret livskvalitet ved deltagelse i MultiMinen. Betragtes børnenes vurdering af, hvorvidt de bliver mobbet, kan det ligeledes konkluderes, at børnene lader til at opleve mindre mobning ved opfølgningen. Desuden kan det konkluderes, at der kan ses en lille stigning i børnenes kropsopfattelse samt motivation for vægttab.

Spørgeskema og interviews

I relation til kost kan det konkluderes, at familierne har opnået en positiv udvikling af handlekompentence på baggrund af erfaringer fra projektet. Data viser en hensigtsmæssig udvikling i børnenes indtag af usunde og kaloriefyldte madvarer. Dette understøttes af, at børnene fast spiser frugt, grøntsager samt rugbrød hver dag eller næsten hver dag. Det kan konkluderes, at børnenes ændring i indtag af madvarer afspejler en øget bevidsthed hos familierne omkring hvilke madvarer, det ikke er hensigtsmæssigt at indtage.

I relation til fysisk aktivitet kan det konkluderes, at børnene, men ikke familierne, lader til at være blevet mere regelmæssigt fysisk aktive, og at tiden brugt på stillesiddende aktiviteter falder. Tendensen til et øget fysisk aktivitetsniveau hos børnene kan

eventuelt skyldes den øgede opmærksomhed på fysisk aktivitet fra projektets samt forældrenes side. At børnenes deltagelse i gymnastik er en fast og organiseret del af projektet og således ikke noget, forældrene selv skal opsøge, lader til at bidrage væsentligt til den hensigtsmæssige udvikling.

Det kan konkluderes, at der er en tendens til, at forældrene er blevet lidt mere opmærksomme på at være fysisk aktive med deres børn. Det er muligt, at deltagelsen i projektet bidrager til, at forældrene betragter sig selv anderledes og i højere grad som motiverende rollemodeller for deres børn. Disse parametre antages at kunne være med til at påvirke barnets motivation fremadrettet, således at gode vaner omkring fysisk aktivitet fastholdes.

Det kan konkluderes, at familierne generelt opnår en positiv udvikling af handlekompetence ved deltagelse i MultiMinen. Dette understreger, at reelle erfaringer med en adfærd er centralt i forhold til troen på og lysten til at ændre og fastholde.

Resultaterne viser desuden, at familiernes øgede ”indsigt” i såvel fysisk aktivitet som kost har medført refleksioner af både hensigtsmæssig og uhensigtsmæssig karakter. På baggrund af dette kan det konkluderes, at det er lettere at handle i forhold til konkrete forhold, som eksempelvis fornuftige indkøb, madlavning og prioritering af børnenes indtag af usunde madvarer, end det er at skabe sig gode og varige handleerfaringer med fysisk aktivitet.

Det kan konkluderes, at familiernes fokus på kost og ikke i samme grad motionsvaner kan skyldes, at fokus i vejledningen hos sundhedsplejerskerne og ved den kliniske diætist har været rettet mere mod ændringer af kosten end mod ændringer af motionsvaner. Desuden har hele familien deltaget i tilbuddet omkring kostændring, hvorimod den fysiske aktivitet udelukkende har været for barnet. Det kan i den forbindelse konkluderes, at skal interventioner have effekt på handlekompetence i forhold til fysisk aktivitet på familieniiveau, så er det nødvendigt, at hele familien deltager og ikke kun barnet. Det lader ikke til, at barnets øgede handlekompetence i MultiMinen bliver overført til familierne.

I forhold til familiernes målsætninger kan det konkluderes, at der hos familierne ikke i tilstrækkelig grad i projektet har været en oplevet sammenhæng imellem målsætningerne og de decidede handleplaner. Målsætningerne lader ikke til at have været styrende eller tydelige for familierne, der snarere har været proces- end målstyret. Yderligere fokus, fra både familierne samt den ansvarlige projektgruppe, på at mål og delmål skulle være aktive elementer i projektet, kunne muligvis have resulteret i større succes, idet udvikling og opnåelse af delmål muligvis ville have kunnet motivere og give positive handleerfaringer.

Det kan konkluderes, at forældrenes og søskendes rolle i forbindelse med de overvægtige børns adfældsændring er af stor betydning. Familierne udtrykker bekymring i forhold til, at ikke alle familiemedlemmer bakker op omkring projektet. Det er en barriere, idet forældrene er kede af den uenighed og splittelse, der opstår i familien. Derfor er det helt central, at familiernes levevilkår og livsstil tages i betragtning for at sikre familiens og barnets motivation for og deltagelse i fysisk aktivitet fremadrettet.

Overordnet udtrykker familierne stor tilfredshed med deres deltagelse i MultiMinen. Det kan konkluderes, at der helt generelt er meget stor tilfredshed med den måde,

MultiMinen har været organiseret på. Der har været tilfredshed med informationer før og undervejs i projektet. Desuden er der bred enighed om, at familierne har fået et meget stort eller stort udbytte af deltagelsen i både kostrådgivningen samt gymnastikken. Det påpeges dog, at gymnastikken har været placeret for tidligt på dagen, samt at projektperioden har været for kort.

Opsummerende kan det konkluderes, at MultiMinen er en intervention, hvor børnene fastholdes i deres adfærdsændring, de oplever øgede fysiske kompetencer og evner samt skaber relationer til ligestillede. Det påvirker deres selvtillid i positiv retning og børnene opbygger positive handleerfaringer. Forældrene påvirkes til øget opmærksomhed og refleksion især omkring kost, men også motionsvaner.

Kompetenceudvikling

Det kan konkluderes, at der er enighed om, at sundhedsplejerskerne som helhed vurderer deres grundlæggende faglighed forud for igangsættelse af projektet som tilstrækkelig. Sundhedsplejerskerne oplever at have fået et stort udbytte af den kompetenceudvikling, der har fundet sted undervejs i projektet. De vurderer dog, at det i flere tilfælde har været på for overordnet niveau. De efterlyser fortsat kompetencer inden for rådgivning i forhold til kost samt at kunne foretage svære samtaler med familier, der ikke selv er bevidst eller ønsker at være bevidst om de problematikker, der er gældende i familien. Desuden oplever sundhedsplejerskegruppen et fortsat behov for at kunne henvise familier videre til specifikke interventioner der kan hjælpe.

Organisering og udvikling

Konklusionen er, at organiseringen af MultiMinen generelt har været hensigtsmæssig. Især samarbejdet i projektgruppen, rekrutteringen igennem sundhedsplejen, de disponible ressourcer samt samarbejdet med gymnastikforeningen fremhæves som væsentlige succesparametre.

Det konkluderes i forlængelse heraf, at det er centralt, at lignende projekter forankres direkte i ledelsesstrukturen for at sikre direkte kommunikation, planlægning og fyldestgørende overlevering af information.

Det kan konkluderes, at det ligeledes er en central vurdering, at rekrutteringen direkte fra sundhedsplejen kan udnyttes til en optimeret rekruttering i forhold til andre eller lignende interventioner med børn.

Desuden er det en central pointe, at der muligvis bør fokuseres mere specifikt på specifikke målgrupper af familier. Vurderingen er, at der kunne have været opnået øget succes, hvis fokus havde ligget på specifikke familietyper.

Ydermere kan det konkluderes, at det er en essentiel vurdering, at det muligvis vil være mere hensigtsmæssigt at satse på at intervenere på interaktionsmønstre i familien før, der interverneres på specifikke forhold som kost og fysisk aktivitet.

Perspektivering

Ud fra de ovenstående resultater, diskussioner og konklusioner kan det ved fremtidige og lignende interventioner anbefales at tage udgangspunkt i følgende:

Det er væsentligt:

- at sikre ledelsesmæssig forankring og informationsoverlevering i kommunen og i projektet
- at sikre regelmæssigt samarbejde imellem styregruppe og projektgruppe
- at sikre tværfaglighed og regelmæssigt samarbejde i projektgruppen
- at sikre en minimal udskiftning af centralt personale
- at inkludere til interventionen igennem sundhedsplejen på skolerne
- at sikre en koordinerende person som bindeled imellem sundhedsplejerskerne og projektet
- at sikre at sundhedsplejerskerne har de relevante kompetencer til at håndtere den "svære samtale" med familierne
- at sikre at sundhedsplejerskerne kan henvise familier uden succes til andre tilbud
- at etablere et samarbejde med skole, klasselærer og SFO
- at overveje hvorvidt der skal interverneres på interaktionsmønstre i familien forud for intervention på specifik adfærd
- at overveje hvorvidt alle familier skal tilbydes en intervention som MultiMinen eller om specifikke familier skal udvælges
- at overveje, på baggrund af familiernes ressourcer, hvorvidt der skal interverneres på prioriterede områder i stedet for såvel kost, fysisk aktivitet samt familieadfærd
- at samarbejde med flere foreninger omkring fysiske aktivitetstilbud
- at sikre det faglige og organisatoriske niveau i de deltagende foreninger
- at kunne justere projektet løbende for at imødekomme relevante udfordringer
- at sikre ressourcerne til at kunne bearbejde enkeltsager

Referencer

Albertsen K. Andersen H.(2001). Handlekompetence som begreb i sundhedspædagogik og -forskning. Psyke & Logos 22, 2, s. 751-771

Almind,G., & Hansen,G.R. (2009). Forebyggelse og analyse på individniveau. In F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B.B. Jensen (Eds.), Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder (pp.173-180). Kbh.: Munksgaard Danmark.

Andreassen (2010): Evaluering af ”Sunde vaner fra barnsben” Vejle Kommune. Movements 2010:7 Center for forskning i Idræt, sundhed og civilsamfund. Institut for Idræt og biomekanik, Syddansk Universitet.

Antonovsky,A. (2000). Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag A/S.

Bandura,A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Bandura,A. (1997). Self-efficacy, The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company.

Biddle,S.J., & Mutrie,N. (2007). Psychology of Physical Activity. Determinants, well-being and interventions. London: Routledge.

Biddle,S.J.H., & Nigg,C.R. (2000). Theories of exercise behavior. International Journal of Sport Psychology, 31(2), 290-304.

Bjørner,J.B. (1997). Dansk Manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus. København: Lægemiddelindustriforeningen.

Bonke J & Greve J (2010): Helbred, trivsel og overvægt blandt danskere. Rockwool Fondens Forskningsenhed. Gyldendal dec. 2010.

Bredahl,T.V., & Roessler,K.K. (2011). Prescribed Exercise and Behavioural Change - the Influence of Self-efficacy, Stages of Change, and Social relations. Idrottsforum.org.

Brinkmann S & Tanggard L (2010) Kvalitative metoder ” en grundbog. Hans Reitzels Forlag, 1 udagve. København. Del 1.

Christensen,U., & Albertsen,K. (2002). Teorier om dannelse og forandring af livsstil. In L. Iversen, T.K. Kristensen, B.E. Holstein, & P. Due (Eds.), Medicinsk Sociologi. Samfund, Sundhed og Sygdom (pp.207-224). København: Munksgaard.

Cole TJ, Bellizzi C, Flegal KM & Dietz WH (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*. vol. 320; May 2000.

Danmarks Statistik (2011). Hjemmeside.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1991). A Motivational Approach to Self: Integration in Personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Perspectives on motivation* (pp.237-288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Deci EL & Ryan RM (2000); The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. In *Psychological Inquiry* 2000, Vol. 11, No 4, 227-268

Due, P., & Holstein, B. (2009). Sundhedsadfærd. In F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B.B. Jensen (Eds.), *Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og teori, arbejds-metoder* (pp.209-219). Kbh.: Munksgaard Danmark.

Eichberg, H. (1993). Livsstil som indikator. Modernisering eller revolution i bevægelses-kulturen. In S. Riiskjær (Ed.), *Krop og livsstil* (pp.16-46). Slagelse: Bavnebanke.

Fleming, P., & Godwin, M. (2008). Lifestyle interventions in primary care: systematic re-view of randomized controlled trials. *Can.Fam.Physician*, 54(12), 1706-1713.

Gallahue, D. (1998). *Childhood Self-Concept Development. Understanding Motor De-velopment* (pp.317-334).: WBC/McGraw-Hill.

Greve Kommune (2008) *Beskrivelse af projekt Multimin. Projektansøgning.*

Gronbaek, H.N., Madsen, S.A., & Michaelsen, K.F. (2009). Family involvement in the tre-atment of childhood obesity: the Copenhagen approach. *Eur.J.Pediatr.*, 168(12), 1437-1447.

Groth MV, Sørensen MR, Biltoft-Jensen A, Matthiessen J, Kørup K & Fagt S (2009) Dan-skernes måltidsvaner, holdninger, motivation og barrierer for at spise sundt 1995-2008. DTU Fødevareinstituttet. Afdeling for ernæring. Downloadet fra www.food.dtu.dk jan 2011.

Hagger MS, Chatzisarantis N, Biddle SJH & Orbell S (2001) Antecedents of children's physical activity intentions and behavior: predictive validity and longitudinal ef-fects. *Psychology and Health*, 2001, Vol. 16. p 391-407

Hagger, M.S., Biddle, S., & Chatzisarantis, N. (2002). A Meta-Analytic Review of the Theo-ries of Resoned Action and Planned Behavior in Physical Activity: Predictive Validity and the Constribution of Additional Variables. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 24 3-32.

- Hagger,M.S., & Chatzisarantis,N.L.D. (2007). Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Haskell,W.L., Lee,I.M., Pate,R.R., Powell,K.E., Blair,S.N., Franklin,B.A., Macera,C.A., Heath,G.W., Thompson,P.D., & Bauman,A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1081-1093.
- Henriksen,K., Hansen,M., & Hansen,J. (2007). *Gyldendals idrætspsykologi*. Kbh.: Gyldendal.
- Hermansen M, Løw O & Petersen V (2004) Kommunikation og samarbejde ” i professionelle relationer. *Alinea*, København s. 24-36
- Horn T S & Horn J L(2007); Family Influences on Children’s Sport and Physical Activity Participation, Behavior and Psychological Responses. In *Handbook of sports psychology*, Ed: Tennenbaum G & Eklund RC. Third edition, Chap. 31. Publ. by Wiley & sons Inc. Hoboken, New Jersey.
- Hornstrup C, Loehr-Petersen J, Jensen A V, Johansen T & Madsen J G (2005) Systemisk ledelse – Den refleksive praktiker. 1. udgave 2. oplag Dansk Psykologisk Forlag. S. 9-25
- Iversen,L. (2002). *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Jacobsen B (1991) *Levekår og livsformer i velfærdsstaten*. Samfundsfagnyt. 4 oplag . s. 7-30
- Jensen BB & Schnack K (1993) *Handlekompetence som didaktisk begreb*. Didaktiske studier. Bidrag til didaktikkens teori og historie. Danmarks Lærerhøjskole 1993.
- Jensen TK & Johnsen JJ (2000) *Sundhedsfremme I teori og praksis*. Forlaget Philosophia, 2000, Århus.
- Jensen B B (2000) *Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden*. I: *Læring i sundhedsvæsenet*. Red: Hounsgaard L & Eriksen JJ. Gyldendal Uddannelse, 2000, København
- Jensen B.B.(2006) *Sundhedsfremme i et dannelsesmæssigt og pædagogisk perspektiv*. I: *Sundhed, udvikling og læring*. Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed. Akselsen K og Koch B. Billesøe & Baltzer. 2006, Værløse.
- Jensen,B.B. (2009). *Sundhedspædagogiske kernebegreber*. In F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B.B. Jensen (Eds.), *Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder* (pp.220-238). Kbh.: Munksgaard Danmark.

- Jensen BB (2009) Et sundhedspædagogisk perspektiv på sundhedsfremme og forebyggelse. I: Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis. Red. Carlsson M, Simovska V og Jensen BB. Århus Universitetsforlag, 2009, Århus
- Johannessen,H. (2005). Pædagoger og sundhedsarbejde: en bog om levekår, livsstil og helbred. Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Kiens B, Beyer N, Brage S, Hyldstrup L, Ottesen LS, Overgaard K, Petersen BK & Pug-gard L (2007) Fysisk inaktivitet ” konsekvenser og sammenhænge. Motions- og ernæringsrådet. Publ. Nr. 3
- Kvale S & Brinkmann S (2009) InterView . Introduktion til et håndværk. 2. Udgave. Hans Reitzels Forlag, København.
- Lazarus,R., & Folkman,S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company.
- Lindstrom,J., Ilanne-Parikka,P., Peltonen,M., Aunola,S., Eriksson,J.G., Hemio,K., Hamalainen,H., Harkonen,P., Keinanen-Kiukaanniemi,S., Laakso,M., Louheranta,A., Mannelin,M., Paturi,M., Sundvall,J., Valle,T.T., Uusitupa,M., & Tuomilehto,J. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet, 368(9548), 1673-1679.
- la Cour, A (2010) Virker det? Og i givet fald hvorfor? Evaluering af idrætsprojekter for overvægtige børn. Institut for idræt. Københavns Universitet 2. udgave 2010.
- Lund,R., & Due,P. (2002). Sociale relationer og helbred. In L. Iversen, T.S. Kristensen, B. Holstein, & P. Due (Eds.), Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom. (pp.87-104). København: Munksgaard.
- Lund O (2009) Rend og hop ” vi si'r stop ” et sundhedsprojekts bestræbelser på at skabe bedre betingelser for det sunde liv i Varde Kommune. Movements 2009:1 Center for forskning i Idræt, sundhed og civilsamfund. Institut for Idræt og biomekanik, Syddansk Universitet.
- Mach-Zagal,R., & Saugstad,T. (2009). Sundhedspædagogik for praktikere. Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Maehr ML & Braskamp LA (1986) The Motivation Factor. A Theory of Personal Investment. Lexinton Books D.C. Health and Company. Lexinton. p. 2-44

- Matthiessen J, Groth MV, Fagt S, Biloft-Jensen A, Stockmarr A, Andersen JS & Trolle E (2008) Prevalence and trends in overweight and obesity among children and adolescents in Denmark. *Scan J Public Health*, 36: 153-160
- Marcus,B.H., & Simkin,L.R. (1993). The stages of exercise behavior. *J.Sports Med.Phys. Fitness*, 33(1), 83-88.
- Marcus,B.H., & Simkin,L.R. (1994). The transtheoretical model: applications to exercise behavior. *Med.Sci.Sports Exerc.*, 26(11), 1400-1404.
- Marshall,S.J., & Biddle,S.J. (2001). The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Ann.Behav.Med.*, 23(4), 229-246.
- Mølgaard C, Dela F, Froberg K, Heitmann BL, Holm L, Holsten B, Madsen SA, Richelsen B & Tetens I (2007) Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge - oplæg til strategi. Publ. 2 Motions- og ernæringsrådet.
- Olsen H (2002) Kvalitative kvaler ” Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet. Akademisk Forlag A/S
- Ottesen,L. (1993). Idræt og livsformer. Om forholdet mellem levevilkår, livsformer og livsstil. In S. Riiskjær (Ed.), *Krop og livsstil* (pp.47-57). Slagelse: Bavnebanke.
- Pearson S , Olsen LW, Hansen B & Sørensen TIA (2005) Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003. *Ugeskrift for læger* 2005; 167: 158-162
- Pedersen,B.K., & Saltin,B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand.J Med.Sci.Sports*, 16 Suppl 1 3-63.
- Pilgaard M (2008) Danskernes motions- og sportsvaner 2007. Nøgletal og tendenser. Idrættens Analyseinstitut, København.
- Rowland,T.W. (1990). *Exercise and children's health*. Champaign, IL, England: Human Kinetics Publishers.
- Sallis,J.F., & Hovell,M.F. (1990). Determinants of exercise behavior. *Exerc.Sport Sci.Rev.*, 18 307-330.
- Schutzer,K.A., & Graves,B.S. (2004). Barriers and motivations to exercise in older adults. *Prev.Med.*, 39(5), 1056-1061.

Summerbell CD, Waters E, Edmunds L, Kelly SAM, Brown T & Cambell KJ (2009) Interventions for preventing obesity in children (review) The Cochrane Collaboration, 2009, Issue 1

Sundhedsstyrelsen (2008) Børn i balance. 1 udgave. Downloadet fra www.sst.dk maj 2011.

Sundhedsstyrelsen (2011). Anbefalinger til voksne.

Thing, L.F. (2007). Motion på recept - er en svær pille at sluge! Månedsskrift for Praktisk Lægegering, 85(2), 219-224.

Uexküll, T.V. (1996). Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg.

Vallerand R J (2007) Intrinsic and Extrinsic Motivation in Sport and Physical Activity. A Review and a Look at the future. In In Handbook of sports psychology, Ed: Tennenbaum G & Eklund RC. Third edition, Chap. 3. Publ. by Wiley & sons Inc. Hoboken, New Jersey.

Westcott, R. (1977). The length of Consultations in General Practice. Journal of the Royal College of General Practitioners, 27 552-555.

Wistoft K (2009a) Værdier og sundhedspædagogik. I: Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis. Red. Carlsson M, Simovska V og Jensen BB. Århus Universitetsforlag, 2009, Århus

Wistoft K (2009b) Sundhedspædagogik - viden og værdier. Hans Reitzels Forlag, København.

WHO (1986) Ottawa Charter. Oversættelse ved Komiteen for sundhedsoplysning. Feb 1988.

Bilag

Bilag 1

	Gør det ofte	Gør det ofte (12 mdr)	Gør det sjældent	Gør det sjældent (12 mdr)	Gør det aldrig	Gør det aldrig (12 mdr)
Spiller bold	84	67	16	22	0	11
Spiller rollespil	19	12	25	38	56	50
Kører i go kart eller sæbekassebil	11	11	25	37	64	52
Spiller bordtennis	11	7	32	26	57	68
Spiller tennis eller badminton	8	4	24	39	68	58
Løber på rulleskøjter	8	39	38	23	54	38
Løber på skateboard	5	18	19	30	76	52
Løber på løbehjul	50	52	39	33	11	15
Cykler på BMX	16	11	21	15	63	74
Sjipper, hopper i elastik	30	31	35	50	35	19
Går i svømmehal	40	44	50	48	10	8
Går på legeplads	61	70	37	30	2	0
Cykler en tur (ikke transport)	40	62	50	35	10	3
Fisketur	0	0	27	30	73	70
Spejder	24	11	3	11	73	78
Bygger hule, klatrer i træer	22	33	27	26	51	41
Hjælper med hus/ have derhjemme	40	37	55	56	5	7
Hopper Trampolin	--	44	--	44	--	12

Tabel 19. Andelen af børn der deltager i fysiske aktiviteter i SFO, skole, forening, i hjemmet eller tæt på hjemmet. Tallene er opgivet i procent og analyserne er lavet på 38 ved baseline og 27 ved opfølgning.

Serien MOVEMENTS

Se de tidligere udgivelser i rapportserien på CISC's hjemmeside: www.sdu.dk/cisc

- 2011:6 Peter Lund Kristensen: Evaluering af 'Sunde vaner fra barnsben' - Den kvalitative del. Vejle Kommune.
- 2011:5 Louise Kamuk Storm, Simon Madsen og Bjarne Ibsen: Evaluering af 'Bevæg dig sund og glad: Et projekt i Esbjerg Kommune for overvægtige børn og deres familier.
- 2011:4 Jan Toftegaard Støckel: Evaluering vedrørende projekt Idrætszen.
- 2011:3 Bjarne Ibsen og Louise Bæk Nielsen: Idræt og idrætsfaciliteter på Bornholm.
- 2011:2 Jakob Haahr og Søren Andkjær (red.): Muligheder og begrænsninger for friluftsliv: Konferencerapport - artikler og abstracts.
- 2011:1 Ejgil Jespersen: Evaluering af Krop og Kontor forsøgsprojekter.
- 2010:7 Pernille Andreassen: Evaluering af 'Sunde vaner fra barnsben' - Vejle Kommune.
- 2010:6 Forskningsenheden for 'Bevægelse, Idræt og Samfund' (BIS): Forskningsprofil og udviklingsplaner for 2010-2014.
- 2010:5 Bjarne Ibsen, Anne Mette Walmar Hansen og Eva Vennekilde: Ændringer i kommunal idrætspolitik efter kommunalreformen.
- 2010:4 Karsten Østerlund: Gå i Gang: Slutevaluering.
- 2010:3 Lise Specht Petersen: Rum for idræt og leg på Vesterbro.
- 2010:2 Bjarne Ibsen og Carsten Hvid Larsen: Aktivitet eller idrætspolitisk arbejde? Frivilligt arbejde i DGI Vestsjælland og DGI Nordsjælland.
- 2010:1 Bjarne Ibsen, Jan Toftegaard Støckel og Charlotte Klinker: Børn og fysisk aktivitet på Vesterbro.
- 2009:7 Lise Specht Petersen og Bjarne Ibsen: København – en by i bevægelse: evaluering af Københavns Kommunes motionsstrategi.
- 2009:6 Ole Lund: Evaluering af projekt 'Sund Cirkel'.
- 2009:5 Carsten Hvid Larsen og Bjarne Ibsen: Frivilligt arbejde i Gigtforeningen.
- 2009:4 Ole Lund: Sund indskoling – evaluering af sundhedsfremmende indsatser i SFO og indskoling i Frederikshavn Kommune.
- 2009:3 Kirsten Kaya Roessler: Gruppesamtaler som psykologisk behandling af kroniske smerter: erfaringer fra projektet "Tilbage til arbejdet".
- 2009:2 Lars Breum Christiansen og Jens Troelsen: Bevægelsesmuligheder i Kolding By 2008.

- 2009:1 Ole Lund: Rend og Hop – Vi si'r stop: et sundhedsprojekts bestræbelser på at skabe bedre betingelser for det sunde liv i Varde Kommune.
- 2008:10 Lars Breum Christiansen og Jens Troelsen: Bevægelsesmuligheder i Roskilde By.
- 2008:9 Per Jørgensen: Idrætspolitik i Gentofte Kommune gennem 100 år.
- 2008:8 Jens Høyer-Kruse, Malene Thøgersen, Jan Toftegaard Støckel, Bjarne Ibsen: Offentlige-frivillige partnerskaber omkring børn og fysisk aktivitet.
- 2008:7 Pernille Vibe Rasmussen: Foreninger og integration: Undersøgelse af foreningers vilkår for integrationsarbejde i Københavns Kommune.
- 2008:6 Thomas Gjelstrup Bredahl: Ekstern evaluering af Motion på Recept i Frederiksberg Kommune: September 2007.
- 2008:5 Thomas Gjelstrup Bredahl: Evaluering af Motion på Recept i Nordjylland 2007.
- 2008:4 Jens Troelsen, Kirsten Kaya Roessler, Gert Nielsen og Mette Toftager: De bolignære områders betydning for sundhed: hvordan indvirker bolignære områder på sundheden? – og hvordan kan udformningen gøres bedre?
- 2008:3 Ole Lund og Pernille Andreassen: Gå i gang: evalueringsrapport.
- 2008:2 Jan Toftegaard Støckel (red.): Parallel leg eller integreret leg? – partnerskaber om børn, leg og bevægelse.
- 2008:1 Pernille Vibe Rasmussen og Kirsten Kaya Roessler: Stofmisbrug og fysisk aktivitet: Evaluate-ring af ”Krop og læring – Mere styr på eget liv”.
- 2007:1 Bjarne Ibsen: Børns idrætsdeltagelse i Københavns Kommune 2007.