

KØBENHAVNS KOMMUNE
INDSATSTIL SVÆRT OVERVÆGTIGE
BØRN OG UNGE

EVALUERING AF BØRNEVÆGTSCENTRET



.....

KØBENHAVNS KOMMUNE
INDSATSTIL SVÆRT OVERVÆGTIGE
BØRN OG UNGE
EVALUERING AF BØRNEVÆGTSCENTRET

Udarbejdet for Københavns Kommune af
Center for Interventionsforskning ved Statens Institut for
Folkesundhed, Syddansk Universitet
Anne Sofie Bæk-Sørensen og Christian Hollemann Pedersen

2013

Design
KK Design

INDHOLD

4 RESUMÉ

5 1. INTRODUKTION

5 BørnevægtsCentret – baggrund og indsats

6 Evalueringen af BørnevægtsCentret

7 2. METODE

7 Kvalitativ del: Evaluering af implementeringsprocessen

9 Kvantitativ del: Karakteristik af børn og familier samt evaluering af indsatsens virkning

11 3. IMPLEMENTERINGSPROCESSEN

11 Stemning omkring BVC

11 Fra SOFT til BVC

13 Ledelsesmæssig understøttelse af indsatsen

14 Internt samarbejde og organisering

16 Forskellige vilkår for familiesamtaler og familiegrupper

17 Samarbejde med og mellem forvaltninger

18 Sammenfatning

20 4. KARAKTERISTIK AF BØRN OG FAMILIER

20 Baggrundsbeskrivelse

20 Fordeling af børn på centrets tilbud

20 Sammenfatning

22 5. REKRUTTERING AF BØRN TIL BØRNEVÆGTSCENTRET

22 Status for rekrutteringen

22 Henvisningsprocedure og inklusionskriterier

24 Sundhedsplejen og praktiserende læger

25 Barrierer i rekrutteringsprocessen

27 Udeblivelser og frafald

28 Sammenfatning

30 6. KVALIFICERING AF DEN TIDLIGE OPSPORING I SUNDHEDSPLEJEN

30 BørnevægtsCentret som videnscenter

30 Sammenfatning

31 7. INDSATSENS UMIDDELBARE VIRKNINGER

31 Udvikling i BMI

33 Fedtprocent - status ved opstart og udvikling

34 8. KONKLUSION OG PERSPEKTIVER

34 Evalueringens konklusion

34 Sammenfatning

35 anbefalinger

36 Perspektiver i forhold til børneovervægtsindsatsen i Københavns Kommune

37 APPENDIX - FORKORTELSER

37 LITTERATUR

RESUMÉ

Introduktion: BørnevægtsCentret (BVC) er Københavns Kommunes behandlingstilbud til børn og unge med svær overvægt og deres familie. Indsatsens kerneydelser er henholdsvis familiesamtaler til de 8-11 årige og familiegrupper til de 12-15 årige. Centret blev etableret i november 2009, som en del af bevillingen 'Øget sundhed for børn 2009-2012'. Evalueringen af BVC, der er gennemført af Center for Interventionsforskning ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, har til formål at undersøge:

- 1) muligheder og barrierer i forbindelse med implementeringen af indsatsen, herunder hvordan rekrutteringen af børn til centret har fungeret, og hvorvidt BVC bidrager til kvalificeringen af den tidlige opsporing af overvægtige børn i sundhedsplejen.
- 2) hvad der karakteriserer børn og familier, der benytter indsatsen på BVC, og hvad indsatsens umiddelbare virkninger er på børnenes køns- og aldersspecifikke BMI samt på deres fedtprocent.

METODE

Evalueringens første del placerer sig teoretisk inden for feltet formativ procesevaluering og benytter kvalitative forskningsmetoder. Der er gennemført interviews med leder og medarbejdere på BVC, nøglepersoner fra de involverede forvaltninger, ledende sundhedsplejersker, sundhedsplejersker og praktiserende læger af to omgange med otte måneders mellemrum for at belyse udviklingen over tid. Evalueringens anden del placerer sig inden for feltet effektevaluering og bygger på kvantitative data. Designet er ikke-eksperimentelt, og data består af før- og eftermålinger indsamlet af medarbejderne på BVC i forbindelse med helbredsundersøgelser og samtaler på centret.

IMPLEMENTERINGSPROCESSEN

Analysen af muligheder og barrierer i implementeringsprocessen peger på seks overordnede aspekter, som har haft indflydelse på implementeringen af indsatsen og indsatsens form i dag: 1) stemningen omkring BVC, 2)

udviklingen fra SOFT- til BVC-koncept, 3) den ledelsesmæssige understøttelse af indsatsen, 4) det interne samarbejde og organisering, 5) de forskellige vilkår for familiesamtaler og familiegrupper samt 6) samarbejdet med og mellem forvaltninger.

REKRUTTERING AF BØRN TIL BVC

Analysen viser, at især fem forhold er betydningsfulde for rekruttering af børn til centrets tilbud: 1) status for rekrutteringen, 2) henvisningsprocedure og inklusionskriterier, 3) sundhedsplejen og de praktiserende læger, 4) barrierer i rekrutteringsprocessen og 5) udeblivelser og frafald.

BVC'S BIDRAG TIL AT KVALIFICERE DEN TIDLIGE OPSPORING I SUNDHEDSPLEJEN

Analysen peger på, at BVC's bidrag til at kvalificere den tidlige opsporing af overvægtige børn i sundhedsplejen har været sparsom. Det planlagte videnscenter er aldrig blevet etableret i praksis, men BVC løser en del af de opgaver, der var tilskrevet videnscentret.

KARAKTERISTISK AF BØRN OG FAMILIER PÅ BVC

Det er tydeligt, at de børn, der benytter indsatsen på BVC, kommer fra socialt udsatte familier. En stor andel af børnenes mødre (58 %) og fædre (38 %) er ikke i lønnet job. Derudover tales der i 58 % af hjemmene et andet sprog end dansk, hvilket kan ses som udtryk for, at over halvdelen af børnene har en anden etnisk baggrund end dansk.

INDSATSENS UMIDDELBARE VIRKNINGER

Resultaterne viser, at 71 % af behandlingsforløbene resulterer i en lavere BMI z-score, som er et udtryk for et fald i køns- og aldersspecifik BMI. Næsten samme resultat ses for fedtprocent (68 %). Det er dog ikke muligt med sikkerhed at fastslå, at det er indsatsen på BVC, der forårsager ændringen, da der ikke er sammenlignet med en kontrolgruppe.

KONKLUSION

Evalueringen viser overordnet, at Københavns Kommune i løbet af de sidste tre år har etableret en vel-fungerende indsats til svært overvægtige børn og deres familier. Analyserne af indsatsen indikerer, at den har en effekt i forhold til at bremse børnenes vægtudvikling.

1. INTRODUKTION

BØRNEVÆGTSCENTRET – BAGGRUND OG INDSATS

BørnevægtsCentret (BVC) er Københavns Kommunes behandlingstilbud til børn og unge med svær overvægt og deres familie. Centret er forankret i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) og var frem til august 2012 organisatorisk placeret i Folkesundhed København (FSK), men er herefter overgået til lokalområdet Vesterbro, Kgs. Enghave, Valby [1].

BVC blev etableret i november 2009 som en del af bevillingen "Øget sundhed for børn 2009-2012" – en bevilling som SUF og Børne- og Ungdomsforvaltningen (BUF) i fællesskab har ansvaret for.

Formålet med 'Øget sundhed for børn' var at gøre en ekstra indsats for at forbedre sundheden hos kommunens børn og unge, idet nationale undersøgelser havde vist en bekymrende udvikling i børn og unges sundhedstilstand og sundhedsadfærd med høje tal for rygning, alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, usund kost og overvægt [2]

'Øget sundhed for børn' omfatter således forskellige forebyggende og sundhedsfremmende delelementer, herunder to indsatser rettet mod overvægt. BVC er den ene af de to indsatser, mens den anden indsats er en tidlig forebyggende, opsporende og opfølgende indsats i sundhedsplejen [2], som har fået navnet 'Vejen til Sund Vægt'. 'Vejen til Sund Vægt' består af to spor:

spor 1 er for svært overvægtige børn i alderen 8-15 år, som opspores, motiveres og henvises til BVC, mens spor 2 er for børn i risiko for overvægt og moderat overvægtige børn fra 0.-9. klasse. Børnene opspores og tilbydes et familieforløb på op til tre samtaler hos sundhedsplejersken, hvor målet er vægtstabilisering. Sundhedsplejen har i kraft af spor 1 en hel central rolle i forhold til BVC som den primære kilde til rekruttering af børn. Udmøntningen af bevillingen til BVC foregår derfor i et tæt samarbejde mellem SUF og BUF [1].

BVC er placeret i Københavns Kommunes Sundhedshus Vesterbro/Kgs. Enghave, og indsatsen var i første omgang rettet mod børn bosiddende i bydelene Vesterbro/Kgs. Enghave, Bispebjerg, Nørrebro, Amager og Valby. Pr. 1. januar 2012 er indsatsen blevet bydækkende, således at børn, der har folkeregisteradresse eller går i skole i Københavns Kommune, kan benytte centrets tilbud [1].

Centret kan årligt modtage 190 nye børn med svær overvægt i alderen 8-15 år. Et forløb i centret tager typisk 1½-2 år. Ca. 80 % af børnene henvises fra sundhedsplejen, men praktiserende læger henviser også til centret [1].

Indsatsen på BVC er tværfaglig og består af to overordnede forløbstyper: familiesamtaler, som er individuelle forløb til de 8-11 årige og deres familier, og familiegrupper, som er gruppeforløb til de 12-15 årige

og deres familier. Børn, der skal eller har været på julemærkehjem, tilbydes individuelle forløb uanset alder. Som supplement til forløbene har BVC to aldersdifferentierede motionstilbud, madværksted, telefonrådgivning samt mulighed for psykologforløb med fokus på overvægtsproblematikken [1].

Indsatsen på BVC tog ved opstarten udgangspunkt i den svenske familierapimodel Standardized Obesity Family Therapy (SOFT), som er udviklet i hospitalsregi [3-6]. Modellen fokuserer på enkle løsninger til at ændre livssituationen for svært overvægtige børn og unge og sigter mod at understøtte sunde kost- og motionsvaner samt at forbedre den generelle trivsel. Metoden er forankret i systemisk familierapi, og tilgangen er løsningsfokuseret, hvilket vil sige, at der er et fremadrettet fokus på løsninger frem for et bagudrettet fokus på problemer [7]. Indsatsen har dog løbende ændret form og er således i dag, foruden SOFT, inspireret af indsatsen på Holbæk Sygehus – en anden tværfaglig behandlingsindsats til overvægtige børn i hospitalsregi – samt erfaringer fra 'Plus Kids', som er et tidlige tilbud til børn med overvægt og deres familier i Københavns Kommune. BVC har således skabt deres egen indsats, som er beskrevet i en konceptbeskrivelse udarbejdet af leder og medarbejdere på centret det første halve år af 2012 [1].

Ud over at tilbyde behandling havde BVC i udgangspunktet en videnscenterfunktion, der skulle udgøre Københavns Kommunes spidskompetence i forhold til overvægt hos børn, ligesom videnscentret skulle kvalitetssikre indsatsen. Videnscentret havde bl.a. til opgave at kvalificere den tidlige opsporing af overvægt, som finder sted i sundhedsplejen [2].

I centret er der på nuværende tidspunkt foruden en daglig leder ansat en børnelæge, en psykolog, en sundhedsplejerske, en sygeplejerske, to kost- og motionsvejledere og en sundhedskonsulent.

EVALUERINGEN AF BØRNEVÆGTSCENTRET

Evalueringen af BVC er rekvireret af SUF i Københavns Kommune og udarbejdet af Anne Sofie Bæk-Sørensen og Christian Hollemann Pedersen fra Center for Interventionsforskning ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, i perioden januar 2011- december 2012. Evaluator har ikke fulgt BVC i hele perioden, fra centret blev etableret i november 2009. En del af evalueringen har fokus på rekruttering til BVC.

Denne del grænser op til spor 1 i delindsatsen 'Vejen til Sund Vægt', der som beskrevet er sundhedsplejens overvægtsindsats. Fokus er på BVC, og evalueringen er således ikke en evaluering af den samlede overvægtsindsats i Københavns Kommune.

Formål og evalueringsspørgsmål

Evalueringen af indsatsen på BVC bygger på både kvalitative og kvantitative data. Den kvalitative del har til formål at belyse muligheder og barrierer i forbindelse med implementeringen af indsatsen på BVC med fokus på gennemførelse af planlagte aktiviteter, organisering og samarbejdsrelationer. Yderligere er det formålet at undersøge, hvordan rekrutteringen til centrets behandlingstilbud fungerer, herunder om sundhedsplejersker og praktiserende læger udnytter muligheden for at henvise børnene til et behandlingstilbud, og hvis ikke, hvorfor. Endelig er det formålet at undersøge, hvorvidt BVCs videnscenterfunktion bidrager til at kvalificere den tidlige opsporing af overvægt.

Den kvantitative del har til formål ud fra målinger og spørgeskemadata indsamlet på BVC at beskrive, hvad der kendetegner de børn og familier, der benytter indsatsen på centret, samt at undersøge de umiddelbare virkninger af aktiviteterne på børn efter afsluttede forløb med fokus på udvikling i køns- og aldersspecifik BMI og på fedtprocent.

Evalueringen vil således besvare følgende spørgsmål, hvoraf de tre første knytter sig til den kvalitative del, og de to sidste knytter sig til den kvantitative del:

1. Hvilke arbejdsgange, samarbejdsrelationer og organisering i øvrigt kendetegner implementeringen af indsatsen i BVC og samarbejdet mellem SUF og BUF, og i hvilken grad er der behov for justeringer?
2. Hvordan fungerer rekrutteringen til centrets behandlingstilbud, og er der behov for justeringer?
3. I hvilket omfang og hvordan bidrager centret til at kvalificere den tidlige opsporing af overvægtige børn i sundhedsplejen?
4. Hvad kendetegner de børn og familier, der benytter indsatsen på BVC?
5. Hvad er de umiddelbare virkninger af indsatsen på BVC på børn efter afsluttede forløb, herunder primært udvikling i køns- og aldersspecifik BMI og fedtprocent?

En evaluering af selve indsatsens indhold, det vil sige en evaluering af, hvad der sker i mødet med børn og familier, og hvordan de reagerer på indsatsen, indgik ikke i

evalueringskravene, hvorfor der ikke er et særligt evalueringsspørgsmål knyttet hertil.

Opbygning af rapporten

Kapitel 2 beskriver evalueringens metoder. De efterfølgende fem kapitler (kapitel 3-7) er resultatkapitler, der hvert besvarer et af de opstillede evalueringsspørgsmål. For læsevenlighedens skyld besvares evalueringsspørgsmål 4 umiddelbart efter spørgsmål 1, hvorefter den opstillede rækkefølge følges. Kapitel 3 stiller således skarpt på implementeringen af indsatsen på BVC. Kapitel 4 giver en karakteristik af børn og familier,

der benytter indsatsen på BVC. Kapitel 5 har fokus på rekruttering til centret. Kapitel 6 belyser BVCs bidrag til kvalificeringen af den tidlige opsporing i sundhedsplejen. Kapitel 7 afdækker indsatsens virkninger på børnenes BMI og fedtprocent. I det afsluttende kapitel 8 sammenfattes resultaterne, og evalueringens konklusion præsenteres. I kapitel 8 præsenteres ligeledes nogle perspektiver i forhold til den samlede børneovervægtsindsats i Københavns Kommune baseret på udtalelser fra informanter i evalueringen. Dette ligger uden for evalueringens fokus, men findes relevant som inspiration i et større perspektiv.

2. METODE

KVALITATIV DEL: EVALUERING AF IMPLEMENTERINGSPROCESSEN

Evalueringens første del, der har fokus på implementeringen af indsatsen på BVC, har haft et fremadrettet og udviklingsorienteret sigte. Den placerer sig således teoretisk inden for feltet formativ procesevaluering, hvor evaluator undersøger den udvikling, der finder sted i processen og giver aktørerne feedback undervejs [8-10]. Kommunen har derfor løbende haft mulighed for at tilpasse aktiviteter og arbejds gange på BVC for dermed at sikre en mere hensigtsmæssig implementering.

Evalueringen placerer sig desuden inden for det implementeringsteoretiske felt [11-17]. Interviews og analyser er bl.a. inspireret af Dean Fixsen og kollegaers teorier om stadier i en implementeringsproces og betydningsfulde elementer i forhold til implementering [12,13]. Fixsen og kollegaer definerer seks ikke lineære stadier i en implementeringsproces, som påvirker hinanden i et komplekst mønster, og de påpeger, at fuldstændig implementering af en indsats kan tage 2-4 år. De betydningsfulde elementer i forhold til implementering karakteriseres som en række interaktive processer, der i et tæt samspil antages at påvirke både medarbejders adfærd i relation til en indsats og den organisatoriske kultur, der skal støtte op om denne. Disse er: 1) udvælgelse af medarbejdere, 2) uddannelse og træning af medarbejdere før og under implementeringen af indsatsen, 3) løbende coaching,

sparring og supervision, 4) løbende evaluering af medarbejdere, 5) datasystemer, der understøtter beslutningsprocesser, 6) et administrativt system, der understøtter indsatsen og 7) strategier, der sikrer at eksterne systemer støtter op om medarbejdernes indsats. Teorierne bruges ikke til at diskutere de empiriske fund, men har givet evaluator en grundlæggende opmærksomhed på betydningsfulde forhold i implementeringsprocessen og fungerer som inspiration i forbindelse med udarbejdelsen af interviewguides.

Evalueringen af implementeringsprocessen bygger som nævnt på kvalitative metoder, som giver mulighed for en mere dybdegående forståelse af betydningsfulde aspekter. Evaluator har som det primære fulgt processen gennem to interviewrunder i perioderne maj-august 2011 og februar-maj 2012. Resultaterne fra hver enkelt interviewrunde er blevet præsenteret for de involverede aktører efterfølgende, hvilket har skabt mulighed for justering af centrets tilbud såvel som optimering af samarbejdet mellem involverede aktører. Samtidig har dette design givet evaluator mulighed for at fokusere analysen, idet resultaterne fra første interviewrunde var styrende for, hvad der blev sat fokus på i anden runde, herunder hvorvidt der var sket ændringer på områder, hvor der var blevet peget på behov.

For at få indsigt i implementeringsprocessen på alle niveauer i den kommunale organisation er der gennem-

ført semistrukturerede interviews [18] med henholdsvis leder og medarbejdere på BVC samt nøglepersoner fra SUF og BUF. Nøglepersonerne fra de to forvaltninger er udvalgt af forvaltningerne selv. Interviewene med lederen har givet indsigt i erfaringer og udfordringer relateret til implementeringen af indsatsen på BVC, herunder organiseringen af indsatsen, udvælgelse af medarbejdere, samarbejde med medarbejdere, forvaltning, henvisende sundhedsplejersker og praktiserende læger, opkvalificering af medarbejdere samt strategiske overvejelser omkring udviklingen af indsatsen. Medarbejderinterviewene har belyst medarbejdernes oplevelse af implementeringsprocessen, herunder både forhold relateret til kompetenceudvikling, planlægning og praktisk gennemførelse af indsatsen samt organisatoriske og samarbejdsrelaterede forhold. Interviews med nøglepersoner fra SUF og BUF har givet indsigt i de mere overordnede forhold og beslutningsprocesser, der har haft betydning for, hvordan aktiviteter på BVC er blevet gennemført og organiseret. Desuden har et vigtigt fokuspunkt på dette niveau været oplevelser af samarbejdet mellem de to forvaltninger.

Til at afdække, hvordan rekrutteringen til centret fungerer, er der yderligere gennemført et fokusgruppeinterview med 8-10 sundhedsplejersker samt semistrukturerede interviews med henholdsvis ledende sundhedsplejersker og praktiserende læger fra de relevante distrikter á to omgange. Sundhedsplejerskerne er udvalgt af BVC og de ledende sundhedsplejersker, så de repræsenterer forskellige bydele, forskelligt kendskab til BVC og forskelligt rekrutteringsgrundlag på skolerne. De praktiserende læger er udvalgt pragmatisk efter, hvem der havde tid og lyst til at deltage i et interview. Interviewene har belyst, om der er kendskab til indsatsen, procedurer i forbindelse med rekrutteringen, hvilke muligheder og barrierer sundhedsplejersker og læger oplever i forhold

til at rekruttere børn og endelig, om indsatsen udfylder behovet for en henvisningsmulighed. Interviewene med nøglepersoner fra SUF og BUF bidrager også til at belyse mere overordnede strukturer i forhold til rekruttering til centret.

Spørgsmålet om, hvorvidt BVC bidrager til kvalificeringen af den tidlige opsporing af overvægtige børn i sundhedsplejen, er belyst i de nævnte interviews med kommunale aktører.

Interviewguiderne er udviklet med udgangspunkt i evalueringsspørgsmål 1-3, men er som beskrevet også inspireret af implementeringsteori. Interviewene er af mellem 20 og 110 minutters varighed og er foretaget af den samme evaluator for at sikre kontinuitet i spørge- og dokumentationsformen. Interviewene er optaget på diktafon og er efterfølgende transskriberet, hvilket muliggør fyldestgørende dokumentation af deltagernes udtalelser [18]. Citater, der trækkes frem i rapporten, er så tæt på det sagte som muligt, men for at gøre teksten læsevenlig er der i nogle tilfælde lavet små ændringer, dog uden at det påvirker indholdet eller tonen i det sagte. Citater i teksten er markeret med kursivskrift og citationstegn.

Som supplement til interviewene har evaluator opholdt sig tre arbejdsdage på BVC forud for hver interviewrunde og har i den forbindelse deltaget som observatør ved både familiesamtaler, familiegrupper og interne møder. Dette har givet et indblik i dagligdagen på BVC generelt og i, hvordan indsatsens elementer konkret gennemføres. Observationerne har desuden fungeret som inspirationskilde til relevante temaer i interviewguides [19].

Foruden interviews og observationer har evaluator haft adgang til relevante dokumenter, herunder log-bøger, baggrundsnotater og mødereferater. Dette materiale har

TABEL 2.1: Oversigt over interviews

Informantkategori	Antal interviews 1. runde	Antal interviews 2. runde
Leder BVC	1	1
Medarbejdere BVC	6	7
Nøglepersoner fra SUF og BUF	4	3
Ledende sundhedsplejersker	2	1
Sundhedsplejersker (fokusgruppe)	1 (10 deltagere)	1 (8 deltagere)
Praktiserende læger	2	2
Interviews i alt	16	15

givet indsigt i den del af processen, der lå forud for evaluators tilknytning [19].

Den analytiske proces er foregået sideløbende med dataindsamlingen. Hvert enkelt interview er blevet kodet og herved er relevante tematikker og undertematikker opstået. Kodningen er inspireret af de opstillede evalueringsspørgsmål, og hensigten har været at fremanalysere tydelige mønstre og betydningselementer både inden for og på tværs af informantkategorier [20].

KVANTITATIV DEL: KARAKTERISTIK AF BØRN OG FAMILIER SAMT EVALUERING AF INDSATSENS VIRKNING

Evalueringens anden del beskriver på baggrund af kvantitative data for det første, hvad der kendetegner de børn og familier, der benytter indsatsen på BVC. For det andet undersøger evalueringens anden del indsatsens umiddelbare virkninger på børn efter afsluttede forløb med fokus på udvikling i køns- og aldersspecifik BMI [21-23] og fedtprocent. Denne del af evalueringen placerer sig inden for feltet effektevaluering [8,9]. Designet er et ikke-eksperimentelt design, idet der ikke har været en kontrolgruppe at sammenligne med. Det er derfor ikke muligt med sikkerhed at tilskrive resultaterne indsatsen på BVC, da andre forhold kan have haft betydning for den udvikling, der er sket [24]. Analyserne af indsatsens virkninger kan således kun tolkes som indikationer for, hvorvidt indsatsen på BVC kan bremse børnenes vægtudvikling.

Datamaterialet består af et udtræk fra det registreringssystem, der anvendes på BVC. Registreringssystemet er først og fremmest et værktøj, der på baggrund af de indsamlede informationer om børnene, hjælper medarbejderne til at kunne tilpasse behandlingen det enkelte barn og familie bedst muligt, hvilket er et centralt element i centrets behandlingstilgang. Medarbejderne kan bl.a. ud fra de indsamlede informationer vurdere, hvilke forhold, der skal lægges særlig vægt på for at opnå vægttab. Systemet indeholder detaljerede oplysninger om børnenes kost- og motionsvaner, trivsel, motivation for at komme på BVC, forældrenes sundhed og meget andet. Datamaterialet indeholder dels standardiserede, objektive, fysiske målinger (højde, vægt og fedtprocent), der er indhentet ved de helbredsundersøgelser, der gennemføres i forbindelse med børnenes fremmøde til behandling, og dels en stor mængde informationer, der er indsamlet gennem samtaler og spørgeskemaer

ved første og sidste (eller 4.) helbredsundersøgelse. Det betyder, at der udover informationer om udviklingen i højde, vægt og fedtprocent er informationer, der gør det muligt at beskrive børnene ud fra en række demografiske baggrundsforhold, deres kost- og motionsvaner, trivsel, motivation mv. Da en række af disse oplysninger er indhentet ved både opstart og afslutning af behandling, vil der være mulighed for at vurdere om behandlingerne ændrer ved en række andre forhold, der er relateret til overvægt, frem for udelukkende at fokusere på graden af overvægt. Det vil være muligt at bestemme, om behandlingerne medfører ændrede kostvaner, motionsvaner, og om den primære effekt af behandlingen (fald i køns- og aldersspecifik BMI) medfører en ændring i børnenes trivsel. Der vil også kunne laves analyser af, hvad der er af forskelle mellem de børn, der har effekt af indsatsen, i forhold til de, der ikke har. På nuværende tidspunkt er det dog meget begrænset, hvor mange af disse analyser, der kan gennemføres, da relativt få børn har gennemført et helt behandlingsforløb, og der derfor er få, der har besvaret de spørgsmål, der gives ved afslutningen af behandlingerne. Dette hænger også sammen med, at de opfølgende spørgeskemaer først blev indført pr. 1/6 2011, hvorfor det kun er for børn afsluttet efter denne dato, at der er afsluttende spørgeskemadata.

Fordi registreringssystemet på BVC først og fremmest har tjent som arbejdsredskab for medarbejderne, har data ikke fra begyndelsen været tilrettelagt til brug for en evaluering af behandlingseffekten. Det betyder, at der ikke er indhentet besvarelser fra alle børn for samtlige spørgsmål, idet alle spørgsmål formentlig ikke har været vurderet som relevante. Dette forhold har også betydning for, at der kun kan gennemføres et fåtal af analyser udover de analyser, der er lavet for status og udvikling af niveau for overvægt. Det betyder også, at de fleste analyser ikke vil kunne summeres til 100 % af det samlede antal børn i de forskellige kategorier, som er vist i figur 2.1.

Figur 2.1 viser det samlede antal børn, der er oprettet i BVC's system, og som kan indgå i analyserne. Det samlede dataudtræk fra BVC rummer informationer om 484 børn (1). Af de 484 er der 158 børn, der aldrig eller endnu ikke er fremmødt til den første helbredsundersøgelse (2). Fremmøde til den første helbredsundersøgelse afgør, hvorvidt barnet opfattes som værende påbegyndt et behandlingsforløb, idet de oplysninger, der er nødvendige for at kunne give en karakteristik af børnene, registreres ved første helbredsundersøgelse. De 158 børn, der ikke er fremmødt til den første helbredsundersøgelse, udgår derfor af samtlige analyser. 326

børn har gennemført mindst én helbredsundersøgelse (3), og informationerne om denne gruppe er anvendt til at udføre en karakteristisk af de børn, der påbegynder et behandlingsforløb på BVC. De børn, der har påbegyndt et behandlingsforløb, kan opdeles i en gruppe, der har afsluttet behandlingsforløbet efter endt forløb (4), en gruppe, der har afbrudt forløbet, før det er vurderet som afsluttet (5) og en gruppe, der stadig er i et behandlingsforløb (6).

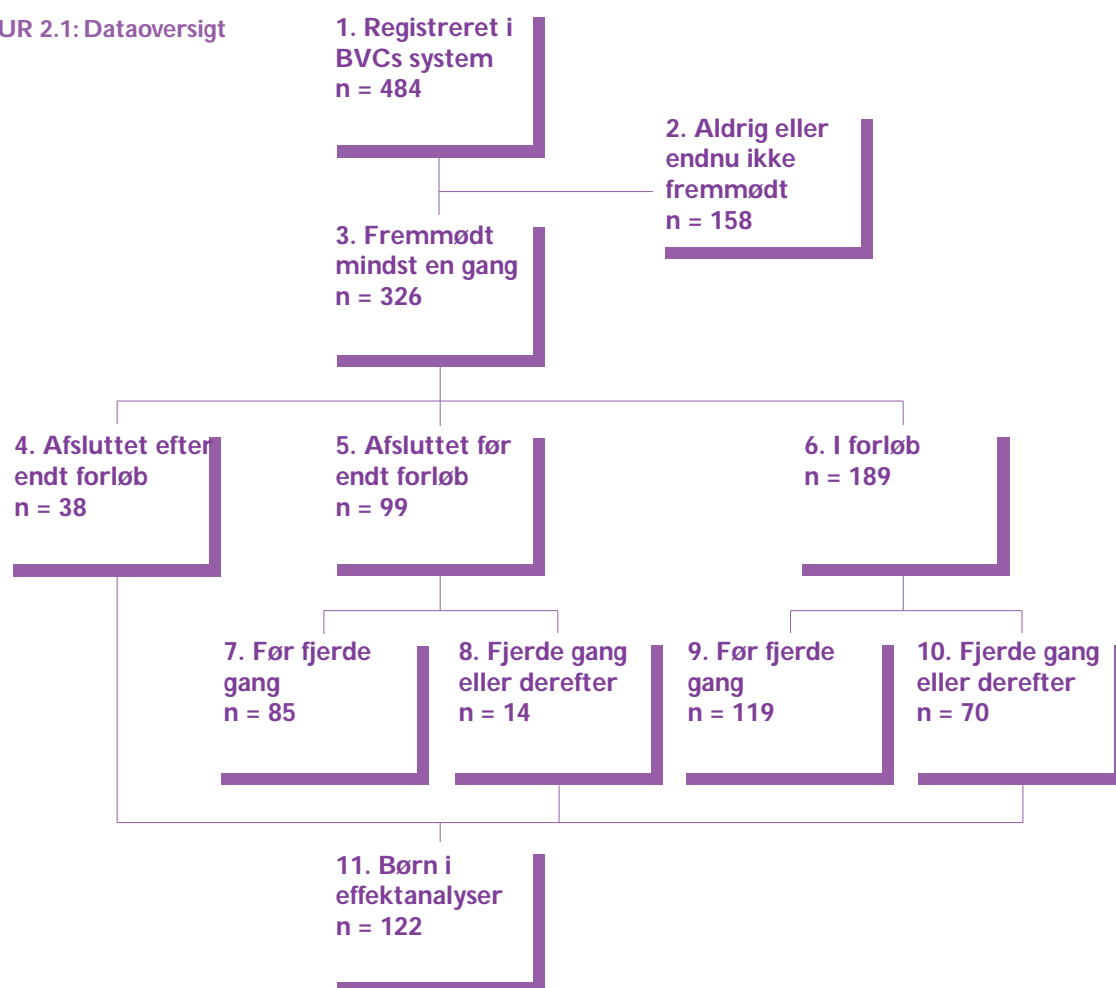
Som det fremgår af figuren, var der kun 38 børn, der på tidspunktet for dataudtrækket var kategoriseret som 'afsluttet efter endt forløb'. Det forholdsvis lave tal kan tilskrives, at det i praksis kan være vanskeligt at kategorisere et forløb på denne måde, da det kræver, at der er en samtale, hvor der er enighed om at afslutte forløbet. Om et forløb kategoriseres som 'afsluttet efter endt forløb' afhænger ikke af, om der er opnået et vægttab. Samtidig er den gennemsnitlige behandlingstid blandt børn, der har gennemført et forløb på BVC 1 år og 5 måneder. Det er muligt, at den gruppe af børn, der har afsluttet behandlingen på nuværende tidspunkt, er

børn, der har opnået resultater hurtigere, end de børn, der endnu ikke er afsluttede. Derfor kan det forventes, at den gennemsnitlige behandlingstid for de endnu ikke afsluttede børn er længere end 1 år og 5 måneder, hvilket også kan være med til at forklare, at så få børn på nuværende tidspunkt er kategoriseret som 'afsluttet efter endt forløb'.

For at få et mere realistisk estimat af behandlingsforløbenes effekt, inddrages også de børn, der har afbrudt behandlingen før den er karakteriseret som afsluttet, og de børn, der stadig er i behandling, såfremt de er nået så langt i behandlingsforløbet, at de har gennemført mindst fire helbredsundersøgelser (8 og 10). Gruppen af børn der kan indgå i effektanalyserne er derfor 122 (11).

De statistiske analyser udgøres udelukkende af frekvensopgørelser. Det betyder, at der ses på andele for de relevante parametre. Analyserne inkluderer ikke signifikanstests, da datamaterialet kun indeholder et lille antal børn, og usikkerheden derfor vil være for stor.

FIGUR 2.1: Dataoversigt



3. IMPLEMENTERINGSPROCESSEN

Dette kapitel sætter fokus på seks betydningsfulde aspekter relateret til implementeringen af indsatsen på BVC: 1) stemning omkring BVC, 2) fra SOFT til BVC, 3) ledelsesmæssig understøttelse af indsatsen, 4) internt samarbejde og organisering, 5) forskellige vilkår for familiesamtaler og familiegrupper samt 6) samarbejde med og mellem forvaltninger. Muligheder og barrierer i implementeringsprocessen er ikke stringent adskilt, da de ofte er tæt forbundne. Barrierer er løbende blevet nedbrudt og muligheder opstået, ligesom der løbende er opstået nye udfordringer. Muligheder og barrierer, og den udvikling, der er sket, er beskrevet under de enkelte afsnit.

STEMNING OMKRING BVC

I BVC's tre første leveår har der på alle niveauer været en positiv stemning omkring centret. Overordnet omtaler både forvaltning og henvisere BVC i rosende vendinger, og der synes at være en stor respekt for det arbejde, de udfører. Medarbejderne opleves som både imødekommende, fagligt kompetente, ansvarsfulde og engagerede, og både sundhedsplejersker og praktiserende læger fortæller, at det er rart med en henvisningsmulighed. I det følgende beskrives to forhold, der eksemplificerer, hvordan den positive stemning konkret kommer til udtryk og præger implementeringen af indsatsen på BVC.

Politisk og økonomisk medvind

I hele forløbet har der været politisk og økonomisk medvind for BVC. Der gives fra forvaltningens side udtryk for, at indsatsen på det politiske niveau er en "naturlig indsats", idet der ikke er værdipolitiske konflikter på spil, og fordi alle er enige om, at overvægt blandt børn er et problem, og at kommunen har et ansvar for at løfte opgaven. Den politiske opbakning er kommet til udtryk ved, at der i første omgang er afsat ressourcer til det, der beskrives som en relativt dyr indsats i kommunalt regi. Hertil kommer, at BVC ikke har været ramt af de nedskæringer, der har været i SUF og FSK den seneste tid. Tværtimod er BVC blevet udvidet i 2012. Centret er gået fra at dække fem bydele til at være bydækkende, og i den forbindelse er der blevet ansat en ny medarbejder.

Den politiske prioritering understreges yderligere ved, at BVC er et driftstilbud modsat mange tidligere indsatser

til overvægtige børn, som har haft karakter af korterevarende projekter. Flere informanter beskriver at netop det, at BVC er et driftstilbud, skaber økonomisk tryk, fastholder medarbejdere og letter kommunikationen til de henvisende parter, som sandsynligvis også i højere grad vil benytte indsatsen.

Intern stolthed og entusiasme

Stemningen internt på BVC har været præget af entusiasme og stolthed over indsatsen. Medarbejderne er ifølge ledelsen gået til opgaven med at etablere BVC med både stort engagement og pionerånd, hvilket har været afgørende for, at der relativt hurtigt er blevet etableret "en god indsats i børnehøjde", som flere beskriver det.

Alt i alt kan den positive stemning, der omgiver BVC både eksternt og internt, siges at have øget motivationen til at etablere en god og effektiv indsats. Medarbejderne fortæller, at den positive stemning på centret og medarbejdernes engagement smitter af på familierne, så de får lyst til at komme igen, hvilket illustreres af følgende citat:

"Jeg tænker faktisk, at en rigtig vigtig ting det er, at vi er rigtig mange, der brænder for det, vi laver (...) Jeg synes, at vi møder familierne med engagement, som gør, at de kommer tilbage, og det, tænker jeg, er ret vigtigt for at få startet noget op, at man kan få folk til at komme igen – det er nummer et i forhold til at få nogle familier, som kommer, og man kan arbejde med."

At familierne kommer igen må siges at være helt afgørende for, om indsatsen i sidste ende har en effekt. Om det også er familiernes oplevelse, at der er en god stemning på BVC, som har betydning for fremmødet, ligger uden for rammerne af denne evaluering at belyse.

FRA SOFT TIL BVC

Trods en gennemgående positiv stemning omkring BVC har der også været udfordringer i implementeringsprocessen. De mest fremtrædende udfordringer

har været relateret til SOFT-konceptet, som kommunen i udgangspunktet ønskede at implementere på centret. Udfordringerne, relateret til at implementere SOFT-konceptet, har haft betydning for, at indsatsen på BVC løbende har ændret form, og i dag har leder og medarbejdere på centret udviklet det såkaldte BVC-koncept. I det følgende beskrives fire betydningsfulde aspekter i udviklingen fra SOFT- til BVC-koncept.

Konceptmodstand

En udfordring ved at implementere SOFT-konceptet kan beskrives med begrebet konceptmodstand, som fyldte meget i opstartsfasen. Følgende citat illustrerer den modstand, der blev opbygget mod konceptet i medarbejdergruppen:

”Altså i forhold til, hvor mange gode resultater, der blev flashet, og hvor meget det bare lige var til at tage frem og gøre det, så tænkte jeg, at der ville være en manual (men det var der ikke, red) (...) Og så tænker jeg, at hvis der nu var nogen, der havde sagt til mig i stedet for: ”Tag over og snak med dem ovre i Malmø, de har gang i noget, som virker”, så ville jeg være galoperet derover og sikkert kommet glad hjem. Nu er der bare nogen, der har råbt ’stur stur nummer’, og så kommer der en pony ind. Det er bare en forkert måde, et forkert udgangspunkt.”

Citatet illustrerer, at medarbejderne oplevede, at kommunen havde lovet for meget og havde skabt nogle forventninger til konceptet, som ikke blev indfriet. Blandt andet var det forventningen, at der var en detaljeret beskrivelse af indsatsen, så det var let at gå til, men det var ikke tilfældet. Således blev der fra starten skabt en modstand mod SOFT på grund af uindfrie forventninger.

Utilgængelighed og usikkerhed

En anden udfordring i forbindelse med implementeringen af SOFT handler om utilgængelighed af konceptet og en deraf følgende usikkerhed. Den daglige leder af BVC, som netop havde kendskab til konceptet og havde en relation til folkene i Malmø og dermed skulle fungere som det vidensbærende bindeled, blev sygemeldt tidligt i processen. Derfor skulle medarbejderne selv optrevle, hvilken indsats de skulle implementere, og i den forbindelse oplevede de, at det var svært at få adgang til, hvad de gjorde i Malmø, hvor konceptet var udviklet.

Medarbejderne oplevede, at kombinationen af et utilgængeligt koncept og deraf manglende viden samt fraværet af en beslutningsdygtig ledelsesperson på BVC skabte usikkerhed om rammerne og retningen for indsatsen. På den ene side havde medarbejderne behov for at læne sig op ad en velbeskrevet indsats. På den anden side havde de et ønske om at slippe SOFT og udvikle deres eget, men de oplevede, at det fra forvaltningens side blev forventet, at de arbejdede med SOFT, da det jo netop var det, de var ansat til at gøre. Paradoksalt nok blev der fra forvaltningens side givet udtryk for, at medarbejderne på BVC ønskede at holde fast i konceptet, hvorimod man fra forvaltningens side var åbne over for udvikling og tilpasning. Der synes således at have været en mangelfuld kommunikation eller en manglende forventningsafstemning mellem de to niveauer, idet der på begge niveauer var en uklar forståelse af, hvad ønsket på det andet niveau var i forhold til udviklingen af indsatsen.

De mange frustrationer mod konceptet kombineret med faglige uenigheder i forhold til SOFT og praktiske udfordringer i dagligdagen bevirkede, at praksis omkring indsatsen i perioden uden leder løbende blev ændret, hvilket dels fremgår af logbøger for indsatsen, dels af udtalelser fra ledelse og medarbejdere. Medarbejderne oplevede dog hverken, at der var den fornødne ledelsesmæssige opbakning eller, at der var et fast og fælles defineret mål for øje.

Organisatoriske og fysiske rammer

En tredje udfordring i forhold til at implementere SOFT-konceptet på BVC har været de organisatoriske og fysiske rammer i Københavns Kommune, som har været anderledes end rammerne på et svensk hospital, som var den oprindelige kontekst for SOFT. Denne udfordring illustreres af følgende citat fra en medarbejder:

”Jeg tror egentlig, at det var lidt udfordrende det der med, at man tror, at man kan tage et eller andet koncept, som egentlig er noget, der har været på et hospital og i nogle andre rammer, og så ligesom plante det midt i en anden virkelighed, som så har været den kommunale ramme her.”

De forskellige rammer beskrives eksempelvis at rumme lavpraktiske procedurer som adgangen til blodprøver eller andre lægefaglige undersøgelser, der viste sig at være mere udfordrende i kommunen end på et hospital,

men også andre muligheder for rekruttering i kraft af sundhedsplejesystemet i kommunen, udfordringer relateret til en måske tungere målgruppe end i Malmø og endelig de muligheder og barrierer, som placeringen i et sundhedshus skaber.

Fra frustrationer til udvikling

I BVCs tre første leveår er der sket en tydelig udvikling, således at medarbejdernes frustrationer omkring SOFT er trådt i baggrunden. Selvom der også i de sidste interviews med medarbejderne generelt blev lagt afstand til SOFT-konceptet, så var det tydeligt, at konceptet ikke længere var i fokus. SOFT blev beskrevet som en del af historien på BVC og de nyere medarbejdere gav hverken udtryk for at have en relation eller et stort kendskab til konceptet. Ændringen kan bl.a. forklares med, at medarbejderne efter ansættelsen af en ny leder, blev bakket op i at tilpasse indsatsen, og både leder og medarbejdere beskrev, at de nu sammenlignet med tidligere i højere grad har et positivt fokus på udvikling, og de har sammen skabt et BVC-koncept.

Implementeringen af SOFT-konceptet blev således mødt af forskellige udfordringer, som har betydet, at indsatsen på BVC har taget en drejning. Medarbejderne har igennem implementeringsprocessen og særligt efter, at de har fået en leder til at styre processen og give grønt lys, fået rum til at slippe SOFT og forme det, de beskriver som et meningsfuldt BVC-koncept, der er inspireret af andre indsats til overvægtige børn, medarbejdernes erfaringer fra praksis og de rammer, som kommunen skaber. Følgende citat illustrerer udviklingen fra SOFT- til BVC-koncept:

”Jeg tænker, at det, vi er på nu i forhold til udgangspunktet, er, at nu har vi endelig turde løsrive os rigtig fra Malmø og sige, at nu laver vi BVCs model, og den er inspireret af Malmø og Holbæk og Hillerød. Vi har taget de bedste ting fra det og lidt af vores eget, og nu er vi landet på noget, der virker rigtig godt. Men jeg tænker os ikke som et afspalt af Malmø.”

BVC-konceptet er beskrevet i en konceptbeskrivelse, som kan bruges internt til at sikre en fælles tilgang til familierne, men som også kan bruges eksternt af de, som ønsker at drage nytte af erfaringerne fra BVC. De løbende tilpasninger af indsatsen kan fra et implemente-

ringsperspektiv ses som et godt eksempel på, at indsatsformer sig efter den kontekst, de implementeres i.

LEDELSESMÆSSIG UNDERSTØTTELSE AF INDSATSEN

En ledelsesmæssig understøttelse af processen synes at være central for at kunne etablere en ny indsats. BVC har været præget af en vanskelig ledelsessituation de første år, idet den formelle daglige leder var sygemeldt en stor del af perioden fra etableringen af BVC frem til 28/2 2011. Herefter var der en midlertidig leder fra FSK med ca. en ugentlig dag på centret frem til den nye, daglige leder af BVC blev ansat 1/5 2011.

Betydningen af manglende ledelse

Interviewene med medarbejderne peger på, at de oplevede, at fraværet af en daglig leder i opstartsfasen gav en række udfordringer både for dem som medarbejdere og for implementeringen af indsatsen. Der var mange udtalelser som: ”men der har jo ikke været overskud til det, fordi lederen var syg” og ”det har jo været en stor udfordring for projektet, at lederen var syg”.

For det første oplevede medarbejderne, at den manglende ledelse øgede arbejdsbyrden for dem, da de måtte fordele nogle af de ledelsesmæssige opgaver i mellem sig – også opgaver som ikke nødvendigvis lå inden for deres primære kompetencer. For det andet var ingen medarbejdere mere beslutningsdygtige end andre, og alt stod derfor i princippet til diskussion. Det øgede arbejdspress kombineret med fraværet af en beslutningsdygtig person i dagligdagen bevirkede dels, at flere beslutninger blev udskudt, dels at nogle elementer i arbejdet blev nedprioriteret, herunder hele videnscenter- og formidlingsdelen. Andre hængepartier omfattede bl.a. en beskrivelse af konceptets udvikling, BVC's databasesystem samt muligheden for supervision og efteruddannelse.

Interviewene pegede imidlertid også på, at medarbejderne oplevede, at fraværet af ledelse betød, at de udviklede et særligt engagement og ejerskab i forhold til indsatsen, fordi alle havde været tvunget til at tage ekstraordinært ansvar i kraft af de mange arbejdsopgaver og ansvaret for at etablere og udvikle indsatsen. De havde alle ud fra deres egen faglighed og personlighed haft mulighed for at præge indsatsen igennem de mange og lange diskussioner, der var i processen, for at opnå enighed. Følgende citat illustrerer medarbejdernes ejerskab for indsatsen:

”Det har også gjort, at man føler, at det er ens egen, lille baby, og det gør jo, at man får meget ejerskab, fordi vi selv har været inde over.”

Den manglende ledelse synes hermed at have skabt øget rum til, at medarbejderne kunne præge udviklingen af indsatsen. Indsatsen er ikke blevet præcist, det den oprindelig var tiltænkt, men er blevet udviklet i en retning, som medarbejderne har fundet mere hensigtsmæssig.

Betydningen af at få en leder

Interviewene, der blev gennemført knap et år efter, at den nye leder blev ansat, peger på, at ansættelsen af en leder har elimineret eller mindsket nogle af de udfordringer, medarbejderne tidligere gav udtryk for. Der synes at være kommet mere ro på BVC, idet der er skabt en tydeligere retning og et klarere mål for indsatsen, ligesom medarbejderne i højere grad end tidligere har plads til faglig udvikling.

Medarbejderne gav i de sidst gennemførte interviews udtryk for, at det efter opstartsfasen ”klart har været en fordel at få en leder”, som en medarbejder beskriver det. Der er kommet styr på mange af de hængepartier, der blev nævnt i de første interviews. Ledelsen har igangsat en proces, hvor den detaljerede beskrivelse af BVC-konceptet er blevet udviklet – et arbejde, der ud over at give medarbejderne et konkret redskab i dagligdagen, repræsenterer en mere overordnet strategiproces. Derudover har ledelsen taget initiativ til, at datasystemet er blevet udviklet og opdateret, ligesom der økonomisk og tidsmæssigt er skabt plads til medarbejderudvikling, og nogle medarbejdere er derfor begyndt på et efteruddannelsesforløb. I forlængelse heraf har medarbejderne fået mulighed for løbende at få supervision med en ekstern psykolog – et element, som opleves som særdeles betydningsfuldt i arbejdet med denne målgruppe, fordi der er nogle svære og forskelligartede problematikker på spil i familierne. Endelig peger medarbejderne på, at der i højere grad end tidligere er skabt plads til nytænkning og fordybelse, hvilket øger motivationen i arbejdet. Dette illustreres af følgende citat fra en medarbejder:

”Man kan mærke, at tingene begynder at lande, så nu bliver der plads til nye tanker og nye idéer, og der er ro på og styr på tingene. Nu er vi bare i drift, nu kører det derudad. Det, der er det spændende, kan man få lov at

fordybe sig i, altså familierne og familiesamtalen og udvikle det. Hvordan er det, man får andre mennesker til at ændre adfærd og så ligesom kunne dykke lidt mere ned i selve den faglige del, fordi man ikke skal tage sig af andre ting.”

Interviewene peger samtidig på, at introduktionen af en ny leder i organisationen krævede forventningsafstemninger og drøftelser omkring opgave- og ansvarsfordeling mellem ledelse og medarbejdere. Der var i processen nogle balancer i ledelsesopgaven, som skulle håndteres. Det handlede bl.a. om, at det på den ene side blev forventet, at lederen satte rammerne og udstak retning for indsatsen og medarbejderne, mens der på den anden side også var et ønske om, at lederen var åben og lydhør over for medarbejderne, deres erfaringer og faglige kompetencer i forhold til faglige beslutninger og udviklingen af indsatsen.

INTERNT SAMARBEJDE OG ORGANISERING

Generelt er det interne samarbejde på BVC blevet omtalt i positive vendinger. Ord som ”engagement”, ”respekt”, ”ansvar” og ”humor” kendetegner beskrivelserne af samarbejdet i mange interviews i begge interviewrunder. Det gode samarbejde anses at have været altafgørende for, at det overhovedet har været muligt at etablere et godt tilbud. Interviewene viser, at medarbejderne har været gode til at hjælpe og støtte hinanden i dagligdagen, og at de har brugt hinanden til faglig sparring omkring familierne, hvilket illustreres af følgende citat:

”Jeg synes, at vi er rigtig gode til at hive fat på hinanden, hvis der lige er noget. Og vi har den fordel, at vi alle sammen kender familierne og grupperne, og jeg synes tit, at der er nogen, der kommer ind og hiver fat i mig, eller jeg går ind og hiver fat i en. At man kan tage den der lidt løse snak på gangen eller på kontoret med: ”der er lige nogen, jeg er lidt bekymret for, hvordan går vi videre?” Jeg synes, at vi er gode til at bruge hinanden og lytte til hinanden, og der er åbenhed for hinandens ideer. Vi snakker meget sammen på kryds og tværs, selvom vi sidder på hver vores kontorer.”

I det følgende beskrives tre forhold, som hver illustrerer, hvordan det interne samarbejde og organiseringen på BVC fungerer.

Teamarbejde

Stort set alle aktiviteter på BVC er organiseret omkring et tværfagligt team af medarbejdere, der møder familierne sammen. Frem til sommeren 2012 var et team ansvarligt for familiesamtalerne og et andet team ansvarligt for familiegrupperne. Denne organiseringsform giver primært mulighed for at ”favne hele familien”, som medarbejderne beskriver det, ved at se og vurdere den enkelte familie med forskellige faglige briller og ved, at medarbejderne med deres forskellige personligheder kan rumme forskellige familietyper. Teamstrukturen giver også medarbejderne det, der af en medarbejder karakteriseres som ”en unik mulighed” for feedback og sparring efter hver enkelt samtale, ligesom den gør det lettere at fastholde en fælles praksis. Således skaber teamorganiseringen inden for det enkelte team grobund for faglig udvikling, og den åbner op for et tæt samarbejde, hvor man konstruktivt kan rette ind og hjælpe hinanden på vej. At få teamorganiseringen til at fungere tager tid og kræver, at medarbejderne kender hinanden godt, hvilket fremgår af følgende citat:

”Men det er en speciel måde at arbejde på det her med at sidde så mange sammen om en familie. Man skal kende hinanden godt og kende hinandens vaner og spørgsmål og tanker bag, og det tager noget tid.”

En udfordring ved teamstrukturen har været at finde en balance for graden af samarbejde mellem det team, der arbejder med familiesamtaler, og det team, der arbejder med familiegrupper. De interviews, der blev gennemført med medarbejdere ca. 1½ år efter opstarten af BVC, pegede på, at der var forskellige positioner i forhold til, hvorvidt der eksisterede et tilstrækkeligt samarbejde mellem de to teams. Særligt de medarbejdere, der gennemførte familiegrupper, havde et ønske om at arbejde mere på tværs og lappe mere ind over hinandens områder. Dels for at sikre en mere ensartet indsats, og dels fordi arbejdet med familiegrupperne blev oplevet som mere krævende, hvilket uddybes senere. Familiesamtaleteamet havde derimod ikke samme behov for overlap. De så det som en styrke, at det enkelte team havde stærke kompetencer på hvert deres felt. Således var der modsatrettede ønsker og behov med hver deres faglige argumenter. Der

var generelt enighed om, at det er vigtigt, at man som medarbejder har sine egne ansvarsområder, og det blev også anset for vigtigt, at medarbejderne repræsenterer et samlet BVC frem for et af de to tilbud. I forlængelse heraf blev det påpeget af nogle medarbejdere, at sidstnævnte kræver samarbejde på tværs af teams omkring værdigrundlag og udgangspunkt for indsatsen. Der har efterfølgende været fokus på at løsne op for opdelingen mellem de to teams ved, at de medarbejdere, der arbejder med henholdsvis familiesamtaler og familiegrupper, sættes sammen i andre grupper i forbindelse med fx PULS og madværksted. Endelig er der efter de sidst gennemførte interviews indført en ny teamstruktur, hvor familiegruppeteamet også har familiesamtaler, hvilket imødekommer ønsket i denne gruppe om mere arbejde på tværs. Og udarbejdelsen af konceptbeskrivelsen har inkluderet en proces, hvor værdigrundlaget for den samlede indsats er blevet defineret.

Modtagelse af nye medarbejdere

Der har i de første tre år været en del udskiftning i medarbejdergruppen på BVC, primært grundet graviditeter, hvilket må anses som et naturligt vilkår på en arbejdsplads, der næsten udelukkende er bemandet af unge kvinder. De mange udskiftninger har lagt et ekstra arbejdspress på især de mere rutinerede medarbejdere, da de qua deres kendskab til centrets historie og udviklingen af indsatsen har haft det primære ansvar for at sætte nye medarbejdere ind i praksis på centret. De nye medarbejdere har følt sig godt modtaget på BVC. De beskrev, at der var en høj grad af hjælpsomhed og støtte fra de medarbejdere, der havde været på BVC i længere tid. Der var mulighed for at deltage i en række samtaler som observant, og der var tid til at stille og besvare spørgsmål. Samtidig var der arrangeret møder mellem nye medarbejdere og alle andre medarbejdere på skift. Møderne blev beskrevet som en særlig mulighed for at lære hinanden at kende fagligt og personligt og blev derfor anset som frugtbare for det videre samarbejde. Således har viljen til samarbejde og nogle velfungerende procedurer for modtagelse af nye medarbejdere været med til at løsne op for den udfordring, mange medarbejderudskiftninger skaber.

Stærke fagligheder og faglige forskelligheder

Trods et gennemgående positivt billede af det interne samarbejde har der også været uenigheder, som beror på stærke fagligheder og faglige forskelligheder i den samlede medarbejdergruppe, hvilket illustreres af følgende citat:

”Vi er jo enige om, at vi vil alle sammen gerne have, at børnene de får det bedre, og også at de taber sig, og så tror jeg, at i de store linjer der er vi, men så er der alligevel også sådan nogle – vores forskellige fagligheder gør ligesom, at vi sådan ser meget forskelligt på det.”

Uenighederne kan bl.a. omhandle forskellige syn på, hvordan man mest hensigtsmæssigt håndterer overvægtsproblematikken i familierne, eller hvad der ligger i at arbejde tværfagligt. De faglige uenigheder kommer oftest til udtryk på formaliserede møder og ikke i dagligdagen generelt. Der var enighed om, at konceptbeskrivelsen, der som beskrevet indeholder et fælles værdigrundlag for indsatsen, fremover vil være med til at dæmme op for faglige markeringer i diskussionerne, idet retningen er udstukket på forhånd. At der er faglige uenigheder, er forventeligt i en tværfaglig medarbejdergruppe, og de stærke faglige holdninger blev af flere medarbejdere betragtet som et udtryk for deres engagement og ønske om at gøre det bedste for familierne. I lyset af den betydning, det gode, interne samarbejde har for medarbejderne og for implementeringen af indsatsen, synes det vigtigt at være opmærksom på at tackle udfordringer i samarbejdet og dermed undgå, at der spreder sig en dårlig stemning, som også kan smitte af på familierne.

FORSKELLIGE VILKÅR FOR FAMILIESAMTALER OG FAMILIEGRUPPER

Indsatsen på BVC består af primært to komponenter: familiesamtaler og familiegrupper. De to komponenter har i processen haft forskellige vilkår, som har præget implementeringen af dem. Overordnet kan disse vilkår inddeles i sammensætningen af medarbejderteamet, organiseringen af indsatsen og målgruppekarakteristika af betydning for rekruttering, hvoraf sidstnævnte vil blive beskrevet i kapitel 5.

Familiesamtaler

Familiesamtalerne er af forskellige årsager den del af indsatsen på BVC, der har fungeret mest gnidningsfrit igennem hele implementeringsprocessen. Derfor er det også den del af indsatsen, der har det mest positive ry i medarbejdergruppen. Der har fra starten været det, der beskrives som ”en god dynamik”, i det team, der arbejder med familiesamtaler. Teamet har haft de mest rutinerede medarbejdere med mest samtaleerfaring, samarbejdet mellem medarbejderne har fungeret godt og teamet har ikke været præget af udskiftninger

i samme grad som det team, der arbejder med familiegrupper. Der er således opbygget et stærkt og fasttømret familiesamtaleteam, der løbende har haft rum til faglig udvikling. Ulempen ved et meget fasttømret team og en meget personafhængig praksis er, at det er sårbart for udskiftninger. Det kan, som en medarbejder udtrykte det, være svært at lukke nye medarbejdere ind, hvilket er vigtigt at have fokus på, når den situation bliver aktuel.

I forhold til organiseringen af indsatsen, vurderer medarbejderne, at det er betydningsfuldt, at familiesamtalerne er meget fleksible, så de kan passes ind i den enkelte families dagligdag. Samtidig er der ved udeblivelser mulighed for at give familierne en ny tid hurtigt efter, så der ikke opstår for lange intervaller imellem besøgene på BVC. Dermed er der en bedre mulighed for at fastholde familierne i et forløb.

Familiegrupper

Familiegrupperne har været præget af mere uro end familiesamtalerne, og flere af de generelle udfordringer, der har været i de første tre år, er blevet sat på spidsen i forhold til den del af indsatsen. Familiegrupperne er derfor i mange interviews blevet italesat som ”den trælse opgave”, som har været præget af mange løbende tilpasninger.

Modsat familiesamtaleteamet har familiegruppeteamet været præget af mange udskiftninger, ligesom der har været flere nyuddannede medarbejdere med mindre samtalerfaring i teamet. Ifølge Fixsen kan mange medarbejderudskiftninger medføre, at implementeringen af en indsats bremses eller sættes tilbage til et tidligere stadie. Dette synes netop at være tilfældet for familiegrupperne. Interviewene peger på, at mange medarbejderudskiftninger kombineret med mindre erfarne medarbejdere har været medvirkende til, at det har været sværere at skabe kontinuitet og finde en tilfredsstillende form for familiegrupperne.

Uroen omkring familiegrupperne har i høj grad også omhandlet karakteren af indsatsen. Grundet de relativt mange udeblivelser på BVC ved medarbejderne ikke, hvor mange der dukker op fra gang til gang. Man skal derfor ofte ændre programmet umiddelbart før opstart afhængigt af deltagerantallet, og det mindsker muligheden for ”bare at køre på rutinen”, som en medarbejder beskriver det. Samtidig kører der under familiegrupperne parallelle forløb, da børn og forældre opdeles, ligesom forskellige medarbejdere trækkes ind i familiegrupperne afhængigt af tema. Dette tilsammen gør, at gruppeforløbene er en større logistisk opgave at organi-

sere sammenlignet med de individuelle samtaler. At det er et gruppeforløb, gør det desuden sværere at skabe en tæt kontakt til den enkelte familie. Endelig er familiegupperne mindre fleksible, da familierne er tvunget til at komme på de fastlagte dage, som ikke nødvendigvis passer ind i arbejds- og skoletider, og ved udeblivelser kan der gå lang tid inden, man kan få tilbudt en ny tid, fordi der ikke nødvendigvis er en anden gruppe med samme tema tæt på. Gruppeskift gør, at den gruppedynamik, der beskrives som en væsentlig fordel ved denne type indsats, er svært at skabe.

Efter gennemførelsen af de sidste interviews valgte leder og medarbejdere på BVC at indføre en ny struktur for familiegupperne for at imødekomme nogle af udfordringerne. Blandt andet er møderne flyttet fra formiddag til eftermiddag, hvert enkelt tema kommer med hyppigere intervaller, og der er indført en individuel introduktions samtale, så muligheden for at skabe en bedre kontakt til familien og for at forventningsafstemme øges.

SAMARBEJDE MED OG MELLEML FORVALTNINGER

I de foregående afsnit har blikket været rettet mod udviklingen af indsatsen på BVC og interne strukturer og procedurer i implementeringsprocessen. I dette afsnit rettes blikket mod forvaltningssamarbejdet. Der redegøres dels for BVC's samarbejde med de forvaltninger, der er involveret i implementeringen af centret, og dels for samarbejdet mellem SUF og BUF.

BVC's samarbejde med involverede forvaltninger

Som beskrevet i introduktionen er BVC forankret i SUF, men der eksisterer samtidig et tæt samarbejde med BUF, idet sundhedsplejen bidrager med de fleste henvisninger til BVC. På forvaltningsniveau var der enighed om, at det er mest oplagt, at BVC er forankret i SUF, da indsatsen på BVC er et sundhedsrelateret behandlingstilbud. Dette illustreres af følgende citat:

”Vi har længere tid tilbage forsøgt sammen med SUF at lave en overvægtsindsats, og netop det at Plus Kids lå i BUF gjorde, at det ikke blev videreført. Det, tror jeg, var en af grundene til det. For det at behandle, som det er, ligger naturligt ikke i en forvaltning som vores. I hvert fald slet ikke på sundhedsområdet.

Så rent strategisk var det rigtigt at tænke, at behandlingsdelen ligger i SUF, og den forebyggende del ligger i BUF.”

I medarbejdergruppen var der mere blandede meninger om den forvaltningsmæssige tilknytning. Nogle var enige i, at forankringen i SUF er naturlig, andre mente, at BUF ville være mere oplagt, da indsatsen retter sig mod børn og unge, og endelig pegede en enkelt på SOF, som den optimale løsning, idet der ofte er svære sociale problematikker i familierne. Dette afspejler medarbejdernes individuelle fagligheder, men peger samtidig på, at indsatsen på BVC ligger i et tværsektorielt grænsefelt, og der synes i medarbejdergruppen at være enighed om, at et tværfagligt og tværsektorielt børnehus ville være den ideelle placering. Spørgsmålet om, hvor BVC er forankret, var ikke et centralt fokuspunkt for medarbejderne, hvilket sandsynligvis hænger sammen med, at BVC har været en satellit i FSK, der fysisk har været placeret væk fra resten af afdelingen. Det blev beskrevet, at BVC er en meget selvstående enhed, der selv træffer beslutninger inden for de økonomiske rammer, og den forvaltningsmæssige tilknytning er derfor af mindre betydning.

Selvom BVC er en selvstående enhed, eksisterer der et samarbejde med både SUF og BUF, og det blev fra alle sider beskrevet som værende velfungerende. Et eksempel på, hvad der kendetegner det velfungerende samarbejde, er, at medarbejderne i perioden uden daglig leder oplevede, at der på forvaltningsniveau var respekt og lydhørhed over for deres måde at gennemføre indsatsen på og deres faglige beslutninger, ligesom de følte, at der var brede rammer for indsatsen, hvilket virkede motiverende. Efter at der er kommet en ny leder, er hun blevet det naturlige bindeled til forvaltningerne, og medarbejdernes tilknytning til dette niveau er mindsket.

I udgangspunktet var der tilsyneladende kun tænkt et samarbejde ind mellem BVC og henholdsvis SUF og BUF, men i processen har det også vist sig nødvendigt med et tættere samarbejde med SOF, da mange af børnene på BVC som beskrevet er fra socialt udsatte familier, hvor der er andre problemer end overvægt, som også kan have betydning for overvægten. Der var et spirende samarbejde, idet der efter de sidste interviews var aftalt et møde mellem BVC og SOF, men det blev af medarbejderne oplevet som en langsommelig proces.

Et relevant tiltag i forhold til at styrke samarbejdet omkring overvægtige børn på tværs af forvaltninger og

mellem kommune og region er 'Forum for børn med overvægt'. Gruppen, der inkluderer relevante personer fra henholdsvis BVC, SUF, BUF, SOF, PPR og regionen, er dels med til at sikre samarbejdet mellem de forskellige enheder og øge forståelsen for de komplekse og tværgående problemstillinger omkring overvægt, ligesom det fra forvaltningsniveau blev beskrevet, at gruppen løfter en del af den videndlingsopgave, som i udgangspunktet lå hos BVC.

Forskellige agendaer

Analysen peger på, at der er et grundlæggende dilemma i samarbejdet mellem BVC og SUF i form af forskellige agendaer på de to niveauer. Et eksempel på dette er på den ene side medarbejdernes ønske om at skabe det, der beskrives som "det bedst mulige tilbud for den enkelte familie", og på den anden side forvaltningens fokus på at opnå måltal. Dilemmaet kommer til udtryk i interviewene, hvor forvaltningens fokus på måltal blev beskrevet som "provokerende" for medarbejderne, mens der fra forvaltningens side var et ønske om en større forståelse blandt medarbejderne for de krav, der er fra det politiske niveau i forhold til at kunne vise resultater, hvis indsatsens fremtid skal sikres. Dilemmaet ses også i praksis omkring registrering af data på BVC. Registreringssystemet fungerer både som et journaliseringssystem, der kan give information om den enkelte familie i det daglige arbejde, men det er også tænkt som et system til monitorering og evaluering af indsatsen. Systemet inkluderer som tidligere beskrevet både en lang række baggrundsvARIABLE og forskellige lægefaglige, psykologiske samt kost- og motionsrelaterede variable, hvoraf mange informationer indhentes ud fra spørgeskemaer, som medarbejderne udfylder i behandlingssituationen. I mange situationer udfyldes spørgeskemaerne ikke fuldstændigt, fordi det ikke er praktisk muligt. Der kan være følsomme emner, som det ikke giver mening at komme ind på i situationen. Og nogle spørgsmål kan være svære for et barn at komme med klare svar på, men dialogen om temaerne kan være betydningsfuld for medarbejderne i forhold til behandlingen, da den giver en indikation af, hvad det er for et barn, de har med at gøre. Således fungerer systemet for medarbejderne i højere grad som et praksisværktøj i forhold til behandlingen og til journalisering. Men set fra et evalueringsperspektiv, som primært synes at være en ledelses- og forvaltningsinteresse, er de registrerede data i flere tilfælde mangelfulde, hvilket er blevet tydeligt i analyserne i forbindelse med evalueringen, hvor der eksempelvis har været mange uoplyste data.

Samarbejdet mellem SUF og BUF

I de første interviews med nøglepersoner fra forvaltningerne blev samarbejdet omkring BVC mellem SUF og BUF beskrevet som "et forbilledligt samarbejde" på embedsmandsplan, bl.a. fordi der var klarhed omkring ansvars- og rollefordeling samt beslutningsgange. Det blev i forlængelse heraf pointeret, at det var en fordel, at BUF var involveret i BVC fra starten, da det skabte ejerskab for indsatsen i BUF. Det blev også beskrevet, at samarbejdet omkring BVC havde været med til at forbedre samarbejdet mellem de to forvaltninger på andre områder, men det blev ikke uddybet hvordan. Billedet af et generelt velfungerende samarbejde mellem de to forvaltninger havde ikke ændret sig i de sidste interviews, men der var fra BUF's side et ønske om, at samarbejdet omkring BVC blev mindre projektliggjort.

SAMMENFATNING

Hensigten med kapitel 3 har været at belyse muligheder og barrierer i forbindelse med implementeringen af indsatsen på BVC. Analysen peger på seks overordnede aspekter, som har haft indflydelse på implementeringen og indsatsens form i dag: 1) stemningen omkring BVC, 2) udviklingen fra SOFT- til BVC-koncept, 3) den ledelsesmæssige understøttelse af indsatsen, 4) det interne samarbejde og organisering, 5) de forskellige vilkår for familiesamtaler og familiegrupper samt 6) samarbejdet med og mellem forvaltninger. Som beskrevet indledningsvist er muligheder og barrierer ofte tæt forbundne og derfor ikke stringent adskilt.

Den positive stemning, der har omgivet BVC siden etableringen af centret i 2009, og som er karakteriseret ved politisk og økonomisk medvind samt intern stolthed og entusiasme omkring indsatsen, har virket fremmende for implementeringen. Dels har der været de nødvendige ressourcer, dels har den positive stemning øget motivationen i medarbejdergruppen i forhold til at etablere en god og effektiv indsats.

Selve indsatsen, som tilbydes på BVC, har i centrets tre første leveår ændret form således, at SOFT-konceptet, der dannede udgangspunkt for indsatsen, løbende er blevet ændret, og i dag beskrives indsatsen som et BVC-koncept. Årsagerne til ændringen af indsatsen kan findes i tre udfordringer forbundet med implementeringen af SOFT-konceptet. For det første det, der karakteriseres som konceptmodstand, som opstod på baggrund af

uindfriede forventninger, for det andet konceptutilgængelighed og for det tredje usikkerhed omkring konceptet, hvoraf de sidste to udfordringer i høj grad opstod på grund af fraværet af en vidensbærende og beslutningsdygtig ledelsesperson. Endelig har de organisatoriske og fysiske rammer i Københavns Kommune krævet nogle tilpasninger af indsatsen.

Den reelt manglende ledelse på BVC i de første år har betydet, at opgaver som eksempelvis uddannelse af medarbejdere og udviklingen af et mere funktionelt dataregistreringssystem er blevet nedprioriteret. Nogle beslutningsprocesser er trukket ud, og det har forsinket implementeringen og skabt uklarhed om retningen for indsatsen. Manglen på ledelse har imidlertid også udvidet medarbejdernes muligheder for at præge indsatsen ud fra deres professionelle erfaringer, holdninger og kompetencer. Indsatsen har derfor taget en anden retning end oprindeligt tiltænkt. Den nye ledelse har sat indsatsen mere i system og har taget ansvar for udviklingen af centrets tilbud, hvilket har været med til at understøtte medarbejdernes behov og derved skabe en større ro omkring indsatsen og rum til faglig udvikling.

Der har i hele processen generelt været et godt, internt samarbejde på BVC, som har været præget af engagement, respekt, ansvar og humor. Dette beskrives som en afgørende faktor i forhold til implementeringen af indsatsen. Medarbejdernes stærke fagligheder og faglige forskelligheder har indimellem givet anledning til uoverensstemmelser i faglige diskussioner, men de har primært fundet sted på møder og har ikke præget stemningen i en negativ retning generelt.

Organiseringen i teams, der har ansvar for henholdsvis familiesamtaler og familiegupper, har på den ene side fremmet muligheden for et tæt samarbejde bl.a. i form af konstruktiv sparring i de respektive teams. På den anden side har der særligt blandt de medarbejdere, der arbejder med familiegupper, været et ønske om mere samarbejde på tværs. Denne udfordring er forsøgt løst ved hjælp af en ny teamstruktur, der er indført efter gennemførelsen af de sidste interviews.

Der har siden etableringen af BVC været en del medarbejderudskiftning på centret, hvilket har været udfordrende særligt for de medarbejdere, der har været ansat fra starten. Det gode, interne samarbejde kombineret med velfungerende procedurer i forbindelse med introduktion af nye medarbejdere har været betydningsfuldt

for, at nye medarbejdere har følt sig vel modtaget og hurtigere er kommet ind i arbejdsformen på centret.

Flere af de udfordringer, der har været i forhold til implementeringen af indsatsen på BVC, synes at være blevet sat på spidsen i forhold til familiegupperne, mens familiesamtalerne har haft nogle mere gunstige vilkår. Medarbejderteamet for familiegupperne har været præget af mange udskiftninger, og det har samtidig været de mest nyuddannede medarbejdere, der har haft ansvaret for denne del af indsatsen. Det beskrives, at der derfor ikke har været samme kontinuitet og udvikling i familiegupperne sammenlignet med familiesamtalerne. Desuden synes gruppeforløbene svære at implementere, da det bl.a. er en stor, logistisk opgave at planlægge og gennemføre gruppeforløb i en målgruppe, hvor der er mange udeblivelser. Derfor har der ikke været samme rum til faglig udvikling som i familiesamtalerne.

Rettes blikket mod BVC's samarbejde med forvaltningerne, er det tydeligt, at BVC er en meget selvstående enhed, og at medarbejderne ikke har en tæt relation til forvaltningerne. Dette hænger bl.a. sammen med, at centret siden det blev etableret, har været en satellit i FSK, der fysisk har været placeret et andet sted end resten af afdelingen. Det samarbejde, der eksisterer mellem BVC og både SUF og BUF, beskrives som velfungerende, men analysen peger på, at der er forskellige agendaer i forhold til indsatsen på de to niveauer, som det er vigtigt at være opmærksom på i samarbejdet. Samarbejdet mellem de to forvaltninger i forhold til BVC er kendetegnet ved klarhed omkring ansvars- og rollefordeling samt beslutningsgange, og begge forvaltninger anser det for betydningsfuldt, at BUF var involveret i etableringen af BVC fra starten, da det har skabt ejerskab i denne forvaltning. Der gives fra alle sider udtryk for et ønske om et tættere samarbejde med SOF, da mange børn og familier, der benytter indsatsen på BVC, er socialt udsatte.

4. KARAKTERISTIK AF BØRN OG FAMILIER

I kapitel 4 gives en karakteristisk af de børn og familier, der er fremmødt til den første helbredsundersøgelse på BVC, og en beskrivelse af, hvordan familierne fordeler sig på centrets forskellige tilbud. Det har ikke været muligt at sammenligne baggrundsvariable for børn og familier på BVC med de samme variable for 8-15 årige børn og deres familier i Københavns Kommune generelt, hvilket ville have været et oplagt sammenligningsgrundlag. Dette har dog heller ikke været en del af evalueringsoplægget.

BAGGRUNDSBESKRIVELSE

Tabel 4.2 beskriver børn og familier, der er startet i et forløb på BVC, i forhold til en række baggrunds-karakteristika. Det ses, at de børn, der påbegynder et behandlingsforløb hos BVC, alle er mellem 6 og 16 år, hvoraf langt de fleste er mellem 8 og 14 år (90 %). Der er en næsten ligelig fordeling mellem andelen af drenge (47 %) og piger (53 %), og næsten alle børnene er født i Danmark (96 %). For 58 % af børnene gælder, at der tales et andet sprog i hjemmet udover dansk, hvilket indikerer, at en stor andel af børnene er af anden etnisk herkomst end dansk. En stor del af børnenes forældre er ikke i lønnet job: 38 % af børnenes fædre er ikke i lønnet job, mens det er tilfældet for 58 % af børnenes mødre. 43 % af børnene har søskende, der også er overvægtige, og 41 % af børnene bor med kun den ene af forældrene. 33 % af børnene er medlem af en idrætsforening, og 40 % oplyser, at de dyrker sport i fritiden.

FORDELING AF BØRN PÅ CENTRETS TILBUD

Tabel 4.1 viser fordelingen af børn på de to overordnede behandlingstilbud og andelen af børn, som benytter centrets andre tilbud. To tredjedele af børnene, der har påbegyndt et forløb ved BVC, modtager behandling i form af familiesamtaler, mens godt en tredjedel indgår i familiegupperne. Ud af de 326 børn, der er påbegyndt et forløb, er en tredjedel (32 %) tilknyttet motionstilbuddet 'PULS' (defineret som fremmøde til mindst 3 gange), og 5 % af familierne har været tilknyttet 'Madværkstedet'. Herudover ses det, at 8 % enten forud for behandlingen på BVC har været eller efterfølgende skal på julemærkehjem. For børn, der har været på julemærkehjem, når de starter på BVC, gælder, at de allerede kan have opnået et vægttab, og at behandlingen på BVC derfor tilbydes for at sikre fastholdelse af vægten.

SAMMENFATNING

Formålet med kapitel 4 var at give en karakteristisk af de børn og familier, der benytter indsatsen på BVC. Børnene fordeler sig ligeligt i forhold til køn. Aldersmæssigt er der flest børn i aldersgruppen 8-11 år, hvilket svarer til, at to tredjedele er tilknyttet familiesamtalerne. Det er tydeligt, at de børn, der benytter indsatsen på BVC, kommer fra socialt udsatte familier. En stor andel af børnenes mødre (58 %) og fædre (38 %) er ikke i lønnet job. Derudover tales der i 58 % af hjemmene et andet sprog end dansk, hvilket kan ses som udtryk for, at over halvdelen af børnene har en anden etnisk baggrund end dansk.

TABEL 4.1: Andelen af børn, der benytter de forskellige tilbud på BVC

Anvendte tilbud (n=326)		Antal	Procent
	Familiegupper	112	34 %
	Familiesamtaler	214	66 %
Andel tilknyttet andre tilbud	PULS	103	32 %
	Madværksted	16	5 %
	Julemærkehjem	26	8 %

TABEL 4.2: Baggrundsbeskrivelse af de deltagende børn

		Antal	Procent
Alle		326	100 %
Køn	Dreng	154	47 %
	Pige	172	53 %
Alder ved start	6	1	0 %
	7	11	3 %
	8	46	14 %
	9	35	11 %
	10	47	14 %
	11	44	14 %
	12	57	17 %
	13	38	12 %
	14	26	8 %
	15	18	6 %
Bor barnet med begge forældre	Ja	173	59 %
	Nej	120	41 %
Tales der kun dansk i hjemmet	Ja	121	42 %
	Nej	165	58 %
Har barnet overvægtige søskende	Ja	79	43 %
	Nej	106	57 %
Mors skoleuddannelse	Mindre end 7 år	19	12 %
	7 til 9 år	67	43 %
	10 til 12 år	49	31 %
	13 år eller mere	21	13 %
Mors erhvervsuddannelse	Ingen	37	37 %
	3 år	30	30 %
	3-5 år	26	26 %
	Mere end 5 år	6	6 %
Mor i lønnet job i øjeblikket	Ja	72	42 %
	Nej	99	58 %
Fars skoleuddannelse	Mindre en 7 år	9	6 %
	7 til 9 år	68	49 %
	10 til 12 år	44	31 %
	13 år eller mere	19	14 %
Fars erhvervsuddannelse	Ingen	32	36 %
	3 år	30	33 %
	3-5 år	23	26 %
	Mere end 5 år	5	6 %
Far i lønnet job i øjeblikket	Ja	96	62 %
	Nej	58	38 %
Medlem af idrætsforening	Ja	46	33 %
	Nej	95	67 %
Går til sport i fritiden	Ja	66	40 %
	Nej	98	60 %

(Det findes ikke svar på samtlige spørgsmål fra alle børn, hvorfor antallet af børn der har besvaret de enkelte spørgsmål varierer)

5. REKRUTTERING AF BØRN TIL BØRNEVÆGTSCENTRET

Dette kapitel sætter fokus på fem betydningsfulde aspekter relateret til rekrutteringen af børn til BVC baseret på det kvalitative datamateriale: 1) status for rekrutteringen, 2) henvisningsprocedure og inklusionskriterier, 3) sundhedsplejen og de praktiserende læger, 4) barrierer i rekrutteringsprocessen samt 5) udeblivelser og frafald. De kvalitative data er i de to sidste afsnit understøttet af data fra det kvantitative datamateriale, hvor det har været relevant og muligt.

STATUS FOR REKRUTTERINGEN

En af årsagerne, til at man valgte at oprette BVC, var, at rapporten 'Overvægtige børn – Muligheder og barrierer i Københavns Kommune' [25], der blev udarbejdet i forbindelse med projektet 'Kommunens Plan Mod Overvægt' i 2007, konkluderede, at de fagprofessionelle manglede et behandlingstilbud, hvortil de kunne henvise svært overvægtige børn. I interviewene gav både sundhedsplejersker og praktiserende læger generelt udtryk for, at det er betydningsfuldt at have en henvisningsmulighed, men at behovet for en henvisningsmulighed kun dækkes i forhold til de børn, der falder inden for inklusionskriterierne. Det var oplevelsen, at der fortsat er en gruppe af behandlingskrævende, overvægtige børn, der falder uden for inklusionskriterierne, og som ikke kan henvises til et relevant tilbud. I sundhedsplejen, som udnytter henvisningsmuligheden mest, blev det påpeget, at det er nemmere at konfrontere et barn eller en familie med overvægten, når der er et behandlingstilbud, og det var også oplevelsen, at BVC tager trykket fra sundhedsplejen i forhold til arbejdet med overvægtige børn, da de svært overvægtige børn tidligere var dem, der gav de største udfordringer, og som de ofte gav op overfor.

At det er hensigtsmæssigt med en henvisningsmulighed, og at denne også udnyttedes i praksis, afspejles i rekrutteringen af børn til BVC. I interviewene gennemført ca. halvandet år efter etableringen af BVC var status for rekrutteringen, at det gik fint i forhold til at rekruttere børn til familiesamtalerne. Der var konstant ca. en måneds ventetid, hvilket medarbejderne på BVC oplevede som passende. I forhold til familiegupperne var

det lidt sværere. Årsagerne til dette beskrives i afsnittet 'Barrierer i rekrutteringsprocessen'.

I interviewene gennemført ca. et år senere blev status for rekrutteringen beskrevet med udsagn som eksempelvis "børnene kommer i en lind strøm", hvilket var gældende for begge typer af tilbud. I forhold til familiesamtalerne blev der henvist i overkanten af, hvad de kan modtage af børn i tilbuddet, og derfor var der ved at være en ophobning af børn på venteliste, hvilket blev beskrevet som problematisk, særligt af sundhedsplejen. De gav udtryk for, at det dels er svært for familierne at vente, når de først er blevet motiverede til at komme på BVC, og dels er det sværere at motivere familierne, når der er ventetid. Samtidig blev der i interviewene peget på forskellige barrierer og udviklingspotentialer i forhold til rekrutteringen af børn, som man fremadrettet kunne have fokus på for at øge rekrutteringen. For det første møder sundhedsplejerskerne primært målgruppen på udvalgte alderstrin i forbindelse med fastlagte samtaler. At få fat på andre alderstrin kræver, at sundhedsplejerskerne i højere grad opsporer børnene på andre måder og tidspunkter end til de fastlagte samtaler, hvilket vil kræve et tættere samarbejde med lærerne. For det andet blev der peget på et potentiale i forhold til et tættere samarbejde med de praktiserende læger samt etableringen af et samarbejde med andre faggrupper, eksempelvis lærere eller tandplejen.

HENVISNINGSPROCEDURE OG INKLUSIONSKRITERIER

Vigtige elementer i forhold til rekrutteringen af børn til BVC synes at være en velfungerende og lettilgængelig henvisningsprocedure samt nogle tydelige inklusionskriterier. I det følgende beskrives, hvordan disse elementer er blevet oplevet, har fungeret og er blevet udviklet, siden BVC blev etableret.

Henvisningsprocedure

Interviewene med praktiserende læger og sundhedsplejersker peger på, at henvisningen af børn til BVC rent praktisk har fungeret, og særligt i sundhedsplejen har der

været tilfredshed med proceduren. Det blev blandt andet beskrevet, at sundhedsplejerskerne ved tvivlsspørgsmål føler sig velkomne til at kontakte BVC, og at BVC er fleksible i forhold til formen på henvisninger. Blandt de praktiserende læger blev det påpeget, at det er nødvendigt med en elektronisk henvisningsmulighed for, at de udnytter muligheden, og BVC arbejder blandt andet derfor på at koble centret på Edifact-systemet. At BVC er koblet op på Edifact, letter samtidig medarbejdernes kontakt til hele sundhedssystemet, og gør det muligt for medarbejderne selv at trække nødvendige informationer fra sundhedsplejen, der mangler i henvisningerne – noget de tidligere kunne bruge en del tid på at rekvirere.

Inklusionskriterier

I interviewene gennemført ca. halvandet år efter etableringen af BVC var centrets inklusionskriterier et betydningsfuldt fokuspunkt og særligt blandt sundhedsplejerskerne, som oplevede, at kriterierne var for stramme og for indviklede, hvilket illustreres af følgende citat:

”Det vi jo selvfølgelig altid river os i håret af, og det ved BVC også, det er jo, at vi synes, at inklusionskriterierne er for stramme.”

Sundhedsplejerskerne havde fokus på tre aspekter af inklusionskriterierne, som de fandt problematiske: 1) aldersgrænserne, 2) vægtgrænsen og 3) at indsatsen kun dækkede nogle udvalgte bydele i kommunen.

I relation til alder var der generelt stor undren over, at tilbuddet kun dækker aldersgruppen 8-15 år og således ikke er et skoledækkende tilbud. Sundhedsplejerskerne beskrev dels, at det er nemmere at motivere de yngste børn og deres forældre til at deltage i en indsats. Samtidig ser de netop de yngste børn til rutineundersøgelser i 0. og 1. klasse, og det føles forkert at bede en motiveret familie med et svært overvægtigt barn om at vente med at deltage i tilbuddet på BVC, til barnet fylder 8 år. Følgende citat fra en sundhedsplejerske illustrerer paradokset i ikke at kunne henvise børnene allerede i 0. klasse:

”Her kan vi se det i børnehaveklassen, og vi sidder med forældrene, og vi kan ikke henvise dem. Jeg synes, det er noget af det mest tåbelige i hele det her system (...). Jeg sidder med alle de der børn, og må sidde og sige: ”jamen

de er ikke gamle nok” – de bliver kun tykkere og tykkere (...). Det kan jo ikke være rigtig, der er noget galt.”

I forhold til vægtgrænserne oplevede sundhedsplejerskerne, at de lå for højt og var for komplicerede. Sidstnævnte hænger med stor sandsynlighed sammen med, at der blev brugt mange forskellige vægtkurver og vægtgrænser i kommunen, og det skabte forvirring i sundhedsplejen, hvilket også fremgik af evalueringen af indsatsen ’Vejen til Sund Vægt’ i sundhedsplejen [26]. Sundhedsplejen oplevede ofte, at børn, som de anså for værende svært overvægtige, var for tynde til at komme i betragtning på BVC, og også det forhold blev beskrevet som problematisk at formidle til familierne.

Den sidste problematik omkring inklusionskriterierne var, at BVC i udgangspunktet kun blev tilbudt til børn bosiddende i udvalgte bydele i kommunen. Det skabte skævhed og forvirring i sundhedsplejen, at ikke alle familier kunne tilbydes det samme. Samtidig var det forvirrende for familier i de ikke-inkluderede bydele, som havde hørt om indsatsen på BVC og ønskede at blive henvist af sundhedsplejersken. Også medarbejderne på BVC oplevede forskellen mellem bydele som værende problematisk, hvilket fremgår af følgende citat:

”Jeg synes, det har været rigtig svært at sidde, enten hvis det er en mor selv, der har ringet, eller hvis det er en sundhedsplejerske, der har ringet, med et svært overvægtigt barn, som bor en gade ved siden af en gade, hvor vi godt kan tage børn fra – det synes jeg er dårligt og et svagt signal at sende, og man får hele tiden den der: ”jamen vil du så have, at jeg skal flytte to gader, og så vil I gerne?” og så kan man sige; ”ja, hvis du flytter to gader, så kan du godt komme herind.”

Pr. 1/1 2012 blev der ændret på to af de tre inklusionskriterier, som gav udfordringer for sundhedsplejerskerne. For det første blev vægtgrænsen ændret fra de kriterier, der bruges i Malmø [3], til 99 % -percentilen på Nysoms vægtkurve [27], som også er blevet indført som standard i sundhedsplejen. Det betyder i praksis, at et barn nu kan være mindre svært overvægtigt for at blive henvist til BVC. Det betyder også, at der er overensstemmelse mellem, hvad der betragtes som svær over-

vægt i henholdsvis sundhedsplejen og på BVC, hvorfor færre overvægtige børn falder imellem indsatsen på BVC og indsatsen i sundhedsplejen. For det andet er indsatsen blevet bydækkende, således at alle børn, som går i skole eller har folkeregisteradresse i Københavns Kommune, kan henvises til BVC. Endelig har der været snak om at ændre alderskriterierne, men det er endnu ikke udmøntet i praksis. I fokusgruppen med sundhedsplejersker gennemført efter ændringerne i inklusionskriterierne var der ikke fokus på udfordringer relateret til disse udover undren omkring aldersgrænsen. Således synes der ikke længere at være utilfredshed med eller uklarhed omkring kriterierne. Sundhedsplejerskerne gav i forlængelse heraf udtryk for, at de også selv med tiden har fået bedre hånd om, hvordan de skal håndtere deres egen indsats rettet mod de moderat overvægtige børn, hvilket kan have betydning for, hvordan de oplever arbejdet med overvægtige børn generelt og dermed også BVC's inklusionskriterier.

SUNDHEDSPLEJEN OG PRAKTISERENDE LÆGER

Sundhedsplejen og de praktiserende læger er helt centrale aktører i forhold til rekrutteringen af børn til BVC. I det følgende redegøres der for, hvorvidt og hvordan samarbejdet mellem BVC og de to grupper af henvisere har fungeret. Samtidig belyses det, hvordan forskellige samarbejdsrelationer udmønter sig i kendskabet til BVC og omvendt, hvilket har betydning for familiernes motivation og forventninger til indsatsen, når de møder op.

Samarbejdet med sundhedsplejen

Flere informanter pegede på, at den største styrke i implementeringsprocessen har været, at det, der blev benævnt ”fødekæden til BVC”, var tænkt ind fra starten igennem et tæt samarbejde med og rekruttering fra sundhedsplejen. Både tilstrækkelig mange og den største andel af børn på BVC henvises netop fra sundhedsplejen. Således fungerer denne rekrutteringskanal som tiltænkt. I den forbindelse er både sundhedsplejens behov for en henvisningsmulighed og deres særlige relation til BVC qua spor 1 i deres egen indsats betydningsfulde elementer. Det generelt velfungerende samarbejde, der fra begge sider blev beskrevet at have eksisteret i hele forløbet, har også været af stor betydning for, at mange børn er blevet henvist.

Fra begge sider blev der peget på, at det gode samarbejde er kendetegnet ved, at der er en god kommunikation

om det enkelte barn, og at udfordringer og tvivlsspørgsmål løses løbende. Sundhedsplejerskerne føler sig godt behandlet af medarbejderne på BVC. De blev beskrevet som hjælpsomme, hurtige til at respondere på henvendelser og gode til at vejlede, når sundhedsplejerskerne ringer. Generelt var der tilfredshed med de tilbagemeldinger, BVC leverer til sundhedsplejen, men i begge interviewrunder blev der i sundhedsplejen udtrykt ønske om nogle klarere procedurer i forhold til tilbagemeldinger, når børnene udebliver fra aftaler på BVC og eventuelt udskrives, så de kan følge op og motivere børnene til at komme på BVC.

Et særligt fokuspunkt blandt sundhedsplejerskerne i de sidst gennemførte interviews var samarbejdet omkring børn, der skal eller har været på julemærkehjem. Nogle sundhedsplejersker havde etableret en procedure, hvor de henviste julemærkebørnene til BVC forud for opholdet på julemærkehjemmet, hvorefter BVC tog over og sørgede for den nødvendige opfølgning efter opholdet. Denne mulighed blev beskrevet som meget hensigtsmæssigt, da det er vigtigt med opfølgning efter et forløb på julemærkehjem, og det synes derfor oplagt at skabe kendskab til muligheden blandt alle sundhedsplejersker.

Samarbejdet med praktiserende læger

Samarbejdet med de praktiserende læger var ikke på samme måde som samarbejdet med sundhedsplejen tænkt ind og prioriteret fra starten. Samtidig anskues lægerne som svære at nå ud til som samlet gruppe. Der eksisterer således ikke et tæt samarbejde mellem BVC og de praktiserende læger, hvilket også afspejler sig i antallet af henviste børn fra almen praksis og særligt i de første år. I de sidst gennemførte interviews blev det beskrevet, at der er en spirende interesse fra de praktiserende læger i forhold til indsatsen, idet der kommer flere henvisninger herfra sammenlignet med tidligere.

En konkret udfordring i samarbejdet med de praktiserende læger er, at lægerne er svære at få fat på, fordi de ikke har mailadresser. Derfor skal medarbejderne på BVC ringe, hvis de har spørgsmål omkring et barn. Det er tidskrævende, da det er svært at komme igennem, og medarbejderne oplever ikke, at det altid bliver mødt positivt, når lægerne skal bruge ekstra tid på et barn, der er viderehenvist.

I kontrast til denne oplevelse gav nogle af de interviewede læger udtryk for, at de gerne vil have tilbagemeldinger omkring de børn, de henviser til BVC, hvilket indikerer et ønske om samarbejde omkring det enkelte

barn. Formen for denne kommunikation blev ikke eksplíciteret. For at imødekomme lægernes ønske om information omkring henviste børn og for løbende at minde lægerne om eksistensen af BVC, har BVC taget initiativ til at sende et brev til børnenes egen læge, når de starter på BVC.

Kendskab til BVC

Som det fremgår af de to ovenstående afsnit er kendskabet til BVC af stor betydning for, hvordan samarbejdet med henviserne fungerer. BVC har fra etableringen af centret lagt et stort arbejde i at informere sundhedsplejen om indsatsen. Dels har de afholdt temadage på BVC, og dels har de af to omgange turneret rundt til sundhedsplejedistrikterne for at informere om indsatsen. Det har betydet, at sundhedsplejen har et godt kendskab til både inklusionskriterier og indhold i indsatsen. Stort set alle sundhedsplejersker kunne beskrive indsatsens indhold og kendte inklusionskriterierne.

De praktiserende læger er derimod ikke blevet systematisk informeret i samme grad som sundhedsplejerskerne. Der er sendt informationsmateriale ud til lægerne, men skriftligt informationsmateriale har ifølge de interviewede læger en tendens til at forsvinde i mængderne af materiale, de modtager. Det samme gælder foldere til at stille i venteværelset, som måske bliver sat op, men som lægen ikke kender til, hvilket fremgår af følgende udtalelse fra en praktiserende læge:

”Det kan være, at jeg skal starte med at læse de foldere, som du har fortalt, at vi har liggende ude i venteværelset (...) altså selvfølgelig burde man vide, hvad man har liggende, men altså vi er jo tre læger her, og nogen synes, at det ene er vigtigt, og nogen synes, at det andet er vigtigt. Det er ikke fordi, jeg ikke synes, at det er vigtigt, men jeg har bare ikke set den der med BVC (...) så det er ikke fordi, budskabet nødvendigvis har slået så hårdt igennem lige her, men jeg vil da til at kigge lidt på det.”

Den mindre systematiske information til lægerne kombineret med håndteringen af materiale hos den enkelte læge betyder, at kendskabet til BVC er mere begrænset i blandt lægerne. Dette var tydeligt i interviewene, hvor ingen læger præcist kunne beskrive, hvad indsatsen på BVC går ud på, og hvad inklusionskriterierne er. Lægerne pegede på, at den mest oplagte kommunikationskanal,

hvis BVC skal nå ud til flest mulige praktiserende læger i kommunen, er lægelaug og tolvmandsgrupper. Og det er nødvendigt med løbende påmindelser og information om indsatsen.

På BVC kommer sundhedsplejersker og lægers kendskab til indsatsen til udtryk, når medarbejderne møder familierne. Medarbejderne fortalte, at børn og familier, der er henvist fra sundhedsplejen, har et større kendskab til indsatsen og dermed et mere realistisk billede af, hvad der venter dem, mens børn henvist af praktiserende læger oftere har en anden idé om, hvad indsatsen byder på, end hvad tilfældet er. Det kan fx være, at de tror, at det er en motionsindsats. Samtidig bliver børn og familier henvist fra sundhedsplejen oplevet som værende mere motiverede for at deltage end børn og familier henvist fra egen læge.

Således er løbende kommunikation helt central, hvis kendskabet til indsatsen blandt potentielle henvisere skal etableres og vedligeholdes, og samarbejdet forbedres. Der er forskellige muligheder for kommunikation rettet mod sundhedsplejersker og praktiserende læger, hvor det umiddelbart er lettere at nå sundhedsplejen som samlet gruppe. Hvis BVC ønsker et tættere samarbejde med og et øget kendskab til indsatsen blandt de praktiserende læger, er det nødvendigt med en øget kommunikationsindsats til den gruppe målrettet deres behov og gennem de kommunikationskanaler, der er mulige.

BARRIERER I REKRUTTERINGSPROCESSEN

I det følgende beskrives en række barrierer hos både henvisere og familier i forhold til at henvise til og komme på BVC, der falder uden for ovenstående afsnit, men som det er værd at være opmærksom på og forstå. Der er ikke gennemført interviews med børn og familier som en del af evalueringen, hvorfor barrierer i denne gruppe ikke er dækkende beskrevet.

Barrierer blandt henviserne

Barrierer blandt henviserne omfatter både barrierer på det personlige plan og barrierer på det organisatoriske plan, hvoraf nogle er forbundne. Både sundhedsplejersker og praktiserende læger gav udtryk for, at overvægt er et blandt mange relevante emner i en travl hverdag, hvorfor det er noget, man skal vælge at bruge tid på i mødet med det overvægtige barn. Om emnet prioriteres, er i høj grad afhængigt af, om overvægt ligger inden for den enkelte sundhedsplejerske eller praktiserende læges

personlige interessefelt. Når emnet nedprioriteres, er det samtidig relevant at overveje, hvorvidt det hænger sammen med, at overvægt er et tabubelagt område. En læge pointerede flere gange, at det er et ”meget skamfuldt område”, og nogle læger og sundhedsplejersker gav udtryk for, at det er svært at konfrontere et barn eller forældrene med barnets overvægt og særligt, hvis det ikke er det problem, et barn eller en familie henvender sig med. I den forbindelse har sundhedsplejen den yderligere udfordring, at de som tidligere beskrevet ikke ser børnene på alle klassetrin, hvorfor det kan være nødvendigt at tage fat i et overvægtigt barn uden for konsultationssituationen. Det er grænseoverskridende for mange sundhedsplejersker og anses af nogle for at være etisk problematisk, hvorfor det sjældent bliver gjort i praksis, hvilket illustreres af følgende citat:

”Som sundhedsplejerske på en skole, der ser du en klasse, og så henviser du. Vi har talt meget om, om man skal prikke rundt. Personligt gør jeg det ikke (...). Man kan jo sagtens se en masse overvægtige ude i skolegården, hvor man ønsker, at man kunne gå ud og fange dem. Det kan man etisk ikke gøre, det skal komme lidt naturligt.”

En anden konkret udfordring i sundhedsplejen særligt i de første par år, hvor BVC eksisterede, var flere tidskrævende kurser og nye arbejdsopgaver i forbindelse med, at kommunallægeordningen blev nedlagt. Sundhedsplejerskerne skulle således forholde sig til meget nyt, og i den forbindelse var overvægt for nogle blevet et nedprioriteret fokusområde. I en lang periode efter nedlæggelsen af kommunallægeordningen var sundhedsplejen bagud med udskolingsundersøgelser, hvilket blev brugt som forklaring på, at rekrutteringen til familiegrupperne i begyndelsen af forløbet gik trægt.

De praktiserende læger beskrev, at en konkret udfordring for dem i relation til at henvise børn er, at der findes det, som en læge kaldte ”et virvar af indsatser”, som er svære for lægerne at finde rundt i. Mange indsatser tilbage i tid har været projekter i en kortere eller længere periode, og før en læge finder ud af, at indsatsen eksisterer, er den nedlagt. Kombineres dette med det forhold, at de praktiserende læger, som en beskrev det, har ”få patienter i samme kategori”, så det er svært at holde sig opdateret i forhold til alt. I forlængelse heraf blev det oplevet som positivt, at BVC er et driftstilbud, som lægerne med tiden, hvis de løbende informeres om

indsatsen, får et større kendskab til og bevidsthed om i dagligdagen, så de i højere grad henviser børn.

Barrierer hos børn og familier.

Børn og familiers barrierer for at blive henvist til og komme på BVC er knyttet til både børnene og familiernes livssituation og forhold relateret til BVC.

Sundhedsplejen oplever, at forældrene til de svært overvægtige børn i nogle tilfælde er svære at motivere på trods af, at børnene gerne vil henvises til BVC. Det blev beskrevet, at det kan hænge sammen med andre problemer i livet og manglende overskud, men det kan også være af misforstået omsorg for børnene. At det netop er forældrene, der er svære at motivere, understøttes af de kvantitative data. Børnene er blevet spurgt, hvordan de vurderer vigtigheden af at kunne komme på BVC og indgå i behandlingen af deres overvægt. De er blevet bedt om at vælge et tal mellem 1 og 10, hvor 1 er udtryk for, at det slet ikke er vigtigt for dem, mens 10 udtrykker, at det er meget vigtigt at have denne behandlingsmulighed. 76 % af børnene vurderer det som vigtigt eller meget vigtigt at kunne få behandlingen (værdierne 8, 9 eller 10 lagt sammen – tabel ikke vist). Dette kan ses som en indikation for, at børnene er motiverede til at komme på BVC.

Der peges imidlertid også på udfordringer i forhold til at rekruttere og fastholde de ældste børn. Det kan eksempelvis være svært at skulle gå til noget med sine forældre i en periode, hvor man er ved at løsrive sig. Nogle medarbejdere på BVC udtrykte et dilemma i forhold til de ældste børn og inddragelse af forældre. På den ene side ville det være lettere, hvis de kunne tage de unge ind til familiegrupper uden forældre, men på den anden side strider det imod grundtanken i en familiebaseret indsats. Således synes der at være indlejret nogle barrierer for implementeringen i selve konceptet.

I forhold til rekruttering af børn til familiegrupper var det ifølge sundhedsplejerskerne samtidig en udfordring, at det kan være svært for de ældste børn at skulle gå til noget på grund af overvægt, da det for nogen er udtryk for, at de har accepteret overvægten. Og navnet ’BørnevægtsCentret’ kan afskrække de ældste børn, da man som teenager ikke længere ser sig selv som et barn og derfor ikke kan identificere sig med stedet. På BVC er man bevidst om navneproblematikken, men det er svært at ændre, fordi navnet er lanceret og efterhånden kendt blandt mange.

At der er udfordringer i forhold til at fastholde motivationen hos børn i familiegrupperne, fremgår af tabel

5.1, som beskriver årsagerne til at afslutte et forløb på BVC. Det ses, at den mest udbredte årsag til at afslutte et forløb i familiegrupperne netop er, at børnene ønsker at stoppe (43 %), mens det for familiesamtalerne er, at forældrene ønsker at stoppe (48 %).

Som en sidste udfordring for familierne i forhold til at komme på BVC beskriver sundhedsplejerskerne, at placeringen af BVC på Vesterbro kan være problematisk. Dels kan det virke uoverskueligt for nogle familier, der bor i bydele langt fra Vesterbro, at komme dertil, og dels oplever nogle, at der bor for mange akademikerfamilier på Vesterbro, og derfor føler de sig ikke tilpas.

UDEBLIVELSER OG FRAFALD

I dette afsnit rettes blikket mod medarbejdernes håndtering af de familier, der enten udebliver fra aftaler eller helt falder fra indsatsen på BVC, hvilket også er et centralt aspekt i forhold til rekruttering.

Tabel 5.2 viser måder, hvorpå forløbene på BVC er afsluttet, fordelt på forløbstype. Tabellen bygger på informationer om status for 208 børn, og det fremgår,

at 25 % af de børn, der har indgået i familiesamtaler, har gennemført et forløb, mens det er tilfældet for 14 % af de børn, der har indgået i familiegrupperne. En stor andel af familierne har afsluttet forløbet før tid: 57 % af dem, der har indgået i familiesamtaler, og 65 % af dem, der har indgået i familiegrupperne. Omkring en femtedel af forløbene er afsluttet før tid af BVC, hvilket først og fremmest skyldes manglende fremmøde. Det gennemsnitlige antal helbredsundersøgelser for dem, der har afsluttet et forløb, er 4,9 undersøgelser, mens tallet er 2,0 for dem, der har afbrudt et forløb ved BVC og 3,2 for den gruppe, der stadig er i et forløb (tabel ikke vist).

Sammenlignes de børn, der gennemfører et behandlingsforløb, med de børn, der afbryder et forløb (sammenligning af gruppe 4 og 5 i figur 2.1 (n=137)) ses det, at der ingen forskel er på aldersgennemsnittet for dem, der har gennemført et forløb (11,3 år), og dem, der har afbrudt et forløb før tid (11,3 år). Ud af dem, der har gennemført et forløb, er andelen af piger størst (66 %), hvilket adskiller sig fra den kønsfordeling, der er samlet set. Dem, der har gennemført et forløb, har en gennemsnitlig BMI z-score, der ligger lidt lavere ved starten af et behandlingsforløb (2,6) end dem, der er afsluttet før tid (2,8). BMI z-score beskrives i kapitel 7.

TABEL 5.1: Årsager til at afslutte et forløb hos BVC fordelt på forløbstype

Årsager til at afslutte forløb hos BVC	Familiesamtaler (n=45)		Familiegrupper (n=28)		Total (n=73)	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Flytning	6	13 %	3	11 %	9	12 %
Barnet ønsker at stoppe	9	20 %	12	43 %	21	29 %
Forældre ønsker at stoppe	22	48 %	2	7 %	24	33 %
Mener ikke, at BVC kan hjælpe	0	0 %	3	11 %	3	4 %
Mener selv at kunne opnå vægttab	3	7 %	4	14 %	7	10 %
Andet	5	11 %	4	14 %	9	12 %

TABEL 5.2: Måder, hvorpå forløb er afsluttet fordelt på forløbstype

Status for forløb	Familiesamtaler (n=106)		Familiegrupper (n=102)		Total (n=208)	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Afsluttet efter endt forløb	27	25%	14	14 %	41	20 %
BVC afslutter før tid	19	18%	22	22 %	41	20 %
Familien afslutter før tid	60	57%	66	65 %	126	61 %

Udeblivelser og frafald var et signifikant tema i begge interviewrunder, men på hver sin måde. I interviewene, der blev gennemført 1½ år efter etableringen af BVC, blev udeblivelser og frafald generelt anskuet som en stor udfordring i hverdagen, mens det i interviewene gennemført knap et år senere i højere grad blev set som et vilkår. Derimod var der i mange interviews på alle niveauer fokus på problematikker omkring det, der benævnes 'de særligt udsatte familier', som også i høj grad er relateret til udeblivelser og frafald. De to aspekter beskrives i det følgende.

En stor udfordring i hverdagen

De svært overvægtige børn blev af medarbejderne beskrevet som børn, der ofte kommer fra socialt udsatte familier og familier med anden etnisk baggrund end dansk, hvilket understøttes af den karakteristik, der er lavet af familierne i kapitel 4. Det blev også fortalt, at flere af familierne lever fra dag til dag og har svært ved at følge en kalender og overholde aftaler, hvorfor der er mange udeblivelser. Det kvantitative datamateriale indeholder oplysninger om det samlede antal aftaler, der er lavet for behandling (familiesamtaler og familiegrupper), motionstilbud, madværksted mv. Der er i alt oprettet 4448 aftaler i BVC's datasystem. Af materialet fremgår det, at familierne er mødt op som planlagt ved 58 % af aftalerne, for 15 % af de planlagte aftaler meldes der afbud forud for aftalen, mens familierne udebliver i 27 % af tilfældene, svarende til 1196 aftaler (tabel ikke vist). At godt en fjerdedel udebliver, giver ikke oplysninger om, hvor stor en andel af børnene, der udebliver, men det fortæller, hvor ofte medarbejderne sidder i den situation, at børnene ikke møder op, og derfor får et ufrivilligt hul i arbejdsdagen. Det har naturligvis mindre betydning, hvis børnene udebliver fra PULS eller madværksted, end hvis de udebliver fra familiesamtaler eller familiegrupper. Nedenstående citat illustrerer, at de mange udeblivelser giver en del spildtid i form af ikke-intenderede pauser i en travl hverdag:

”Der er dage, hvor der slet ikke dukker nogen op, hvor dagen er sat af til det, og så er der selvfølgelig en masse andet arbejde – vi har jo enormt travlt, men hvis man havde vidst det i forvejen, ville man kunne planlægge bedre efter det.”

Medarbejderne beskrev, at de gør en stor indsats for at sikre fremmødet og fastholde familierne. Dels er der en høj grad af fleksibilitet i forhold til at lave aftaler, som

passer ind i familiernes hverdag, og også i forhold til at lave nye aftaler, når fremmødet glipper. Dels kontakter medarbejderne konsekvent familierne dagen før en aftale. Det er tidskrævende at kontakte familierne og vanskeligt, da nogle familier ofte skifter telefonnummer, og man har i processen ændret praksis fra at ringe til at sende en sms besked for at optimere tiden. I den forbindelse har man på BVC fokus på at skabe en balance, så man på den ene side har forståelse for familiernes situation og hjælper dem til at huske aftaler, men på den anden side ikke nurser dem for meget, da medarbejderne anser det for betydningsfuldt i forhold til effekten af indsatsen, at familierne selv er motiverede til at komme.

De særligt udsatte familier

I de sidst gennemførte interviews blev fokus på udeblivelser og frafald som beskrevet indsnævret til et mere specifikt fokus på de særligt udsatte familier. Interviewene peger samlet på, at der er nogle familier, der sendes rundt mellem forskellige instanser og tilbud og måske tabes i systemet. Problematikken omkring disse familier rækker på mange måder ud over BVC, men konkret i forhold til BVC er der behov for en afklaring af, hvad BVC's rolle er i forhold til disse familier. Analysen peger på et dilemma mellem på den ene side sundhedsplejerskernes forventninger til, at BVC overtager ansvaret for den videre håndtering af familierne, når de først er henvist, og på den anden side BVC's reelle funktion – behandling af svært overvægt. Der er ikke i den grad, som det måske er nødvendigt, afsat ressourcer på BVC til at håndtere andre problematikker i familiernes liv. Samtidig kan de i sagens natur ikke arbejde med overvægten i de familier, der ikke møder op. Derfor udskrives børnene, når BVC af den ene eller anden grund ikke kan arbejde mere med familien, og ansvaret for børnene ligger igen hos sundhedsplejen. Fra forvaltningsniveau og fra de ledende sundhedsplejersker blev det påpeget, at det er nødvendigt at ændre den misforståelse, der hersker i sundhedsplejen om, at BVC tager over, når et barn er viderehenvist. Samtidig blev det også slået fast, at sundhedsplejerskerne ikke skal føle et ansvar for at håndtere overvægtsproblematikken hos de børn, der udskrives fra BVC, da de ikke har de nødvendige, tværfaglige kompetencer til det.

SAMMENFATNING

Formålet med kapitel 5 var at belyse, hvordan rekrutteringen til BVC's behandlingstilbud fungerer, herunder om sundhedsplejersker og praktiserende læger benytter muligheden for at henvise børnene, og hvis ikke hvorfor.

Kapitlet sætter fokus på fem forhold relateret til rekruttering: 1) status for rekrutteringen, 2) henvisningsprocedure og inklusionskriterier, 3) sundhedsplejen og de praktiserende læger, 4) barrierer i rekrutteringsprocessen samt 5) udeblivelser og frafald.

Generelt oplever sundhedsplejersker og praktiserende læger, at det er betydningsfuldt at have en henvisningsmulighed. De påpeger imidlertid, at behovet for en henvisningsmulighed kun dækkes i forhold til de børn, der falder inden for inklusionskriterierne. Der synes således fortsat at være en gruppe af behandlingskrævende overvægtige børn, som ikke kan henvises til et relevant tilbud.

At henvisningsmuligheden udnyttes i praksis afspejles i, at der på nuværende tidspunkt henvises tilstrækkeligt mange børn til BVC i forhold til normeringen, men det er primært sundhedsplejersker, der henviser børn til centret. For både familiesamtaler og familiegrupper synes der at være sket en stigning i antallet af henviste børn, hvilket sandsynligvis er udtryk for, at indsatsen bliver mere og mere kendt – både i sundhedsplejen og blandt de praktiserende læger. Særligt i forhold til familiesamtalerne er der kommet en ventetidsproblematik, som det er nødvendigt, at BVC og i Kommunen forholder sig til, da man risikerer at tabe motiverede familier, hvis de skal vente for længe.

Der er en generel tilfredshed med de praktiske henvisningsprocedurer til BVC, men de praktiserende læger udtrykker ønske om at kunne henvide elektronisk – en mulighed, som BVC arbejder på i form af opkobling på Edifact-systemet.

Sundhedsplejen har i centrets første leveår været utilfredse med BVC's inklusionskriterier, fordi der har været uenighed i forhold til og hersket usikkerhed om aldersgrænse, vægtgrænse, og at indsatsen kun dækkede nogle udvalgte bydele i Københavns Kommune. Pr. 1/1 2012 blev vægtgrænsen sat ned, og indsatsen på BVC blev gjort bydækkende. Således er der nu overensstemmelse mellem sundhedsplejens og BVC's opfattelse af svær overvægt, ligesom der er lige vilkår for alle børn, der er bosat eller går i skole i kommunen. Der er fortsat undren over aldersgrænsen og et ønske om at udvide indsatsen, så den dækker hele skolealderen og gerne mere.

Samarbejdet med sundhedsplejen er generelt velfungerende. Det anses som helt centralt for rekrutteringen, at man har tænkt fødekæden til indsatsen ind fra starten. Der eksisterer ikke på samme måde et tæt samarbejde

med de praktiserende læger, hvilket hænger sammen med, at det ikke har været prioriteret i samme grad som samarbejdet med sundhedsplejen, og at lægerne er svære at nå som samlet gruppe. Karakteren af samarbejdet med de to grupper afspejles dels i antallet af henviste børn til BVC, og dels i kendskabet til BVC. Det er tydeligt, at sundhedsplejen har bedre indsigt i, hvad indsatsen på BVC er, mens lægernes kendskab er begrænset, og det præger i sidste ende familiernes motivation til at møde op på BVC samt deres viden om og forventninger til indsatsen.

Både sundhedsplejerskerne og praktiserende læger peger på en række forhold, der har betydning for, om de selv henviser til BVC, og om familierne tager imod tilbuddet, når de er blevet henvist. For det første afhænger henvisning af, om det er et område, der prioriteres af og er meningsfuldt for den enkelte sundhedsplejerske eller læge. For det andet beskrives overvægt som et tabuiseret område, og det kan være særlig svært at tage emnet op, hvis barnet eller familien ikke selv bringer det på banen. For det tredje har tidskrævende kurser og nye opgaver i forbindelse med nedlæggelsen af kommunallægeordningen været en barriere for sundhedsplejerskerne, og de praktiserende læger beskriver, at junglen af indsatser kombineret med få patienter af den samme kategori er en udfordring. For familierne lægges der vægt på, at forældrene kan være svære at motivere, og at der særligt i forhold til de unge, der henvises til familiegrupperne, er nogle udfordringer, som dels er relateret til, at det er en familiebaseret indsats, og dels til navnet på centret. Endelig kan placeringen på Vesterbro afskrække nogle familier.

Det sidste forhold af betydning for rekruttering er udeblivelser og frafald, som er et reelt problem, der fylder i dagligdagen, når man arbejder med denne målgruppe. Der er sket et skift blandt medarbejderne på BVC fra at have set udeblivelser og frafald som en stor udfordring til at anskue det som et vilkår. Det er derfor med tiden blevet lettere for medarbejderne at acceptere de udfordringer, det giver, hvilket kan hænge sammen med, at det tager tid at skabe realistiske forventninger til målgruppen. Udeblivelser og frafald giver dog en udfordring i dagligdagen i form af spildtid. Der er samtidig fortsat en uløst problematik omkring de særligt udsatte familier, som pt. tabes i systemet, da der tilsyneladende ikke er tilbud målrettet dem, og det kan derfor være nødvendigt at overveje, hvordan man indretter et tilbud, som rammer netop de familier.

6. KVALIFICERING AF DEN TIDLIGE OPSPORING I SUNDHEDSPLEJEN

Som beskrevet havde BVC i udgangspunktet en videnscenterfunktion, der dels skulle udgøre Københavns Kommunes spidskompetence i forhold til overvægt hos børn, og dels skulle kvalitetssikre indsatsen. Videnscentret havde bl.a. til opgave at kvalificere den tidlige opsporing af overvægt, som finder sted i sundhedsplejen. I dette kapitel sættes der fokus på denne del af BVCs funktion. Der er i kapitlet ikke fokus på rådgivning til sundhedsplejen omkring de enkelte familier.

Overordnet har opgaven ikke været i fokus på BVC, da videnscentret af forskellige årsager har været nedprioriteret i hele processen. Det primære bidrag fra BVC i forhold til at kvalificere den tidlige opsporing af overvægt i sundhedsplejen har været, at centrets sundhedsplejerske deltog i den arbejdsgruppe, der udviklede indsatsen 'Vejen til Sund Vægt' i sundhedsplejen. Dette samarbejde var afsluttet, da de første interviews blev gennemført. I det følgende beskrives de hindringer, der har været for at etablere et videnscenter for børneovervægt på BVC, samt de behov, der eksisterer for et sådant center.

BØRNEVÆGTSCENTRET SOM VIDENSCENTER

I de første interviews blev det beskrevet af både BVC og forvaltningerne, at der på grund af manglende ledelse ikke havde været overskud til at prioritere etableringen af et videnscenter på BVC. Der blev i opstartsfasen gjort tiltag i form af eksempelvis beskrivelser af vision, mission og mål for videnscentret, hvilket indikerer, at der var begyndende forsøg på at sætte arbejdet med videnscentret i gang, men det blev aldrig for alvor udmøntet i praksis. Man havde stadig både på BVC og på forvaltningsniveau planer om at etablere et videnscenter, da de første interviews blev gennemført, men i stedet for at være en selvstændig enhed på BVC skulle det inkluderes i et samlet videnscenter i FSK, hvor bidraget fra BVC skulle udgøre den børnefaglige del i et ellers ikke børnefagligt miljø.

I perioden mellem de to interviewrunder, det vil sige sidste halvdel af 2011 og første halvdel af 2012, var der ned-

skæringer i FSK, som betød, at hele videnscenterdelen i FSK blev sparet væk. Således eksisterer der pt. ikke en enhed i Københavns Kommune, der systematisk samler ny viden på børnevægtsområdet og formidler den til relevante interessenter.

BVC gennemfører nogle af de aktiviteter, der i udgangspunktet var tænkt som en del af videnscentrets opgaver, herunder har de som tidligere beskrevet afholdt temadage og åbent hus på centret, ligesom de har turneret rundt til de forskellige distrikter i sundhedsplejen for at oplyse om BVC. Endelig har leder og medarbejdere udarbejdet beskrivelsen af konceptet på BVC, som andre interessenter kan drage nytte af. Fælles for de formidlingsaktiviteter, der har fundet sted, er, at de har haft fokus på indsatsen på BVC og ikke på børneovervægt i et bredere perspektiv.

Selvom videnscenterdelen på BVC hidtil er blevet nedprioriteret, synes der stadig at være et behov. I begge interviewrunder blev der både internt på BVC, fra forvaltningen og fra sundhedsplejen yttret ønske om et øget fokus på formidling fra BVC. Det blev foreslået, at BVC kan tænke mere strategisk i forhold til formidling ved at formidle de gode historier og beskrive kompleksiteten af denne type indsatser. På den måde kan de være med til at skabe en større forståelse for feltet og være med til at gøre sig selv uundværlige. I Sundhedsplejen blev det konkret efterspurgt, at BVC dels opsamler og udbreder viden fra BVC om, hvilke børn der henvises, og hvilke resultater centret opnår, og dels formidler ny viden og forskning på området generelt. Der var forskellige ønsker til, hvordan denne formidling skal foregå, men et forslag var kvartalsvis eller halvårlige nyhedsbreve. Sundhedsplejen udtrykte i den forbindelse, at en øget informationsstrøm fra BVC ville øge respekten for tilbuddet og dermed øge motivationen til at henvise.

SAMMENFATNING

Kapitel 6 peger på, at BVC's bidrag til at kvalificere den tidlige opsporing af overvægt i sundhedsplejen har været sparsom. Kvalificeringen har primært fundet sted gen-

nem deltagelse i den arbejdsgruppe, der har udviklet indsatsen i sundhedsplejen, da det videnscenter, som i udgangspunktet var tænkt som en ressource i forhold til sundhedsplejens arbejde, aldrig er blevet etableret i den tiltænkte form. At videnscentret ikke er blevet etableret, synes at være en bevidst beslutning i SUF, hvorfor det må antages, at forventningen til BVC på dette område

ikke længere eksisterer. En del af videnscenteropgaven løses i forbindelse med formidlingsaktiviteter omkring BVC, men der synes at være et behov for en mere systematisk indsamling og formidling af viden og forskning på børneovervægtsområdet, som blandt andet sundhedsplejen vil kunne drage nytte af i deres arbejde.

7. INDSATSENS UMIDDELBARE VIRKNINGER

Dette kapitel har fokus på, hvordan indsatsen på BVC påvirker børnenes udvikling i køns- og aldersspecifik BMI og fedtprocent. Som det fremgår af figur 2.1 kan op til 122 børn inkluderes i analyserne. Ud af de 122 børn er 38 kategoriserede som 'afsluttet efter endt behandling' på tidspunktet for dataudtrækket. De resterende børn, der indgår i analyserne, er børn, der er i gang med et forløb, og som har gennemført mindst fire helbredsundersøgelser, eller børn, der er kategoriseret som 'afsluttet før endt forløb', men ligeledes har gennemført mindst fire helbredsundersøgelser. Resultaterne af analyserne er derfor det bedst mulige estimat for effekten af behandlingerne, men det kan ikke tages som et fuldstændigt udtryk for den effekt, man kan forvente, idet nogle børn må forventes at have yderligere ændringer i deres vægt frem til det tidspunkt, hvor de kategoriseres som 'afsluttet efter endt forløb'.

UDVIKLING I BMI

Den mest almindelige måde at rapportere overvægt på er ved brug af BMI, der udregnes som vægt i forhold til højde (kropsvægt i kg / højde i meter²). Der er international enighed om, at BMI kan anvendes til at klassificere overvægt og svær overvægt hos voksne, men det er mere kompliceret, når det handler om børn. Det skyldes, at børn gennemgår markante, fysiologiske forandringer, der betyder, at der udover højde også skal korrigeres for alder og køn[28]. Der findes forskellige metoder til at vurdere et barns vægtniveau. Oftest gøres det ved, at et

barns BMI vurderes i forhold til en normalvægtskurve med fastsatte grænser for overvægt og svær overvægt i form af percentiler eller standardafvigelser fra normalvægten. BVC har frem til 31/12 2011 anvendt de samme inklusionskriterier som dem, der blev anvendt ved SOFT-konceptet i Malmø [3]. Herefter er de som tidligere beskrevet gået over til at bruge Nysoms vægtskurver [27]. De børn, der tilbydes et behandlingsforløb ved BVC, er alle svært overvægtige. Børnenes BMI ligger derfor over den øverste percentil på vægtskurverne, svarende til en BMI over 30 for voksne. En del af børnene er ekstremt overvægtige og ville derfor blive placeret i kategorierne, der svarer til BMI over 35 og BMI over 40 for voksne. For børn og unge er der udarbejdet køns- og aldersspecifikke BMI-grænser for overvægt og svær overvægt [21], men BMI-niveauer, der ligger herover, kan ikke vurderes på baggrund af det materiale.

For at kunne bestemme ændringerne i BMI for børnene før og efter behandlingen på BVC er det nødvendigt at kunne beregne ændringer for børn, der har BMI-niveauer, der ligger længere fra normalvægten end BMI-niveauer i kategorierne overvægt og svær overvægt, og derudover er det nødvendigt at anvende en metode, der tager højde for børnenes køn og alder ved helbredsundersøgelserne. Dette kan gøres ved at beregne køns- og aldersspecifikke BMI z-scores. I forbindelse med børnenes helbredsundersøgelser er højde, vægt og dato for undersøgelsen noteret, og på den baggrund kan BMI ved de forskellige tidspunkter for helbredsundersøgelserne beregnes. Hver BMI-udregning er sat i forhold til

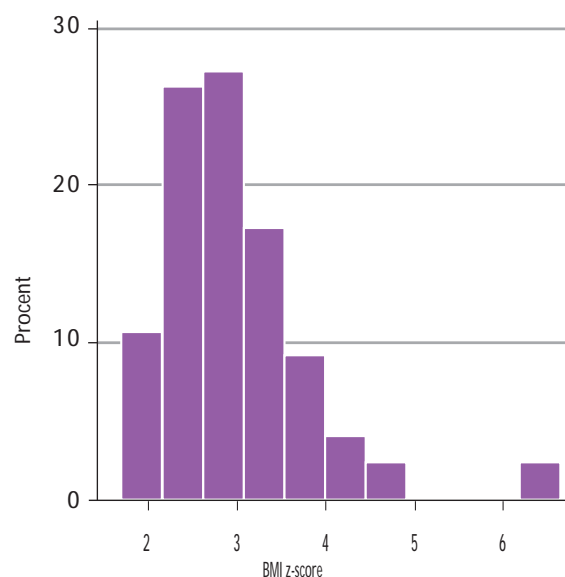
en referencepopulation på baggrund af et datamateriale udarbejdet af WHO [22,23]. Ved at koble informationerne fra BVC's helbredsundersøgelser med datasættet fra WHO kan BMI z-scoren beregnes for alle helbredsundersøgelser som udtryk for, hvor langt børnenes BMI er fra normalområdet for børn med samme alder (i måneder) og køn.

Herunder præsenteres børnenes BMI z-score ved opstart og afslutning af behandlingsforløbet. Andelen, der har en lavere BMI z-score ved afslutning af behandlingen, ses som udtryk for, at børnene har ændret BMI-niveau i den ønskede retning. Størrelsen på ændringen vises også herunder, men da der ikke er opstillet konkrete succeskriterier for, hvor stor en andel af børnene der skal ændre BMI eller BMI z-score eller hvor store ændringerne bør være for at kunne betegnes som effektfulde, kommenteres det ikke yderligere. Vi sammenligner resultaterne fra denne evaluering med de resultater, der er blevet publiceret på baggrund af SOFT-modellen i Malmø.

Z-score ved start på behandlingsforløb

En mindre andel (36) af de børn, der har fulgt et behandlingsforløb på BVC, er børn, der enten har været eller skal tilknyttes et julemærkehjem. Der kan derfor være børn, der forud for opstarten på BVC har opnået et vægttab, og som følger behandlingen ved BVC for at sikre, at vægttabet opretholdes. Ud af de 122 mulige børn findes der ét barn, der har været på julemærkehjem, og som har en meget lav BMI z-score svarende til normalvægt. Dette barn er derfor taget ud af analyserne, og i alt 121 børn inkluderes i analyserne af udviklingen i BMI z-score. En BMI z-score på 0 er udtryk for at et barn er normalvægtigt. Der er imidlertid ikke fuldstændig enighed om, hvordan grænserne for BMI z-scores kan sammenlignes med niveauer for overvægt og svær overvægt. I SOFT-projektet er en BMI z-score over 3 defineret som 'extreme obesity', mens en BMI z-score på

FIGUR 7.1 BMI z-score ved behandlingsstart



over 3,5 er defineret som 'morbid obesity' [5] svarende til en BMI på henholdsvis over 35 og over 40 for voksne.

Den gennemsnitlige BMI z-score ved start på behandlingsforløb ved BVC er 2,97. Det ses i figuren herunder, at de fleste børn har en z-score ved opstart, der ligger omkring 2-3, og at der også er børn med mere ekstreme værdier i form af BMI z-scores på over 6.

Ændringer i z-score

Den overordnede vurdering af behandlingen ved BVC kan bestemmes ved at se på andelen, der har en lavere BMI z-score ved den sidste helbredsundersøgelse sammenlignet med den første. Denne opdeling viser, at 71 % af børnene har en lavere BMI z-score ved afslutning af behandlingen, mens 29 % har en større BMI z-score og dermed en større afstand til normalvægtskategorien.

TABEL 7.1: Udviklingen i den gennemsnitlige z-score fra første til fjerde eller sidste helbredsundersøgelse. Vist for henholdsvis alle børn, de børn der, har et fald i BMI z-score, og de, der ikke har et fald i BMI z-score

	Alle børn (n=121)	Børn med fald i BMI z-score (n=86)	Børn uden fald i BMI z-score (n=86)
1. Helbredsundersøgelse	2,97	3,07	2,72
2. Helbredsundersøgelse	2,88	2,95	2,72
3. Helbredsundersøgelse	2,84	2,84	2,75
4. Helbredsundersøgelse	2,70	2,65	2,85
Forskel fra start til slut	-0,27	-0,42	0,13

*4. helbredsundersøgelse indeholder mål fra 4. eller sidste (senere end 4.) helbredsundersøgelse

Som det ses i figur 7.2, er størstedelen af ændringerne mellem 0 og 1 BMI z-score, hvoraf de fleste har en ændring mellem 0 og 0,5 BMI z-score.

Samlet for alle 121 børn gælder, at der er en gennemsnitlig ændring i BMI z-score på -0,27. Den gennemsnitlige ændring i BMI z-score for de børn, der har et fald i BMI z-score, er -0,42, mens den er 0,13 for de resterende børn, der øger BMI z-scoren under forløbet (tabel 7.1). Til sammenligning er ændringen i BMI z-score for SOFT-projektet i Malmø -0,09 [5]. På baggrund af resultaterne fra SOFT-projektet er der publiceret en videnskabelig artikel, hvor konklusionen er, at der ses en signifikant ændring i BMI z-score, og man vurderer, at behandlingsmodellen sandsynligvis er velegnet for unge med en BMI z-score <3.5.

Ser man på udviklingen i BMI z-score fra første til fjerde helbredsundersøgelse på BVC, ses det, at der er et jævnt fald i BMI z-scoren for børnene samlet set (n=121) og for de børn, der har effektivt forløb (n=86), mens der ikke er den samme tendens at se for børn, hvor behandlingen ikke har haft den ønskede effekt (n=35) (tabel 7.1).

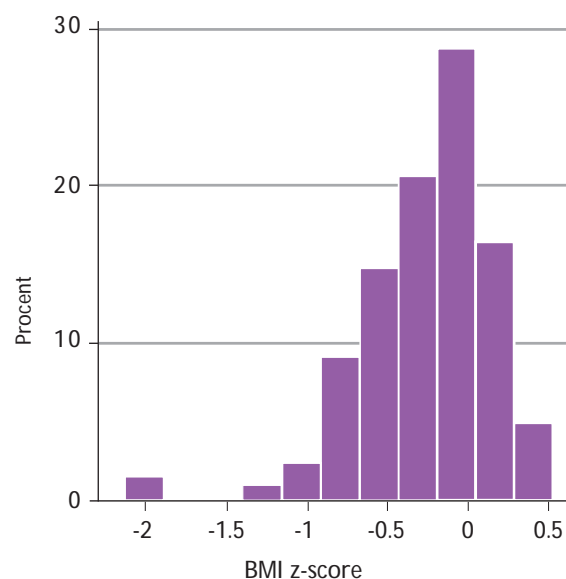
Forløbstyper og længde af forløb

Blandt de 86 børn, der opnår en lavere BMI z-score, er ændringen større for børn, der følger familiesamtalerne (-0,47) sammenlignet med børn, der følger familiegrupperne (-0,30). Det er dog en opdeling med få børn, hvorfor resultaterne skal tolkes med forsigtighed. Opdeles børnene, der opnår en lavere BMI z-score, efter længden af behandlingsforløbet, ses det, at for dem, der har haft et behandlingsforløb på op til 12 måneder, ændres BMI z-scoren med -0,35, mens den ændres -0,48 for dem, der har været i et forløb på mere end 12 måneder (tabel ikke vist).

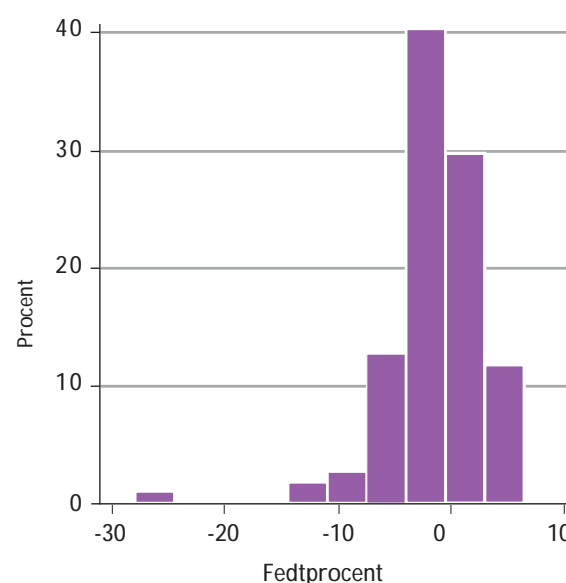
FEDTPROCENT - STATUS VED OPSTART OG UDVIKLING

Udover beregningerne af BMI z-score foreligger der målinger af børnenes fedtprocent, der ses som en yderligere indikator for effekten af behandlingerne. For fedtprocent gælder, at det er en måling, der er forbundet med en vis usikkerhed, og derudover bør fedtprocent ses i forhold til børnenes køn, alder og pubertetsniveau, men det er ikke muligt med så lille en gruppe af børn. Den gennemsnitlige fedtprocent ved behandlingsstart er 37,3 %, mens den er 35,8 % ved sidste måling.

FIGUR 7.2 Ændring i BMI z-score



FIGUR 7.3 Ændring i fedtprocent mellem første og sidste måling



Sammenligning af før og efter målinger viser, at 68 % af børnene har en lavere fedtprocent ved sidste måling sammenlignet med den første. Som det ses i figur 7.3 fordeler ændringerne i fedtprocent sig omkring 0 med en lidt andel, der har et fald i fedtprocent.

For de børn, hvor behandlingen synes effektiv, er der en gennemsnitlig forskel på -3,3 procentpoint. Som det ses i tabellen herunder er der store forskelle i ændringen af fedtprocent ved opdeling i henholdsvis højere og lavere fedtprocent efter behandling.

Tabel 7.2: Udviklingen i den gennemsnitlige fedtprocent fra første til sidste helbredsundersøgelse. Vist for henholdsvis alle børn, de børn, der opnår lavere fedtprocent, og for de børn, der ikke opnår lavere fedtprocent.

	Alle børn	Børn med lavere fedtprocent efter forløb	Børn med højere fedtprocent efter forløb
Begge køn	-1,5 (n=111)	-3,3 (n=76)	2,5(n=35)
Drenge	-2,2 (52)	-3,5 (40)	2,3 (12)
Piger	-0,7 (59)	-2,9 (36)	2,7 (23)

Den gennemsnitlige ændring i fedtprocent for børn, der følger familiesamtaler (n=79), er -1,1 procentpoint, mens den gennemsnitlige ændring for børn, der følger familiegupper (n=22), er -2,2 procentpoint (tabel ikke vist).

SAMMENFATNING

Formålet med kapitel 7 var at belyse den umiddelbare virkning af indsatsen på BVC på børnenes køns- og aldersspecifikke BMI og fedtprocent. Analyserne viser, at andelen, der har lavere BMI z-score og fedtprocent ved afslutning af forløb, er omkring 70 % for begge mål. Det tyder på, at der er en effekt af den behandling, der gennemføres på BVC, om end vi ikke med sikkerhed kan afgøre, om det netop er behandlingen ved BVC, der fører til disse ændringer. Dette ville have krævet en sammenligning med en gruppe børn, der ikke tilbydes behandling.

Et argument for, at der er tale om en reel effekt, er, at der ses et stigende fald i BMI z-score og fedtprocent med

stigende antal af helbredsundersøgelser. Der er dog ikke på forhånd fastsat mål for, hvor stor en andel af børnene, der forventes at ændre vægt i behandlingsforløbet, ligesom der ikke er opstillet kriterier for, hvor store disse ændringer bør være for, at der kan tales om et effektivt forløb. Ser man alene på andelen af børnene, der ændrer vægt efter hensigten, viser analyserne at 71, % af børnene har en lavere BMI z-score ved afslutning af behandlingen, og 68 % har en lavere fedtprocent, men hvorvidt ændringer i BMI z-score på -0,27 og ændring i fedtprocent på -1,4 procentpoint samlet set er tilfredsstillende, kan ikke afgøres. Sammenlignes den ændring, der er i BMI z-score ved behandlingen på BVC, med det resultat, man finder ved SOFT-modellen i Malmø, er resultaterne fra BVC markant større.

8. KONKLUSION OG PERSPEKTIVER

EVALUERINGS KONKLUSION

Evalueringen viser overordnet, at Københavns Kommune i løbet af de sidste tre år har etableret en velfungerende indsats til svært overvægtige børn og deres familier. Analyserne af indsatsen indikerer, at den har en effekt i forhold til at bremse børnenes vægtudvikling.

Implementeringsprocessen

Der har i BVC's tre første leveår været forhold, der har både fremmet og vanskeliggjort implementeringen af

indsatsen på centret. Det har fremmet implementeringen, at centret har haft politisk og økonomisk medvind, og at medarbejderne har været engagerede, ansvarsfulde og fagligt kompetente og har formået at etablere et velfungerende, internt samarbejde. Hertil kommer, at der har været plads til at udvikle indsatsen og særligt efter introduktionen af en ny ledelse, samt at der har været velfungerende procedurer for at modtage nye medarbejdere. Endelig har forvaltningen bakket op om aktiviteterne på BVC, og der har eksisteret et godt samarbejde på tværs af forvaltninger.

De primære udfordringer har været, at det oprindelige SOFT-koncept viste sig vanskeligt at implementere, og at der var en vanskelig ledelsesmæssig situation de første par år. Hertil kommer, at der har været forskellige vilkår for familiesamtalerne og familiegrupperne, ligesom der har været mange medarbejderudskiftninger og særligt i familiegruppeteamet. Endelig har der været forskellige agendaer på henholdsvis BVC- og forvaltningsniveau.

Rekruttering af børn til centret

På nuværende tidspunkt henvises tilstrækkeligt mange børn til BVC i forhold til normeringen. I forhold til familiesamtalerne er der ved at være opbygget en længere venteliste, hvilket er problematisk, da for lang ventetid kan demotivere ellers motiverede familier. At fødekæden i form af sundhedsplejen har været tænkt ind fra starten, ses som helt centralt i forhold til den velfungerende rekruttering. Samarbejdet med sundhedsplejerskerne er generelt velfungerende, og de har et stort kendskab til BVC. Der eksisterer imidlertid ikke et tæt samarbejde med de praktiserende læger, og kendskabet til BVC er derfor generelt begrænset blandt lægerne. Henvisningsproceduren fungerer, men en elektronisk henvisningsmulighed foretrækkes. Der er nu skabt klarhed om inklusionskriterierne, men der er fra flere sider undren over aldersgrænserne. Når sundhedsplejersker og læger ikke henviser til BVC, beror det på manglende prioritering i en travl hverdag, tabu omkring overvægt, der gør, at emnet ikke bringes på banen samt forvirring omkring eksisterende indsats.

Udeblivelser og frafald er en udfordring i dagligdagen på BVC, men også et vilkår i arbejdet med denne målgruppe. Det er særligt udfordrende, at få de unge til at møde op til familiegrupperne. Der eksisterer samtidig en uløst problematik omkring de særligt udsatte familier, som slet ikke møder op på BVC og derfor udskrives.

Kvalificering af den tidlige opsporing i sundhedsplejen.

Kvalificeringen af den tidlige opsporing af overvægt i sundhedsplejen har været sparsom. Kvalificeringen har primært fundet sted gennem deltagelse i den arbejdsgruppe, der har udviklet indsatsen i sundhedsplejen, da det videnscenter, som i udgangspunktet var tænkt som en ressource i forhold til sundhedsplejens arbejde, aldrig er blevet etableret i den tiltænkte form. En del af videnscenteropgaven løses i forbindelse med formidlingsaktiviteterne omkring BVC, men der synes at være et behov for en mere systematisk indsamling og formidling af viden og forskning på børneovervægtsområdet, som blandt andet sundhedsplejen ville kunne drage nytte af i deres arbejde.

Karakteristik af børn og familier

Det er tydeligt, at de børn, der benytter indsatsen på BVC, kommer fra socialt udsatte familier. En stor andel af børnenes mødre (58 %) og fædre (38 %) er ikke i lønnet job. Derudover tales der i 58 % af hjemmene et andet sprog end dansk, hvilket kan ses som udtryk for, at over halvdelen af børnene har en anden etnisk baggrund end dansk.

Indsatsens umiddelbare virkninger

Resultaterne viser, at 71 % af behandlingsforløbene resulterer i en lavere BMI z-score, som er et udtryk for et fald i køns- og aldersspecifik BMI. Næsten samme resultat ses for fedtprocent (68 %). Det er ikke muligt med sikkerhed at fastslå, at det er indsatsen på BVC, der forårsager dette. Et argument for, at der er tale om en reel effekt af indsatsen på BVC, er, at der ses et stigende fald i BMI z-score og fedtprocent med stigende antal af helbredsundersøgelser. Det ses også, at længden af tilknytning til BVC har betydning for størrelsen af ændringen.

ANBEFALINGER

Følgende anbefalinger er baseret på evalueringen af implementeringsprocessen, herunder rekrutteringen til centret og kvalificeringen af den tidlige opsporing af overvægt i sundhedsplejen:

- At der rettes opmærksomhed mod de forskellige agendaer på henholdsvis BVC- og forvaltningsniveau, således at der opnås en større forståelse for modsatte perspektiver i samarbejdet mellem de to niveauer.
- At der fokuseres på, hvordan familiegrupperne kan tilrettelægges på en tilfredsstillende måde for medarbejderne, men også så de tilfredsstillende de unge og familiernes behov (evaluator har ikke viden om, hvordan den nye struktur for familiegrupperne, der er indført efter gennemførelsen af de sidste interviews, fungerer).
- At der skabes en balance mellem centrets kapacitet og behovet i målgruppen, således at der ikke opstår for lang ventetid til BVC.
- At det sikres, at Edifact-systemet fungerer, således at sundhedsplejersker og læger kan henvise elektronisk.
- At der etableres klare procedurer i forhold til tilbagemeldinger til sundhedsplejen om børn, der udebliver eller udskrives fra BVC.
- At der arbejdes på at etablere et tættere samarbejde med almen praksis igennem en øget

kommunikationsindsats, der er målrettet de praktiserende lægers behov og kommunikationskanaler.

- At der etableres et tættere samarbejde med SOF.
- At det afklares, hvad der skal ske med de særligt udsatte familier, som ikke umiddelbart rammes af indsatsen.
- At behovet for et videnscenter med fokus på børneovervægt genovervejes.

Følgende anbefalinger er baseret på karakteristikken af børn og familier og evalueringen af indsatsens umiddelbare virkning:

- At BVC i forhold til data og datakvalitet har et særligt fokus på systematisk registrering af et mindre antal af informationer, der indhentes for alle børnene. De indsamlede informationer bør have et tydeligt anvendelsesformål. Der er mange af disse oplysninger, som fremadrettet kan give interessant viden om, hvad der eksempelvis øger sandsynligheden for at fuldføre et forløb (trivsel, kost- og motionsvaner).
- At BVC overvejer at indføre opfølgende målinger af børnenes højde og vægt et eller to år efter afsluttet behandlingsforløb. Det er vigtigt systematisk at indhente viden om, hvorvidt man med det anvendte koncept er i stand til at sikre en blivende vægtændring hos børnene.
- At BVC opstiller konkrete mål/succeskriterier for arbejdet. Hvor stor en andel af børnene bør have et vægttab, og hvor stort skal dette være, for at man kan sige, at indsatsen er lykkedes?
- At der gennemføres endnu en evaluering af effekten om 2-3 år, når et større antal børn har fuldført behandling. Et mere omfattende datamateriale vil give mulighed for at gennemføre effektanalyser af mere uddybende og valid karakter.

PERSPEKTIVER I FORHOLD TIL BØRNEOVERVÆGTSINDSATSEN I KØBENHAVNS KOMMUNE

I de gennemførte interviews gav informanter på alle niveauer udtryk for nogle udviklingspotentialer i et bredere perspektiv, dels i forhold til at skabe en endnu mere sammenhængende børneovervægtsindsats i Københavns Kommune generelt, og dels i forhold til indsatsen på BVC. Dette ligger uden for evalueringens fokus, men præsenteres som inspiration for BVC og kommunens videre arbejde.

Flere informanter beskrev, at BVC løser en del af opgaven i forhold til at håndtere problematikken omkring overvægtige børn, men hvis Københavns Kommune 'virkelig mener det', som nogle gav udtryk for, er der behov for en mere sammenhængende indsats. Det blev foreslået, at overvægtsindsatsen – og særligt i forhold til de svært overvægtige børn – kobles tættere op på det arbejde, der foregår i regi af SOF, da der ofte er svære, sociale problematikker i familierne. Der blev eksempelvis peget på, at det for nogle familier vil være nødvendigt med en støtte- eller kontaktperson, hvis de skal møde op til behandlingsaftaler. Der blev også peget på, at det ideelle ville være en mere helhedsorienteret indsats, eksempelvis i form af et børne-/familiehus, der foruden de fagligheder, der er repræsenteret på BVC, også inkluderer socialrådgivere og familierapeuter.

I forhold til BVC blev der på den ene side peget på et behov for BørnevægtsCentre i de enkelte bydele, da det vil fjerne den barriere, der for nogle familier ligger i at tage til Vesterbro. På den anden side blev det set som en fordel, at der er ét tilbud i kommunen med specialiseret personale. Samtidig blev det foreslået, at kapaciteten på BVC udvides, så en større del af målgruppen reelt kan tilbydes behandling, at målgruppen udvides til 3-18 år, og at målgruppen udvides i forhold til vægtgrænser, så flere behandlingskrævende, overvægtige børn kan tilbydes en behandlingsmulighed. Det blev også foreslået, at der etableres en tættere opfølgning af børnene, når de afsluttes, at der etableres en øget mulighed for at børnene på BVC kan deltage i motionstilbud og endelig, at der etableres en tættere kobling til forskning.

APPENDIX - FORKORTELSER

BMI – Body Mass Index
BUF – Børne- og Ungdomsforvaltningen
BVC – BørneVægtsCentret
FSK – Folkesundhed København
PPR – Pædagogisk Psykologisk Rådgivning
SOF – Socialforvaltningen
SOFT – Standardized Obesity Family Therapy
SUF – Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

LITTERATUR

1. BørneVægtsCentret: BørneVægtsCentret - Konceptbeskrivelse. København; 2012.
2. Sillasen L, Sommer E. Øget sundhed for børn (2008-145261). <http://kk.dk/eDoc/Sundheds-%20og%20Omsorgsudvalget/26-03-2009%2014.30.00/Referat/30-03-2009%2010.23.18/4447067.PDF>, Københavns Kommune. 26-3-2009.
3. Nowicka P, Flodmark CE: Barnövervikt i praktiken - evidensbaserad familjeviktsskola. 2006.
4. Nowicka P, Pietrobelli A, Flodmark CE: Low-intensity family therapy intervention is useful in a clinical setting to treat obese and extremely obese children. *International Journal of Pediatric Obesity* 2007, 2:211-217.4
5. Nowicka P, Höglund P, Pietrobelli A, Lissau I, Flodmark CE: Family Weight School treatment: 1-year results in obese adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity* 2008, 3:141-147.
6. Nowicka P, Flodmark CE: Family therapy as a model for treating childhood obesity: useful tools for clinicians. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011, 16:129-145.
7. Jong PD: Løsningsfokuserede samtaler. Gyldendal Akademisk; 2006.
8. Dahler-Larsen P, Krogstrup HK: Tendenser i evaluering. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2001.
9. Rieper O: Håndbog i evaluering: metoder til at dokumentere og vurdere proces og effekt af offentlige indsatser. København: AKF; 2004.
10. Steckler A, Linnan L: Process Evaluation for Public Health Interventions and Research. 2002.
11. Durlak JA, Dupre EP: Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008, 41:327-350.

12. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F: Implementation research: A Synthesis of the Literature. Tampa, Florida: National Implementation Research Network; 2005.
13. Fixsen DL, Blase KA, Naoom SF, Wallace F: Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice* 2009, 19:531-540.
14. Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou O: Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly* 2004, 82:581-629.
15. Koppelaar E, Knibbe JJ, Miedema HS, Burdorf A: Determinants of implementation of primary preventive interventions on patient handling in healthcare: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine* 2009, 66:353-360.
16. Livesey EA, Noon JM: Implementing Guidelines: What Works. *Archives of Disease in Childhood-Education and Practice Edition* 2007, 92:EP129-EP134.
17. Rønnov LP, Marckmann B: Implementeringsforskning om forebyggelse - en baggrundsrapport. Copenhagen; 2010.
18. Christensen U, Nielsen A, Schmidt L: Det kvalitative forskningsinterview. In *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4 edition. Edited by Edited by Vallgård S, Koch L. København: Munksgaard Danmark; 2011:61-89.
19. Marshall C, Rossman GB: Data Collection Methods. In *Designing qualitative research*. 2 edition. Edited by Edited by Marshall C, Rossman GB. London: SAGE Publications; 1995:78-107.
20. Miles MB, Huberman AM: *Qualitative Data Analysis - An Expanded Sourcebook*. SAGE publications, Inc; 1994.
21. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH: Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 2000, 320:1-5.
22. Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J: Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007, 85:660-667.
23. World Health Organization. Growth reference data for 5-19 - WHO reference 2007. <http://www.who.int/growthref/en/> . 2012. World Health Organization.
24. Robson SL, Shannon HS, Goldenhar LM, Hale AR: Before-and-after design: A simple evaluation design. In *Guide to Evaluating the Effectiveness of Strategies for Preventing Work Injuries - How to show whether a safety intervention really works*. Edited by Edited by Robson SL, Shannon HS, Goldenhar LM, Hale AR. Cincinnati: Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health; 2012:17-28.
25. Bæk-Sørensen AS, Bratbjerg S: *Overvægtige børn - muligheder og barrierer i Københavns Kommune*. København; 2007.
26. Bonde A, Hindhede AL: *Evaluering af "Vejen til Sund Vægt" - Sundhedsplejens indsats for tidlig opsporing og forebyggelse af svær overvægt hos skolebørn i København*. København; 2012.
27. Nysom K, Molgaard C, Hutchings B, Michaelsen KF: Body mass index of 0 to 45-y-old Danes: reference values and comparison with published European reference values. *International Journal of Obesity* 2001, 25:177-184.
28. Sørensen TIA, Due P, Hansen B, Heitmann B, Lichtenberg A, Michaelsen KF, Müller P, Richelsen B: *Monitorering af forekomsten af fedme. En rapport fra Motions- og Ernæringsrådet*. København; 2008.

