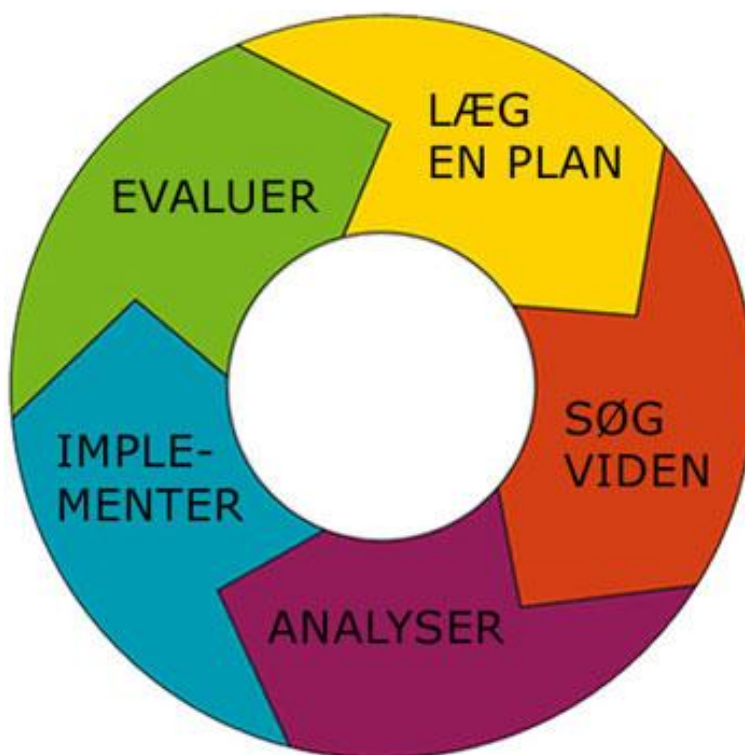


Beslutningsgrundlag til kommunale sekundære forebyggelsesindsatser målrettet reduktion af overvægt hos børn og unge

Specialerapport i Folkesundhedsvidenskab på det sundhedsvidenskabelige fakultet på AAU



GR1053

MATIAS GJERLØV

JONAS VESTERGAARD NIELSEN

SABRINA MUNK

3. FEBRUAR – 2. JUNI 2014

Kilde på billede: "Evidensbaseret forebyggelse" SST.dk

Forord

Dette afgangsprøjsjekt er udarbejdet af gruppe 1053 under *Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet*, kandidat i *Folkesundhedsvidenskab*, ved Aalborg Universitet.

Projekttet er udarbejdet i perioden 3. februar 2014 – 2. juni 2014 og projektgruppen er gennem hele perioden blevet vejledt af lektor Anna Marie Balling Høstgaard.

Projekttet er henvendt til danske kommuner idet beslutningsgrundlaget er målrettet sekundære forebyggelsesindsatser, der fokuserer på at reducere overvægt blandt børn og unge.

Titel: Beslutningsgrundlag til kommunale sekundære forebyggelsesindsatser målrettet reduktion af overvægt hos børn og unge

Semester: 4. semester kandidat, Folkesundhedsvidenskab, afgangsprøve

Periode: 03.02.2014 – 02.06.2014

Gruppe: 1053

Deltagere: Jonas Vestergaard Nielsen
Matias Gjerløv
Sabrina Munk

Vejleder: Anna Marie Balling Høstgaard

Sideantal: 98

Anslag: 189.692

Afsluttet: 02.06.2014

Bilagsantal: 4 stk.

Rapportens indhold er frit tilgængeligt, men offentliggørelse (med kildeangivelse) må kun ske efter aftale med forfatterne.

Abstract

Background: The prevalence of overweight children and adolescents in Denmark is estimated as high, and every eighth child is obese when it starts in school. The incidence increases throughout the school years. Since there is evidence that being overweight can lead to both obesity-related diseases and diminished self-esteem, this is considered as a public health problem. The health related consequences can occur as early as in childhood or in adolescence, but studies also point to the obesity carried into adulthood. Danish municipality's has implemented several initiatives targeting obese children and adolescents, in order to reduce the overweight through a change in BMI or weight. Despite these efforts, the prevalence of overweight children and adolescents are still not decreasing.

Aim: To investigate how to create changes on the basis of evidence-based literature, in local secondary prevention interventions, aiming to reduce overweight among children and adolescents. This includes examining the elements that municipal efforts must contain to have an evidence-based effect, as well as the bases for municipalities in the decisions making in the effort to reduce overweight among children and adolescents.

Method: A literature study, supplemented by a qualitative interview with a pilot municipality. The study consisted of two searches in relation to the effects of the Danish efforts in conjunction with evidence from systematic reviews of interventions targeting overweight children and adolescents.

The first search aimed to identify evaluation reports related to secondary prevention initiatives in Denmark. This search resulted in 28 evaluation reports. A model was developed to assess the evaluation reports, which resulted in nine reports for further use in analysis and discussion.

The second search was performed in the databases PubMed, Cochrane Library, PsycInfo, Embase and Videnssøgeren. The search resulted in 756 studies, and the title and abstract of studies were read. Subsequently, keen limits and studies were selected for full reading, which eventually resulted in six systematic reviews for re-use in analysis and discussion.

Results: Results are presented for the evaluation reports and the systematic reviews.

The evaluation results: Results in relation to BMI or weight loss varied in the selected interventions. Six evaluation reports revealed that some participants after efforts had reduced weight or BMI. However none of the results were statistically significant. In an evaluation report all participants increased their BMI after the interventions and in the second evaluation, the results showed that all participants maintained their weight loss up to three years after completion of work.

The systematic reviews Results: There was evidence that the element of "family involvement" had a positive effect on BMI or weight. Interventions focusing on the elements "diet" and "exercise" meant significant reduction in BMI. There was no evidence of how the interventions should be structured in relation to the intervention length and composition of the elements to achieve an effect in weight loss.

Conclusion: Inclusion of the elements "diet", "exercise" and "family involvement" in the secondary prevention activities could, in view of the systematic reviews, lead to a positive effect on reducing BMI or weight. The results in the Danish context was sparse, thus it was not possible to conclude that the effects of the identified initiatives. On this basis it was concluded that there was a need for change in the documentation of the effects of municipal interventions, with the aim of sharing knowledge and future work within the secondary prevention work.

Resume

Baggrund: Prævalensen af overvægtige børn og unge i Danmark vurderes som høj og hvert ottende barn er overvægtig når det begynder i skole og incidensen stiger gennem skoleårene. Da der er evidens for, at overvægt kan medføre både fedmerelaterede sygdomme samt mindsket livskvalitet og selvværd, anses dette som et folkesundhedsproblem. Konsekvenserne kan indtræde allerede i barn- eller ungdom, men studier påpeger også at overvægten medføres ind i voksenlivet. Der er i Danmark gennemført flere kommunale indsatser målrettet overvægtige børn og unge, med henblik på at nedsætte de overvægtige børns og unges BMI eller vægt. På trods af denne indsats er prævalensen af overvægtige børn og unge stadig ikke faldende.

Formål: At undersøge, hvordan forandringer i kommunale sekundære forebyggelsesindsatser skabes, således en reduktion af overvægtige børn og unge opnås, på baggrund af et evidensbaseret grundlag. Herunder undersøges hvilke elementer en kommunal indsats skal indeholde for at have en evidensbaseret effekt, samt hvilket grundlag kommunerne træffer beslutninger på inden for forebyggelse af overvægt blandt børn og unge.

Metode: Et litteraturstudie suppleret af et kvalitativt interview med en pilotkommune. Studiet bestod af to søgninger i forhold til effekter af danske indsatser sammenholdt med evidens fra systematiske reviews af indsatser målrettet overvægtige børn og unge.

Første søgning havde til formål at identificere evalueringsrapporter tilhørende sekundære kommunale indsatser i Danmark. Denne søgning resulterede i 28 evalueringsrapporter. En model blev udarbejdet til vurdering af evalueringsrapporterne, hvilket resulterede i ni udvalgte til videre anvendelse i analyse og disussion.

Den anden søgning er gennemført i databaserne PubMed, Cochrane Library, PsycInfo, Embase og Videnssøgeren. Søgningen resulterede i 756 studier, hvortil der blev læst titel og abstract på studierne. Herefter blev der opsat limits og studier blev dernæst udvalgt til fuld gennemlæsning, hvilket slutteligt resulterede i seks systematiske reviews til videre anvendelse i analyse og diskussion.

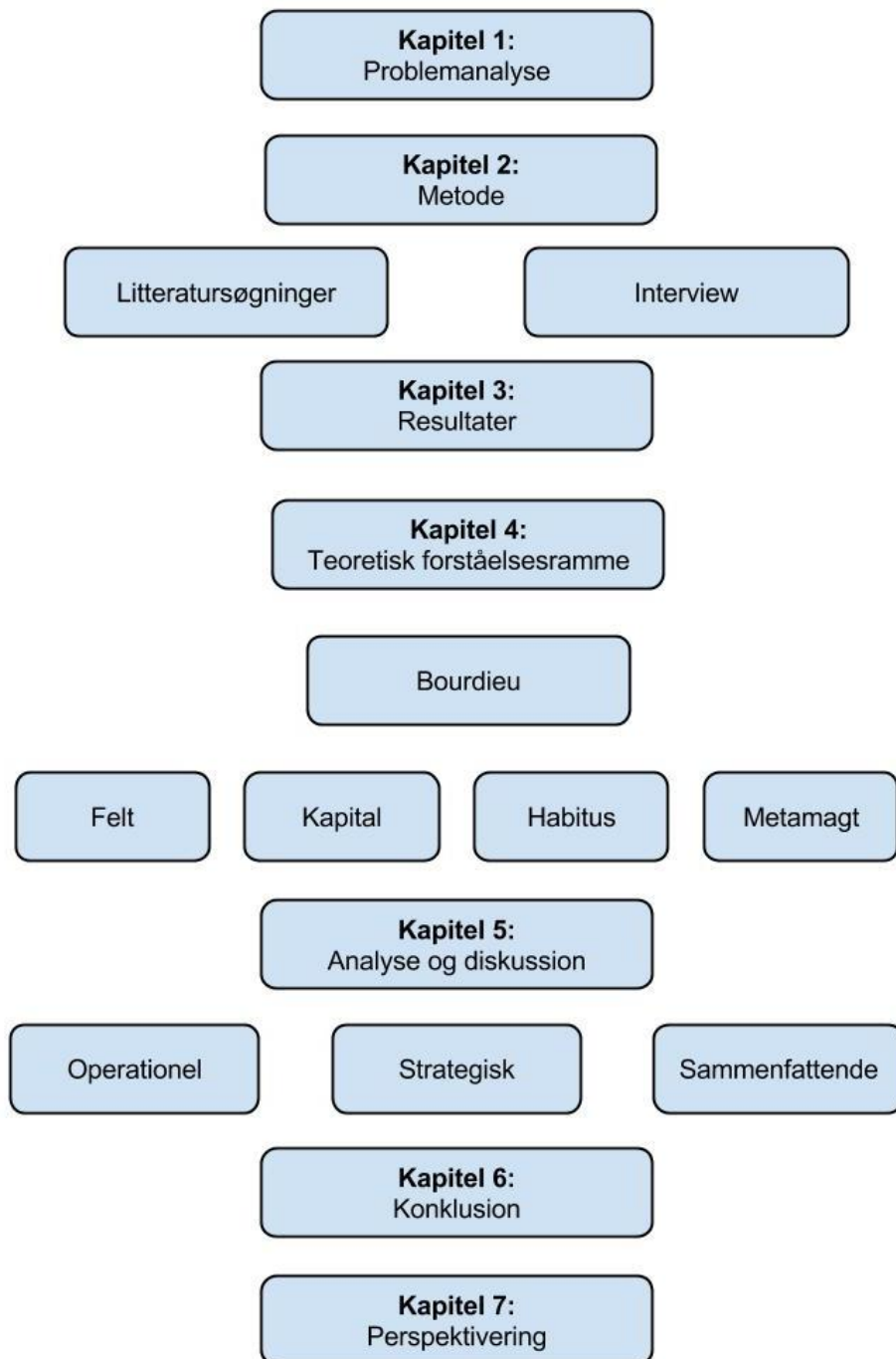
Resultater: Resultater præsenteres opdelt for henholdsvis evalueringsrapporter og for systematiske reviews.

Evalueringsresultater: Resultater i forhold til BMI eller vægttab varierede i de udvalgte indsatser. Seks evalueringsrapporter viste, at nogle deltagere efter endt indsats havde reduceret vægt eller BMI, imidlertid var ingen af resultaterne statistisk signifikante. I en evalueringsrapport øgede alle deltagere deres BMI efter endt indsats og i en anden evalueringsrapport viste resultaterne, at alle deltagere fastholdte deres vægttab op til tre år efter endt indsats.

Systematiske reviews resultater: Der var evidens for at elementet "familieinddragelse" havde positiv effekt på BMI eller vægt. Indsatser med fokus på elementerne "kost" og "motion" medførte signifikant reduktion i BMI. Der var ikke evidens for en hvordan en indsats skulle struktureres i forhold til interventionslængde og sammensætningen af elementer, for at opnå en effekt i vægttab.

Konklusion: Inddragelse af elementerne "kost", "motion" og "familieinddragelse" i kommunale forebyggelsesindsatser kunne, på baggrund af de systematiske reviews, føre til en positiv effekt på BMI eller vægt. Resultaterne i den danske kontekst var sparsom, hvorved det ikke var muligt at konkludere effekterne af de fundne indsatser. På baggrund af dette konkluderedes det at der var et behov for forandring inden for dokumentation af de kommunale indsatsers effekter, med henblik på vidensdeling og det fremadrettede arbejde inden for det sekundære forebyggelsesarbejde.

Projektets opbygning



Indholdsfortegnelse

Begrebsafklaring	13
Initierende problem	15
Kapitel 1: Problemanalyse	17
1.1 Overvægt i et globalt perspektiv	17
1.2 Overvægt i Danmark	17
1.3 Forebyggelse af overvægt hos børn og unge	18
1.4 Grundlag for indsatserne målrettet overvægt hos børn og unge	19
1.5 Indsatser på flere niveauer	20
1.6 Sundhedsvidenskabeligt udgangspunkt	21
1.7 Ansvarsfordelingen af overvægt	23
1.8 Kommunale indsatser målrettet overvægtige børn og unge	26
1.9 Opsamling	28
1.10 Problemformulering	29
Kapitel 2: Metode	31
2.1 Studiedesign	31
2.2 Litteraturstudie	31
2.3 Kvalitativt interview	47
Kapitel 3: Resultater	49
3.1 Evalueringsrapporter	49
3.2 Litteratursøgning	55
3.3 Interviewresultater	59
Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme	63
4.1 Epistemologi	63
4.2 Pierre Bourdieu – Felt, kapital, habitus og metamagtfelt	63
Kapitel 5: Analyse og diskussion	67
5.1 Analyse og diskussion af det operationelle undersøgelsesspørgsmål	67
5.2 Opsummering: operationelt undersøgelsesspørgsmål	73
5.3 Analyse og diskussion af det strategiske undersøgelsesspørgsmål	73
5.4 Opsummering: Strategisk undersøgelsesspørgsmål	77
5.5 Sammenfattende diskussion	78

5.6 Metodekritik	82
<u>Kapitel 6: Konklusion.....</u>	85
<u>Kapitel 7: Perspektivering</u>	89
<u>Bibliografi.....</u>	93

Begrebsafklaring

Overvægt: I nærværende projekt anses det ikke som relevant, hvorvidt individer er overvægtige eller svært overvægtige, da det vurderes at overvægtige børn og unge uanset graden overvægt bør tilbydes hjælpes til et vægttab.

I projektet skelnes der derfor ikke mellem termene overvægt, svær overvægt og fedme mv., men i stedet bruges en samlet term "overvægt", der anvendes som udtryk for at BMI er for højt i forhold til de fastsatte grænser.

BMI: I nærværende projekt anvendes BMI som effektmål i forhold til overvægt. Det er i nærværende projekt ikke relevant at skelne mellem de forskellige klassifikationer af BMI eksempelvis i form af køns- og aldersjusteret BMI, da der er fokus på indsatser, der medfører en reduktion af BMI. Derved er det ikke nødvendigt at indsatserne medfører at de overvægtige børn og unge opnår en "normalvægt" i forhold til BMI kurverne.

Indledning

På landsplan er hvert ottende barn overvægtigt, når det begynder i skolen, og ifølge tal fra Børnedatabasen stiger incidensen af overvægtige børn gennem skoletiden, og på landsplan er hvert sjette barn overvægtigt, når det går ud af skolen (1,2). Endvidere er incidensen af overvægtige børn og unge både internationalt og i Danmark generelt steget de seneste årtier (3-5).

Denne udvikling er problematisk, da overvægt kan medføre, at et barn udsættes for mobning og stigmatisering, hvilket kan influere på barnets livskvalitet og selvværd (6). Endvidere kan overvægt resultere i fedmerelaterede sygdomme(7), der ikke kun påvirker den enkelte men også medfører samfundsøkonomiske konsekvenser, eksempelvis i form af udgifter til behandling af fedmerelaterede sygdomme (8).

På baggrund af den stigende incidens af overvægtige børn og unge, samt overvægtens indvirkning på børnene og de unges sundhed, anses overvægt blandt børn og unge som et folkesundhedsproblem, hvor det er relevant at der rettes fokus i form af forebyggende eller sundhedsfremmende tiltag.

I Danmark er ansvaret for forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne placeret hos kommunerne (9), hvormed der inden for kommunerne anvendes ressourcer til indsatser, der har til hensigt at nedsætte overvægtige børn og unges BMI, øge deres selvværd samt udvikle deres handlekompetencer med mere. Til trods for kommunernes indsats over det sidste årti målrettet overvægt blandt børn og unge (10,11), ses der stadig ikke et fald i prævalensen af overvægt blandt børn og unge.

Initierende problem

Hvorfor stiger incidensen af overvægt blandt børn og unge gennem skoletiden, trods kommunale indsatser målrettet reducere af BMI og vægt hos de overvægtige børn og unge?

I henhold til at udfolde det initierende problem er det relevant at identificere problemets omfang, ansvarsfordelingen samt de konkrete kommunale indsatser målrettet overvægtige børn og unge. Dette gøres i *kapitel 1: Problemanalyse* med henblik på at identificere, hvor der er behov for en forandring inden for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser målrettet overvægtige børn og unge.

Kapitel 1: Problemanalyse

Hensigten med kapitlet er at tydeliggøre udviklingen af prævalensen af overvægt blandt børn og unge samt de sundhedsmæssige risici overvægt medfører. Herefter præsenteres identificerede kommunale indsatser målrettet reducere af overvægt blandt børn og unge. Kapitlets hovedformål er at redegøre for paradokset i det initierende problem for afslutningsvis at afgrænse og præsentere projektets problemformulering.

1.1 Overvægt i et globalt perspektiv

Overvægt er et globalt problem, hvor incidensen af overvægt er stigende og kategoriseres af The World Health Organisation (WHO) som en epidemi (12-14). Problemet udgør ifølge WHO den tredje største risikofaktor i lande med en høj indkomst, heriblandt Danmark (3). En af de væsentlige folkesundhedsproblemstillinger forbundet med overvægt er fedmerelaterede sygdomme, der kan have alvorlige konsekvenser for den enkeltes helbred (7). Endvidere er overvægtige personer i risiko for at blive udsat for stigmatisering, mobning, samt at have mindsket livskvalitet, selvtillid og selvværd (6).

1.2 Overvægt i Danmark

Sundhedsstyrelsen (SST) udarbejder i 2001 en national handlingsplan for forebyggelse og behandling af svær overvægt. Baggrunden for dette var, at svær overvægt på daværende tidspunkt var et hastigt stigende problem i Danmark. (15). I et oplæg fra 2003 konstaterede SST desuden at forebyggelse af overvægt havde været og fortsat ville være et vigtigt fokuspunkt (4).

På trods af en national handleplan mod overvægt fra 2003, viser tal fra den nationale sundhedsprofil 2013 (NSP 2013), at 47,4 % af den voksne befolkning er moderat eller svært overvægtige, og at incidensen har været uændret fra 2010 – 2013 (16). Den uændrede incidens betyder, at overvægt blandt den voksne del af befolkningen stadig er et folkesundhedsproblem. Resultaterne fra Sundhedsprofilen påpeger vigtigheden i at målrette forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, hvis befolkningens sundhed skal forbedres (16).

1.2.1 Forebyggelse af fedmerelaterede sygdomme

Forebyggelse af overvægt er relevant grundet risiko for udvikling af fedmerelaterede sygdomme (5,8,17). Overvægt, og især svær overvægt, er associeret med blandt andet hjertekarsygdomme, forhøjet blodtryk, apopleksi og type 2-diabetes (5,8,12,14). Hertil kan overvægtige, ifølge Statens

Institut for Folkesundhed (SIF) og SST, forvente flere leveår med langvarig belastende sygdom sammenlignet med normalvægtige personer (8,18).

De fedmerelaterede sygdomme påvirker den enkeltes helbred men medfører også samfundsøkonomiske udgifter, eksempelvis i form af udgifter til behandling af følgesygdomme samt tabt arbejdskraft og tabte gode leveår (8,19). De økonomiske omkostninger for sundhedsvæsenet i forhold til overvægt estimeres af SST til at være 1.988 millioner kroner årligt (8), hvilket potentielt set kan mindskes gennem en forebyggende eller sundhedsfremmende indsats.

1.3 Forebyggelse af overvægt hos børn og unge

Traditionelt set har fokus på overvægt været centreret omkring overvægt hos voksne, men inden for de seneste 10 år er incidensen af overvægt blandt børn og unge steget, hvilket har medført et øget fokus på forebyggelse af overvægt hos denne gruppe (8,14).

I 2013 udsendte SST en forebyggelsespakke om overvægt, der har til hensigt at skabe grundlag for forebyggende og sundhedsfremmende indsatser målrettet overvægtige (8). Forebyggelsespakken understreger på flere punkter vigtigheden, samt beskriver konkrete metoder til indsatser målrettet overvægtige børn og unge (8).

Fokus på overvægt allerede hos børn og unge er ikke kun relevant i henhold til forebyggelse af fedmerelaterede sygdomme i voksenlivet, da undersøgelser viser at overvægt kan medføre både fysiske og psykiske konsekvenser allerede i barn- og ungdom. Eksempelvis kan fedmerelaterede sygdomme som type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, ledsmerter og leverpåvirkninger opstå allerede i barndommen (7,8,20,21).

1.3.1 Psykologiske konsekvenser af overvægt

Udover de fedmerelaterede sygdomme, kan overvægt hos børn og unge medføre psykiske konsekvenser i form af mobning, stigmatisering, lavere selvværd og forringet livskvalitet (8,22,23). I en oversigtsartikel af Niclasen fremgår det, at 91 % af de overvægtige børn skammede sig over deres vægt, mens 69% mente, at de ville få flere venner, hvis de tabte sig. Hertil undersøgelsens resultater at selvværdet var lavest hos børn, der mente, at de selv var ansvarlige for deres overvægt.

Overvægtige børn og unge har desuden lavere helbredsrelateret livskvalitet end normalvægtige børn og unge, og sammenlignet med kræftdiagnosticerede børn og unge har de lignende livskvalitet (24). Resultaterne fra Williams et al. påpeger, at der inden for overvægt hos børn og unge ikke kun er vigtigt at fokusere på at forebygge de fedmerelaterede sygdomme, da overvægt også har stor negativ indvirkning på børnenes og de unges livskvalitet. Dette illustrerer, at overvægt har betydelige negative konsekvenser, og ifølge Niclasen, findes der umiddelbart ingen positive sociale og psykiske effekter af

overvægt og holdningen til overvægtige i den vestlige verden er generelt negativ (25). På baggrund af de fedmerelaterede sygdomme og psykiske konsekvenser af overvægt hos børn og unge er det vigtigt, at indsatser målrettet en mindske forekomst af overvægt igangsættes allerede tidligt i livet.

1.3.2 Overvægt i barndommen føres ind i voksenlivet

En høj grad af overvægt hos børn synes at øge risikoen for overvægt i voksenalderen (25). Endvidere øges risikoen for overvægt i voksenlivet jo ældre det overvægtige barn bliver, og unge, som er overvægtige i udskolingen, har større risiko for også at blive overvægtige som voksne, sammenlignet med børn, der er overvægtige i indskolingen (1,26,27). Et ud af tre overvægtige førskolebørn samt næsten halvdelen af overvægtige skolebørn er også overvægtige i voksenlivet. Sammenhængen mellem overvægt i barn og ungdom og overvægt som voksen suppleres yderligere af flere studier der vurderer at antallet af tilfælde, hvor overvægt i barn- og ungdom fører til overvægt i voksenlivet udgør to ud af tre tilfælde. (3,5,6,8,14,28).

Ifølge WHO er overvægt et udtryk for et for højt energiindtag i forhold til energiforbrug (29). Dette tydeliggøres også gennem indsatserne, der udføres med henblik på at nedbringe vægt og BMI, da fokus ofte er på kost- og motionsvaner. Telama og Lytle et. al påpeger i denne forbindelse, at børn og unges kost- og motionsvaner tages med ind i voksenlivet (30,31), hvilket kan indikere, at vanerne grundlægges tidligt i livet. Dette er yderligere et argument for, at indsatser målrettet overvægt aldersmæssigt skal sættes ind tidligt i livet, da det er i barn- og ungdommen at vanerne grundlægges.

Ovenstående indikerer vigtigheden i at målrette indsatser til at sigte mod at nedbringe andelen af overvægtige børn og unge i den skolepligtige alder og hermed risikoen for overvægt i voksenlivet (32). Vigtigheden af indsatser målrettet overvægt hos børn og unge understreges yderligere af flere undersøgelser, der fremhæver at incidensen af overvægtige børn og unge i Danmark er steget gennem de seneste årtier (3-5).

1.4 Grundlag for indsatserne målrettet overvægt hos børn og unge

Incidensen af overvægtige børn og unge har været stigende de seneste 10 år, og resultater fra 2014 viser at 18 % af de danske 14 – 15-årige og 14 % af de 6 - 7-årige er overvægtige (2,20).

Stigningen i antallet af overvægtige børn og unge er sket til trods for, at der de seneste 10 år har været fokus på at forebygge overvægt hos børn og unge i Danmark og ifølge "Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse" er det endnu ikke lykkedes at stoppe udviklingen af overvægt blandt unge. Teknologirådet påpeger imidlertid i en udgivelse fra 2011, at der i de seneste par år har været tegn på,

at incidensen af overvægt blandt børn og unge er stabiliseret, men andelen imidlertid stadig anses som værende på et for højt niveau (33).

Uenigheden om hvorvidt incidensen af overvægt blandt børn og unge er stigende eller stagneret, er imidlertid irrelevant, da andelen af overvægtige børn og unge ligger på et højt niveau. Hermed er den ønskede effekt af indsatserne ikke opnået til trods for fokus på at reducere andelen af overvægt blandt børn og unge.

Overvægt er et folkesundhedsproblem i Danmark, og det er problematisk at forekomsten af overvægt blandt børn og unge har været stigende på trods af et øget fokus på området de seneste 10 år. På baggrund af problematikkerne omkring overvægt blandt børn og unge er det nødvendigt, at der fortsat arbejdes med forebyggelsesindsatser målrettet reduktionen af andelen overvægtige børn og unge.

På baggrund af ovenstående tydeliggøres behovet for forandring i forhold til, hvordan overvægt blandt børn og unge håndteres i Danmark. Dette grunder både i de potentielle fedmerelaterede sygdomme børnene og de unge allerede risikerer at opleve tidligt eller senere i livet, samt de medfølgende stigende udgifter i sundhedsvæsenet (20,21,28).

1.5 Indsatser på flere niveauer

Forebyggelsesarbejdet i forhold til overvægtige børn og unge i Danmark foregår på flere niveauer; henholdsvis inden for primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

Den primære forebyggelse omhandler indsatser, der har til hensigt at forhindre, at børn og unge udvikler overvægt. På dette niveau er fokus på raske, ikke overvægtige individer, og primære forebyggelsesindsatser praktiseres ofte som strukturelle tiltag, der rammer store dele af befolkningen, hvor hensigten er, at gøre det lettere at træffe sunde valg (34). Et eksempel på en strukturel indsats, rettet mod forebyggelse af overvægt hos børn og unge, er blandt andet dele af den nye skolereform, hvori der indgår et krav om, 45 minutters fysisk aktivitet i løbet af en skoledag (35).

Sekundær forebyggelse har til formål at opspore samt begrænse sygdom og risikofaktorer så tidligt som muligt, hvilket betyder, at fokus eksempelvis er på individer med risiko for udvikling af fedmerelaterede sygdomme. Ofte anvendes screening som et opsporende redskab, mens selve interventionsdelen kan omfatte vejledning, behandling og adfærdændring (34). Den sekundære forebyggelse kan i opsporingsfasen være de obligatoriske sundhedstjek, der udføres af skolesundhedsplejerskerne, mens interventionsdelen kan være kommunale indsatser målrettet overvægtige børn og unge.

Den tertiære forebyggelse fokuserer på individer, som er syge, hvilket medfører, at fokus omhandler forhindring af at sygdommen udvikler sig eller forværres samt at tilbagefald undgås (34). Tertiære forebyggelsesindsatser kan eksempelvis omhandle tiltag rettet mod overvægtige børn eller unge, der allerede har udviklet type 2-diabetes.

Det er relevant at forebygge at børn og unge bliver overvægtige, men det er i høj grad også vigtigt, at der igangsættes indsatser for overvægtige børn og unge, grundet fysiske og mentale følger forbundet med overvægt. Derfor fokuserer nærværende projekt på sekundær forebyggelse. Endvidere ligger fokus i nærværende projekt på interventionen, hvormed screenings- og opsporingsdelen ikke får et fokus. Dette valg er foretaget, da det er vurderet, at der gennem sundhedsplejerskernes arbejde, med monitorering af danske børn og unge, allerede er etableret et fundament for opsporing af overvægtige børn og unge. Hertil bør der være et grundlag for indsatsers effekt, før de overvægtige børn og unge inddrages, da inddragelsen i en intervention kan have utilsigtede effekter i form af eksempelvis stigmatisering.

Det forebyggende perspektiv på problemet medfører et patogenetisk perspektiv hvilket betyder at der er fokus på hvordan fedmerelaterede sygdomme opstår og forebygges. Som supplement til det forebyggende perspektiv vil der i nærværende projekt blive anvendt termen sundhedsfremme, der har et salutogenetisk perspektiv, og hvor der fokuseres på sundheds udvikling og opstand. Termene forebyggelse og sundhedsfremme indeholder gensidige elementer og begge perspektiver har fokus på at øge sundheden, men med forskellige tilgange.

I nærværende projekt fokuseres der ikke direkte på de sundhedsfremmende tiltag, da overvægtige betragtes som en risikogruppe i forhold til fedmerelaterede sygdomme (34).

Tilgangen til overvægtsproblematikken afhænger, udover forebyggelsesniveauet som i nærværende projekt er sekundær forebyggelse, af det sundhedsvidenskabelige udgangspunkt.

1.6 Sundhedsvidenskabeligt udgangspunkt

Ud fra et sundhedsrelativistisk synspunkt anses sundhed altid relativt i forhold til den kulturelle kontekst eller samfundet, hvori sundheden er defineret (36). Hermed er overvægt som sygdom også relativt, og der kan argumenteres for at samfundets sundhedssyn har indvirkning på, hvordan overvægt og betydningen af dets omfang anskues. Modbegrebet til sundhedsrelativisme er sundhedsfundamentalismen, der forsøger at fastlægge én endegyldig, absolut og tidløs sundhedsdefinition (37).

Det biomedicinske sundhedssyn kan i en vis udstrækning underligges det sundhedsfundamentalistiske sundhedssyn, da der under det biomedicinske sundhedssyn forsøges, gennem naturvidenskabelige, biomedicinske og statistiske termer, at skabe et endegyldigt svar på spørgsmålet "hvad er sundhed?" (37). Det biomedicinske sundhedssyn opnår dermed også et patogenetisk syn der fokuserer på, hvordan sygdomme opstår og indikerer at sundhed er en egenskab hos biologiske væsner (38). Da der eksisterer forskellige sundhedsvidenskabelige perspektiver er det relevant at klarlægge, hvilke sundhedsvidenskabelige perspektiver, der ligger bag, når overvægt blandt børn og unge diskuteres som folkesundhedsproblem i nærværende projekt.

1.6.1 Sundhedssyn

Ifølge SST er overvægt et udtryk for længere tids ubalance, hvor energiindtaget overstiger energiforbruget (8). Ifølge en Ph.d-afhandling af From kan denne forståelse betragtes som en biomedicinsk sundhedsforståelse af problemet (39), hvilket også kan anses som et udtryk for den fundamentalistiske tilgang til sundhed. Den biomedicinske sundhedsforståelse, der beskriver sundhed som fravær af sygdom opstår naturligt, når fokus er på kroppen, og når overvægt omtales i forbindelse hermed. Gennem den biomedicinske sundhedsforståelse ligestilles den sunde krop med den raske krop, hvormed der også opstår en antagelse om, at den overvægtige krop er lig med den usunde krop, hvilket ligestiller den med den syge krop (39). Dette naturvidenskabelige sundhedssyn, med udgangspunkt i almenlydige årsagssammenhænge, karakteriserer det positivistiske paradigme, hvor det antages, at de naturvidenskabelige idealer og metoder kan overføres til videnskab om mennesker. (40)

Den biomedicinske sundhedsforståelse strider imidlertid imod den almene opfattelse af sundhed og beskyldes blandt andet af Verner Møller, fra Institut for Folkesundhed, som værende for snæver og indeholdende for lidt (36). Hertil er den biomedicinske sundhedsforståelse udfordret i forhold til at kunne rumme "nyere" sygdomme, som eksempelvis livsstilssygdomme. Udfordringen bunder i at overvægt er kendetegnet ved kompleksitet, uden direkte årsagssammenhænge og indeholdende mere end det kropslige, da også det psykologiske, sociale og det kulturelle har indvirkning herpå (36).

Kompleksiteten inden for overvægt som et sundhedsproblem medfører imidlertid, at det heller ikke er muligt at anskue forebyggelse og sundhedsfremme udelukkende gennem den biomedicinske tilgang, og der bør i arbejdet med sundheden hos overvægtige tænkes bredere (39).

Denne anskuelse kan refereres tilbage til WHO, der i deres sundhedsdefinition fra 1948 beskriver sundhed som værende mere end blot fravær af sygdom og åbner op for, at overvægt som et sundhedsproblem ikke kun betragtes ud fra en biomedicinsk tilgang (39). WHO's sundhedsdefinition lyder:

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (41).

Ifølge WHO er årsagerne til overvægt komplekse, da både genetiske og miljømæssige faktorer, eksempelvis psykologiske og sociale elementer, bidrager til ubalance i energioptag og energiforbrug (29). SST, med andre, anerkender også at årsagerne til overvægt er komplekse og tilgangen til problemet bør have en holistisk tilgang. (14,15,42). SST anerkender kompleksiteten ved at beskrive både biologiske, adfærdsmæssige og miljømæssige faktorer, som havende indflydelse på årsagerne til overvægt. (15), hvilket betyder, at SST ikke kun står for den fundamentalistiske forståelse af sundhed. De mange og komplekse faktorer med indflydelse på overvægt åbner op for den sundhedsrelativistiske tankegang, hvor sundheden altid er relativ og afhængig af den kulturelle kontekst eller det enkelte individ, der har formuleret hvad sundhed er (36). Det sundhedsrelativistiske sundhedsbegreb ses, ifølge SST, også inden for overvægt, der opleves forskelligt fra individ til individ. Dette medfører, at det psykologiske udgangspunkt, når det drejer sig om forandringer, skal være differentieret fra individ til individ (15).

Nærværende projekt fokuserer på at skabe en forandring i forhold til de sekundære forebyggelsesindsatser målrettet reducere af vægt eller BMI hos deltagerne, hvilket umiddelbart er en fundamentalistisk tilgang til problematikken. Imidlertid anerkendes kompleksiteten af overvægt samt at overvægt kan opleves forskelligt fra individ til individ, hvilket i højere grad tilhører en relativistisk tilgang til problematikken. Det sundhedsvidenskabelige udgangspunkt i nærværende projekt befinder sig dermed mellem de to modpoler, fundamentalismen og relativismen

1.7 Ansvarsfordelingen af overvægt

I Sundhedsloven fremgår det, at det er kommunernes ansvar at tilrettelægge forebyggende og sundhedsfremmende tiltag, hvilket blandt andet beskrives under lovgivningens paragraf 120, stk. 2. Heri beskrives kommunernes ansvar gennem tilbud henvendt alle børn, samt en særlig indsats målrettet børn og unge med særlige behov (8,9). Overvægt er ikke nævnt direkte i lovgivningen, men omfattes ifølge SST, blandt andet af lovgivning relateret til sundhed, sund mad, fysisk aktivitet samt mental sundhed (8).

Med henblik på at støtte kommunernes arbejde indenfor forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til overvægtige børn og unge, udgiver blandt andet SST og KL nogle redskaber i form af anbefalinger og guidelines til forebyggelsesarbejdet (8).

Som et hjælpende redskab til kommunerne, udgiver SST i 2007 en guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser (43). I guiden gennemgås 10 punkter, der anses for væsentlige i forhold forebyggelse og sundhedsfremme, når indsatser planlægges, udvikles og implementeres. Et af målene med denne guide er, at kommunerne skal gennemgå resultater af implementerede indsatser kritisk, for at undersøge, hvorvidt en effekt kan tilskrives indsatsen (43). Årsagen hertil er, at denne form for evaluering kan medvirke til at skabe et bedre grundlag for at identificere indsatser, der har effekt i en dansk kontekst. Vigtigheden af det evidensbaserede arbejde inden for tilrettelæggelse af indsatser på forebyggelsesområdet, fremhæves også af Kommunernes Landsforening (KL), der i 2008 udgiver en pjece, der skal hjælpe kommunerne i det evidensbaserede arbejde og imødekomme kommunernes ønske om at få mest mulig effekt for pengene (44). KL udgiver i samme ombæring en yderligere pjece, der fremhæver vigtigheden af at kommunerne dokumenterer effekterne af deres tiltag for at kvalitetsudvikle de kommunale tilbud, men også for at skabe et fundament for vidensudveksling kommunerne imellem (45).

I 2012 udgiver SST "Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker", der fungerer som hjælp til kommunerne, blandt andet i forhold til hvilke sundhedsudfordringer, der i dag er de største, samt på hvilke områder, det er relevant at implementere indsatser. I introduktionen beskrives vigtigheden af at arbejde kvalitetsbaseret samt inkluderer desuden anbefalinger om, hvordan indsatser prioriteres og udformes (46). Konkret på overvægtsområdet udgives i 2013 en specifik forebyggelsespakke med forslag til, hvordan kommunerne kan håndtere overvægt. I denne udgivelse konstateres det, at den nuværende viden om effektive indsatser til forebyggelse af overvægt, både på børne- og voksenområdet, er sparsom. Dermed indeholder forebyggelsespakken anbefalinger, som ikke er afprøvet i videnskabelige undersøgelser, men som SST vurderer som hensigtsmæssige i forebyggelsesarbejdet (8). Dette betyder imidlertid at disse anbefalinger ikke er evidensbaserede men udarbejdet på baggrund af den nuværende viden på området.

Som tidligere nævnt har kommunerne siden 1. januar 2007 haft ansvaret for sekundære forebyggelsesindsatser. I et materiale fra 2013, udarbejdet af SIF, beskrives det, hvordan kommunerne anvender SST's forebyggelsespakker i deres daglige arbejde. Resultaterne viser at der i 79 % af kommunerne er overblik over, hvor ansvaret for implementering af forebyggelsespakkerne anbefalinger ligger (47).

1.7.1 Effekter af de kommunale indsatser

I "Forebyggelsespakken mod overvægt" påpeges vigtigheden af at dokumentere og evaluere iværksatte tiltag, men også behovet for vidensdeling i forhold til både resultater og erfaringer kommunerne imellem fremhæves som vigtigt. SST påpeger endvidere, at succesraten for indsatser kan

stige, hvis kommunerne styrker samarbejdet på tværs af forvaltninger for dermed at skabe indsatser, som systematisk inddrager og tager højde for flere vinkler af problemstillingen (8).

Teknologirådet vurderer, ligesom SST, at det kan være vanskeligt at vurdere effekten af forebyggende tiltag grundet manglende opfølgende analyser. De fremhæver desuden en antagelse om, at indsatsen i forhold til overvægt blandt børn og unge ikke har været tilstrækkelig, da antallet af overvægtige har været stigende i perioden, hvor fokus på problemet har været intensiveret (33). Dette understøttes yderligere i SST's introduktion til forebyggelsespakkerne, hvori det beskrives, at der er i kommunerne er markante forskelle på, i hvor høj udstrækning forebyggelsesindsatser henholdsvis evalueres og dokumenteres (46). Derudover er der endnu ikke lavet et samlet overblik over hvilke indsatser de danske kommuner arbejder med og implementerer rundt om i Danmark.

I 2005 – 2008 tildeles 73 millioner i form af satspulje-midler til indsatser målrettet overvægt blandt børn og unge, under overskriften "Kommunens plan mod overvægt". Tildelingen af satspulje-midlerne resulterer i 42 specifikke indsatser fra 31 kommuner, hvor alle tiltag er sammenfattet i to udgivelser af SST (10,11). Hertil er de 42 specifikke indsatser blevet evalueret af Rambøll i en sammenfattende udgivelse fra SST i 2012 (48). Rambøll identificerer 11 ud af 42 specifikke indsatser, hvor resultaterne peger på, at indsatserne *tilsyneladende* er effektive i forhold til reducere BMI eller vægt. Imidlertid skal effekten af disse specifikke indsatser tages med et betydeligt forbehold, da forskellige designs og praksis har været anvendt (48). I perioden 2012-2015 finder endnu en udmøntning af satspuljemidlerne sted, der under overskriften "Forebyggende indsats for overvægtige børn og unge" har et særligt fokus på børn i 6.-9. klasse (49).

Selvom forekomsten af overvægt blandt børn og unge ikke har været faldende på trods af indsatser, vides det imidlertid ikke, om indsatserne har en positiv effekt på forekomsten af overvægt. Det er muligt, at prævalensen af overvægt blandt børn og unge i dag havde været højere, hvis der de seneste ti år ikke havde været fokus på forebyggelse af overvægt. Der er imidlertid stadig behov for en forandring i forhold til de sekundære forebyggelsesindsatser, da prævalensen af overvægt blandt børn og unge anses som høj og medfører negative sundhedsmæssige konsekvenser. I forhold til at skabe denne forandring er det imidlertid relevant at få et indblik i, hvilke kommunale sekundære forebyggelsesindsatser, målrettet overvægtige børn og unge, der er eller har været igangsat. Ovenstående er der identificeret 42 specifikke indsatser, der er udviklet og implementeret på baggrund af satspulje-midlerne, men det anses imidlertid som relevant at danne et bredere indblik i kommunernes arbejde målrettet reduktion af overvægt blandt børn og unge.

1.8 Kommunale indsatser målrettet overvægtige børn og unge

I henhold til at afdække kommunernes arbejde med overvægtige børn og unge, er der gennemført en systematisk søgning af de 98 kommuner i Danmark med henblik på at identificere indsatser målrettet overvægtige børn og unge (se *afsnit 2.2.2* for detaljeret beskrivelse). Formålet med denne søgning er at identificere hvilke indsatser der er igangsat for at reducere overvægt blandt børn og unge. Søgningen har resulteret i 75 forskellige indsatser henholdsvis tidligere, eksisterende og kommende tiltag, der har kunnet identificeres digitalt. Samtlige indsatser samt beskrivelser heraf findes som *bilag 1*.

De 75 identificerede indsatser er efterfølgende inddelt under projektgruppens selvdefinerede interventionsformer. Denne inddeling er foretaget med henblik på at skabe indblik i hvilke elementer kommunerne anvender i forebyggelsesarbejdet. *Tabel 1.1* viser de 10 forskellige interventionsformer, samt hvor mange af indsatserne der er igangværende, afsluttede, der ikke er påbegyndt endnu eller hvor det er uvist hvilken status indsatsen har.

Tabel 1.1: Oversigt over kommunale indsatser målrettet overvægtige børn og unge - inddelt efter interventionsform.

Interventionsform	Igangværende	Afsluttet	Ikke påbegyndt	Uvis
1. Motionsaktiviteter	3			
2. Samtaler omkring selvvalgte emner	7	2		2
3. Information uden dialog	2			1
4. Tilbud med aktivitet indenfor motion og kost	3			
5. Samtale om motion og kost	13	4		
6. Samtale med information og tilbud inden for motion	3			
7. Samtale med information og tilbud inden for kost	2	1		
8. Samtale med information og tilbud inden for motion og kost	14	12	2	
9. Tager børn ud af deres kontekst	1		1	
10. Vedligeholdelse eller øgning af vægttab	2			
I alt	50	19	3	3

Tabel 1.1 viser, at 50 af de 75 tiltag er igangværende, mens 19 tiltag er afsluttet. Endvidere er der fundet information om tre tiltag, der er planlagt til at opstarte i løbet af 2014. Hertil er der fundet tre

tiltag hvor status er uvis. De 75 tiltag er fordelt på 50 kommuner, og de 50 igangværende indsatser er fordelt på 39 kommuner (*bilag 1*). Dette betyder, at under halvdelen af de danske kommuner har indsatser, specifik målrettet overvægtige børn og unge. Den lave andel af kommuner med indsatser, kan være problematisk, da manglende indsatser kan være en del af forklaringen på, hvorfor andelen af overvægtige børn og unge ikke falder. Der kan imidlertid også argumenteres for at den lave andel af kommuner med indsatser, kan være problematisk, hvis der i kommuner uden indsatser, er overvægtige børn og unge, der oplever forringet sundhed grundet deres overvægt.

Størstedelen af indsatserne har fokus på livsstilsændringer og især i forhold til kost- og motionsvaner. Som tidligere beskrevet er der ofte fokus på kost- og motionsvaner, da det er faktorer som har indflydelse på energiforbruget og dermed også på overvægt (29). Størstedelen af de kommunale indsatser inddrager familien og i nærværende projekt er det kun indsatserne, kategoriseret som 1 og 4, der ikke inddrager familien.

1.8.1 Effektmål

Selvom de 75 indsatser er målrettet overvægtige børn og unge er effektmålene ikke kun BMI, vægttab eller vægtstagnering. 16 indsatser har udelukkende BMI som effektmål, hvor fokus på BMI. 13 indsatser har delvist fokus på BMI, mens der samtidig er fokus på eksempelvis selvværd, handlekompetencer, selvtillid, trivsel, livsstilsændring i form af kost- og motionsvaner. 15 af indsatserne fokuserer på livsstilsændringer. Det er imidlertid uvist i nogle tiltag, hvad livsstilsændringer konkret dækker over, men de fremgår ofte i forhold til kost og motion, hvor disse ændringer skal medføre en stabilisering af BMI. Syv indsatser fokuserer derudover på livskvalitet og selvværd. For 24 af indsatserne har det ikke været muligt at finde eksplicitte effektmål, og de er derfor registreret som "fremgår ikke" i *tabel 1.2*.

Tabel 1.2: Effektmål for de 75 indsatser.

Effektmål	Antal
BMI (vægtstop eller vægttab)	16
BMI samt selvværd / handlekompetencer / selvtillid / trivsel / livsstilsændring	13
Livsstilsændring	15
Livskvalitet og selvværd	7
Fremgår ikke	24

Som en konsekvens af de forskellige effektmål er det vanskeligt at sammenligne de forskellige indsatsers effekter. Endvidere er det problematisk, at det ved 24 indsatser ikke har været muligt at identificere eksplicitte effektmål. De forskellige effektmål kan indikere, at kommunerne har forskellige løsningsmodeller til overvægtsproblematikken. Eksempelvis har nogle indsatser mere fokus på overvægtige børns selvværd og livskvalitet, hvormed vægttab ikke er det primære fokuspunkt. Kommunerne kan have forskellige sundhedssyn, hvilket igen kan være en årsag til, at flere af indsatserne har effektmål som livskvalitet, selvværd og selvtillid, hvor andre har effektmål som BMI, fedtprocent og vægttab.

Med udgangspunkt i sundhedssynet i nærværende projekt er det vigtigt, at indsatsernes primære effektmål omhandler BMI eller vægt, da det er væsentligt at de overvægtige børn og unge reducerer disse mål, for at mindske risikoen for udvikling af fedmerelaterede sygdomme.

1.9 Opsamling

Det er problematisk at incidensen af overvægt blandt børn og unge ikke er faldende, selvom der de seneste 10 år har været fokus på området. Årsagen til at overvægt er et folkesundhedsproblem er den indvirkning, som overvægten kan have på børn og unges sundhed, samt at risikoen for at blive overvægtig som voksen er større, hvis et individ har været overvægtigt som barn eller ung (1,26,27). Overvægt anses som årsag til forringet sundhed, hvormed løsningen er et tab eller en stabilisering af målgruppens vægt eller BMI. Overvægt anses ikke kun som en fysisk risikofaktor, da overvægtige børn og unge er i risiko for at opleve stigmatisering, lavere selvværd og ringere livskvalitet som følge af deres overvægt (24,25).

Selvom der det seneste årti har været et fokus på overvægt blandt børn og unge har dette ikke haft den ønskede effekt, og der er stadig behov for fokus på forebyggelsen og effektive indsatser. I nærværende projekt er målgruppen børn og unge i den skolepligtige alder. Det vides på nuværende tidspunkt ikke, hvorvidt en indsnævring af målgruppen vil være hensigtsmæssigt, da litteraturen ikke indikerer, en større effekt i forhold til en bestemt del af målgruppen. Dermed er der ikke et logisk argument, der retfærdiggør en eventuel indsnævring af målgruppen.

Evidensgrundlaget for forebyggelsesindsatser på overvægtsområdet er, ifølge SST sparsomt, og der findes ingen sammenfatning af viden omkring kommunale indsatser og effekterne heraf. Den sammenfattende evaluering af de 42 specifikke satspulje finansierede indsatser, viser at kun 11 indsatser tilsyneladende har effekt. Det er væsentligt, at få skabt effektive indsatser, dels på grund af et økonomisk incitament, men i høj grad også grundet den negative påvirkning overvægt og fedme medfører målgruppens sundhedstilstand

Ansvar for sekundære forebyggelsesindsatser målrettet overvægtige børn og unge ligger hos kommunerne, og der er behov for en forandring i forhold til indsatserne, således overvægt blandt børn og unge kan reduceres.

1.10 Problemformulering

Med udgangspunkt i ovenstående problemstilling, er der et behov for forandring i forhold til kommunale indsatser inden for den sekundære forebyggelse af overvægt hos børn og unge. I forhold til dette er der i nærværende projekt opstillet følgende problemformulering:

Hvordan skabes, på baggrund af et evidensbaseret grundlag, en forandring inden for kommunale sekundære forebyggelsesindsatser målrettet reduktion af overvægt blandt børn og unge?

1.10.1 Undersøgelsesspørgsmål

I forhold til besvarelsen af ovenstående problemformulering er der udarbejdet to undersøgelsesspørgsmål, der retter sig mod henholdsvis det **operationelle** og det **strategiske** niveau. Det **operationelle** undersøgelsesspørgsmål har til hensigt at belyse den eksisterende evidensbaserede viden omkring effekterne af interventioner målrettet vægttab eller et mindsket BMI hos overvægtige børn og unge. Denne evidensbaserede viden er væsentlig i forhold til en forandring af fremtidige kommunale indsatser, da der i nærværende kapitel er fremlagt et behov for effektive indsatser, der kan reducere overvægt blandt børn og unge samt forebygge de sundhedsmæssige konsekvenser heraf. Gennem det operationelle undersøgelsesspørgsmål undersøges, hvilke elementer interventionsdelen i en indsats specifikt skal indeholde for at opnå størst mulig effekt i forhold til BMI eller vægttab. Disse elementer kan eksempelvis være kost eller motion, der i nærværende kapitel påpeges som havende en positiv effekt i forhold til at opnå en reduktion af BMI eller vægt. Undersøgelsesspørgsmålet besvares på baggrund af eksisterende viden om effekter fra de foreliggende kommunale indsatser i Danmark, samt eksisterende videnskabelig evidens af interventioner målrettet overvægt. Viden fra de foreliggende kommunale indsatser, samt effekten heraf, vil via en struktureret litteratursøgning blive identificeret. Denne viden vil derefter blive sammenholdt med videnskabelig evidens, fra en struktureret litteratursøgning i en række udvalgte videnskabelige databaser. Det operationelle undersøgelsesspørgsmål lyder:

Hvilke elementer skal kommunale sekundære forebyggelsesindsatser, målrettet en reduktion af overvægt blandt børn og unge, indeholde for at effekten er evidensbaseret?

Det operationelle undersøgelsesspørgsmål vil i nærværende projekt vægtes højest, da det vurderes, at der er mangel på evidensbaserede indsatser inden for det kommunale arbejde målrettet overvægtige børn og unge.

Det **strategiske** undersøgelsesspørgsmål har til formål at belyse grundlaget for kommunale beslutninger omkring udformningen af indsatser målrettet vægttab eller mindsket BMI hos overvægtige børn og unge. Grundlaget for de kommunale beslutninger forstås ved det foreliggende vidensniveau og metoder kommunerne har til rådighed og træffer deres beslutning på baggrund af. Dette er et relevant aspekt at inddrage, da en forandring, i forhold til kommunale indsatser, ikke kan realiseres uden at besidde en forståelse af det grundlag kommunerne træffer beslutninger på.

Det er hermed relevant at identificere på hvilken baggrund kommunale sekundære forebyggelsesinterventioner udformes. Beslutningsgrundlaget i det kommunale regi, vil delvist blive besvaret på baggrund af et interview med en nøgleperson i en kommune og dels på baggrund af materiale publiceret af SST eksemplificeret ved "Forebyggelsespakken mod overvægt", som har til formål at understøtte kommunernes arbejde i forebyggelsen af overvægt. Viden fra de foreliggende kommunale indsatser, samt effekten heraf, vil via en struktureret litteratursøgning blive identificeret. Beslutningsgrundlaget forstås i forhold til, vidensniveauet som beslutninger og prioriteringer træffes på baggrund af. Det strategiske undersøgelsesspørgsmål lyder:

<i>På hvilket grundlag træffes kommunale beslutninger omkring udformningen af sekundære forebyggelsesindsatser i Danmark, målrettet reduktion af overvægt blandt børn og unge?</i>

Metoderne anvendt til empiriindsamling og derved til besvarelse af problemformuleringen og undersøgelsesspørgsmålene, beskrives nærmere i det kommende *kapitel 2: Metode*.

Kapitel 2: Metode

I dette kapitel beskrives de anvendte metoder i forhold til projektets empiriindsamling samt argumenter herfor. Først præsenteres en oversigt over de anvendte metoder i projektet der indeholder fire strukturerede søgninger samt et kvalitativt interview. Metoden til indsamling af empirien anvendt i problemanalysen, vil blive gennemgået først. Denne er foregået gennem to systematiske søgninger. Herefter gennemgås de to strukturerede søgninger, der ligger til grund for indsamlingen af empiri til problembearbejdningen. Afslutningsvis beskrives den metodiske tilgang i interviewet, der har til hensigt at supplere empirien fundet gennem de to strukturerede søgninger.

2.1 Studiedesign

I henhold til projektets problemformulering og undersøgelsesspørgsmål er formålet med nærværende projekt at skabe en forandring inden for kommunale indsatser målrettet reduktion af overvægt hos børn og unge. Det anvendte studiedesign er et litteraturstudie, der suppleres af et kvalitativt interview. Litteraturstudiet i nærværende undersøgelse har til formål at afdække danske og internationale indsatser målrettet overvægtige børn og unge med fokus på at reducere vægt eller BMI. Det kvalitative interview har til hensigt at give indblik i kommunale beslutningsgrundlag for forebyggende indsatser.

2.2 Litteraturstudie

Litteraturstudiet består i nærværende undersøgelse af fire strukturerede søgninger.

Den første af de strukturerede søgninger består af en bred emnesøgning, der ligger til grund for litteraturen anvendt i *kapitel 1: Problemanalyse* og det kommende *kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme*. Anden søgning har til formål at afdække danske kommunale sekundære indsatser målrettet overvægtige børn og unge. Resultaterne af denne søgning er anvendt i problemanalysen.

Den tredje og fjerde søgning danner grundlag for projektets problembearbejdning. Formålet med den tredje søgning er at identificere evalueringsrapporter for de fundne kommunale indsatser, der blev fundet gennem projektets anden søgning.

Den fjerde søgning har til formål at supplere resultater fra evalueringsrapporterne ved at afdække internationale studier, der kan påvise evidens i forhold til reducere af overvægt hos børn og unge.

2.2.1. Første søgning: Baggrundssøgning

Den brede emnesøgning er foretaget d. 10. – 12. februar 2014 og har til hensigt at identificere litteratur inden for emnet overvægt og forebyggelse i kombination med målgruppen børn og unge. Søgningens resultater indeholder en stor del "grå litteratur", der ikke er peer-reviewed og ofte ikke er

baseret på videnskabelig evidens. Den brede emnesøgning er gennemført på bibliotek.dk, sst.dk og på google.dk, hvor der er anvendt kombinationer af emneordene: overvægt, fedme, forebyggelse, børn, unge og indsatser. Denne del af søgningen har blandt andet resulteret i sundhedsrapporter udgivet af SST, SIF og WHO.

Hertil er der udført en supplerende søgning i fire videnskabelige databaser; PubMed, Cochrane Library, Embase og PsycInfo. Søgning i de videnskabelige databaser har til formål at identificere videnskabelig litteratur omkring overvægtige børn og unge i en dansk kontekst.

Der er yderligere udført kædesøgning på litteraturen fundet gennem de to søgninger. Kædesøgningen er udført ved at gennemgå litteraturhenvisninger i relevante kilder for at identificere eventuelle interessante eller relevante overskrifter, der herefter lokaliseres og gennemlæses. Kædesøgningen er oftest kun udført i et eller to led med henblik på at brede søgningen ud og identificere anden relevant litteratur. En deltaljeret gennemgang af denne første søgning kan ses i *bilag 2*.

2.2.2. Anden søgning: Kommunale indsatser

I *afsnit 1.8* blev et overblik over kommunale indsatser målrettet overvægtige børn og unge præsenteret. Formålet med anden søgning er at identificere og give overblik over kommunale sekundære forebyggelsesindsatser målrettet overvægtige børn og unge. Søgningen er foretaget i perioden d 12. – 21. februar 2014.

Søgningen efter kommunale indsatser er afgrænset til informationer og rapporter, der kan identificeres digitalt. For at systematisere søgningen af kommunale indsatser målrettet overvægtige børn og unge, er hver enkel af de 98 kommuner gennemgået. Den systematiske søgning er foregået i tre faser:

1. Gennemgang af den enkelte kommunes hjemmeside med henblik på at finde information om relevante indsatser. Der er afslutningsvis lavet to søgninger via den enkelte hjemmesides søgefunktion, hvor der henholdsvis er søgt på nøgleordene "overvægt" og "børn" samt "overvægt" og "unge".
2. Søgning på sundhed.dk under hver enkelt kommune med henblik på at afdække hvorvidt der eksisterer indsatser, kommunerne ikke har beskrevet på deres hjemmeside.
3. Søgning på google.dk og bibliotek.dk med forskellige kombinationer af emneord bestående af: kommunens navn, "overvægt", "forebyggelse", "sundhedsfremme", "indsats", "børn" samt "unge". Denne fase er gennemført for sikre, at indsatser, som hverken er beskrevet på kommunens hjemmeside eller på sundhed.dk blev inkluderet i søgningen.

Søgningen resulterer i 75 kommunale indsatser, og et samlet overblik over disse findes som *bilag 1*. I henhold til udarbejdelsen af et beslutningsgrundlag for fremtidige kommunale indsatser, baseret på eksisterende viden, er det yderligere relevant at identificere effekterne af de kommunale indsatser. For at afdække effekterne af de 75 indsatser er der foretaget en søgning med henblik på at identificere evalueringsrapporter for de kommunale indsatser.

2.2.3 Tredje søgning: Evalueringsrapporter

I henhold til at identificere effekterne af de fundne kommunale indsatsers effekt på børn og unges BMI eller vægt, samt nærmere beskrivelse af indsatserne, er der søgt efter evalueringsrapporter for de 75 indsatser. Søgningen er foretaget i perioden 24. - 28. februar 2014.

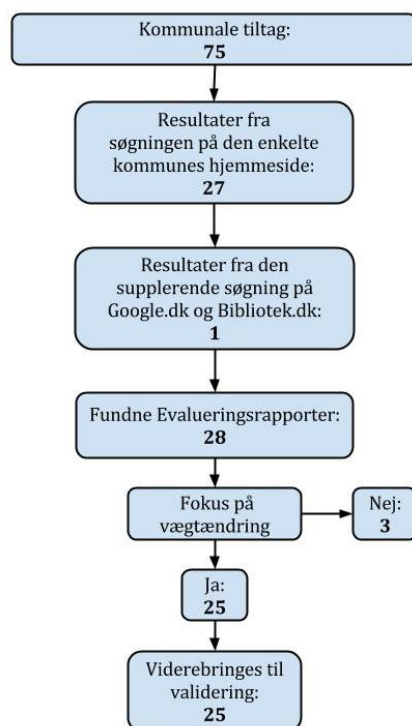
Søgningen efter evalueringer er, ligesom søgningen efter de konkrete indsatser, systematiseret og afgrænset til evalueringer, der kunne identificeres digitalt. Søgningen efter evalueringer er foregået i to faser:

1. Søgning på den pågældende kommunes hjemmeside med udgangspunkt i indsatsens navn og ordet "evaluering".
2. Søgning på google.dk og bibliotek.dk med forskellige kombinationer af emneord bestående af: Indsatsens navn, "overvægt", "forebyggelse", "sundhedsfremme", "indsats", "børn" samt "unge". Denne fase er gennemført for sikre, at evalueringsrapporter, som ikke er beskrevet på kommunens hjemmeside er inkluderet i søgningen. Søgefasen har yderligere til hensigt at identificere eventuelle indsatser, hvor der forefindes evalueringer, men som ikke fremkommer i søgningen efter kommunale tiltag (2.2.2: *Anden søgning: Kommunale indsatser*).

Søgningen resulterede i 28 evalueringsrapporter fra 18 forskellige kommuner (50-77). I henhold til besvarelse af det operationelle undersøgelsesspørgsmål, er det relevant at effektmål for evalueringen enten er BMI eller vægtændring, da det ønskes at udarbejde et beslutningsgrundlag til kommunale indsatser baseret på viden omkring allerede etablerede indsatsers effekter på overvægtige børn og unges BMI eller vægt. En af de 28 evalueringer, "*Bevæg dig sund og glad*" fra Esbjerg (62), fokuserer imidlertid udelukkende på processen i forbindelse med implementering af indsatsen i den pågældende kommune, hvorved denne er kategoriseret som "fravalgt". Hertil har to af evalueringsrapporterne til hensigt at samle op på flere underliggende indsatser og fokuserer hermed på at evaluere kommunens samlede arbejde målrettet overvægtige børn og unge. De underliggende indsatser, i de to opsamlende evalueringsrapporter, indgår allerede i nærværende projekts resultater. Hermed er det vurderet at de to evalueringsrapporter ikke kan bidrage med ny viden og kategoriseres som "fravalgt". De to

evalueringsrapporter er "Slutevaluering af Faxe kommunes overvægtsindsats" og "Evaluering af projekt XTRA FOKUS" fra Odsherred kommune (56,77).

Efter denne sortering resterer 25 evalueringsrapporter, og et flowdiagram af processen fremgår af figur 2.1.



Figur 2.1: Flowchart for systematisk søgning på evalueringsrapporter.

Flere af de resterende 25 evalueringer indeholder både en procesevaluering af selve indsatsens implementering i kommunen, samt en evaluering af indsatsens effekt i forhold til BMI eller vægtændring. Grundet nærværende projekts fokus på interventionsdelen i sekundære forebyggelsesindsatser, der kan vise en effekt på vægtændring eller ændring i BMI, fokuseres der i problembearbejdningen udelukkende på effektevalueringssdelen af indsatserne. Ligeledes indeholder nogle evalueringer både en generel og en specifik indsats. De generelle indsatser fokuserer på primær forebyggelse, hvilket dermed ikke er relevant i forhold til problembearbejdningen.

I henhold til at skabe et beslutningsgrundlag, på baggrund af eksisterende indsatsers effekter, er det vigtigt, at udarbejde en metode til vurdering af evalueringsrapporternes validitet. Det er nødvendigt, at evalueringerne er gennemført med en vis grad af transparens før det er muligt at vurdere, hvorvidt resultaterne er valide. Der er i forbindelse med nærværende projekt udarbejdet et værktøj, der vil blive anvendt til vurdering af evalueringsrapporternes transparens og validitet.

2.2.3.1 Udvikling af vurderingsmodel

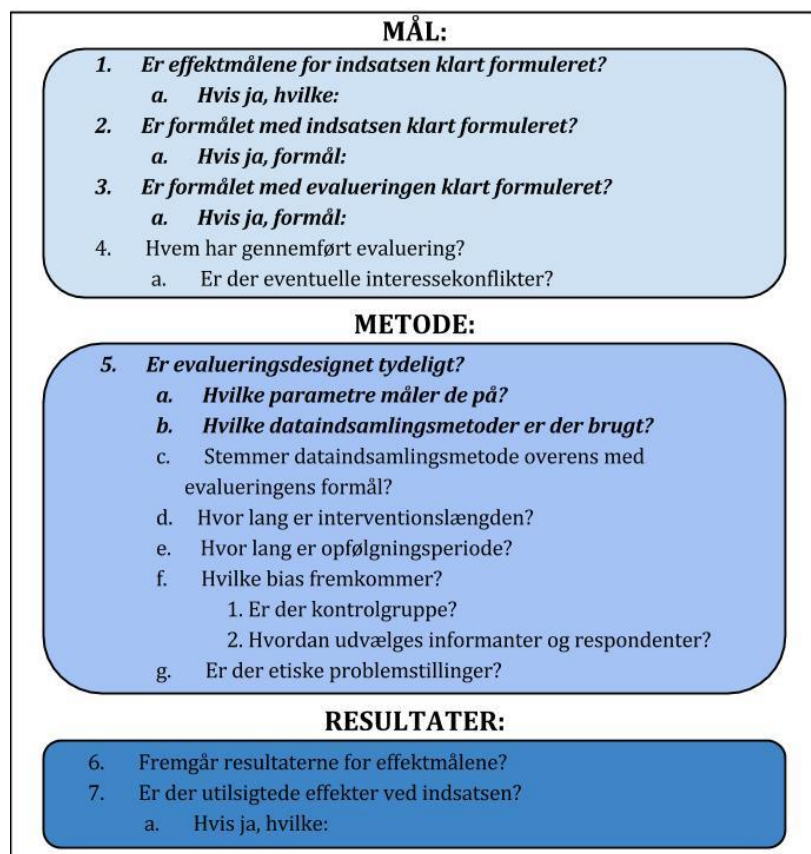
For at validere de 25 evalueringsrapporter er der udarbejdet en vurderingsmetode bestående af en tjekliste med syv punkter. Tjeklistens syv punkter danner grundlag for vurderingen af den enkelte evalueringsrapports transparens og validitet. Vurderingsmodellen har udelukkende til formål, at sortere evalueringerne efter, hvorvidt resultaterne er valide og dermed kan inddrages i problembearbejdningen. Resultaterne fra evalueringsrapporterne, altså om den konkrete indsats har haft en effekt, vil dermed ikke have indflydelse på udvælgelsesprocessen.

Den udarbejdede tjekliste er inspireret af "Guideline for Good Evaluation Practice and Health Informatics" (GEP-HI), der er et redskab til evaluering af sundhedsinformatiske systemer (78). GEP-HI består af seks overordnede punkter, med 60 tilhørende underpunkter, hvor nogle af punkterne ligger til grund for den udarbejdede tjekliste.

Derudover er tjeklisten også inspireret af materialet "Dokumentation af de kommunale forebyggelsesopgaver – en pragmatisk tilgang" udarbejdet af KL (45) og SST's "Guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser", hvor kapitel 10 fokuserer på evalueringen af indsatser (43). En yderligere publikation tjeklisten er inspireret af er SST's "Introduktion til sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker", hvori det anbefales at forebyggelsesarbejdet i kommunerne foretages med udgangspunkt i så stærkt et evidensgrundlag som muligt og med en sammensætning af indhold i interventioner, med størst mulig sandsynlighed for opnåelse af positive effekter hos borgerne (46).

Tjeklistens syv punkter er opdelt i henholdsvis "mål", "metode" og "resultater". Punkterne vægtes forskelligt, og i gennemgangen af evalueringsrapporterne er fokus i første omgang rettet mod punkt 1, 2, 3, 5a og 5b (**de fede og kursive punkter**), der fremadrettet beskrives som de kritiske punkter i tjeklisten. De fem kritiske punkter er vurderet at være væsentlige i forhold til evalueringens transparens og dermed om der er gennemsigtighed i forhold til formål, effektmål og anvendte metoder.

Hvis de fem punkter ikke er opfyldt vurderes evalueringsrapporten som "fravalgt" og resultaterne af evalueringen vil ikke blive inddraget i problembearbejdningen. Denne sortering af evalueringsrapporterne foretages, da det anslås, at det ikke vil være muligt at vurdere evalueringsrapporternes validitet, hvis ikke de fem kritiske punkter er opfyldt. Den samlede tjekliste til vurdering af evalueringerne fremgår i *figur 2.2* og punkternes i tjeklisten gennemgås i afsnittene nedenfor.



Figur 2.2: Vurderingsmodel til validering af evalueringsrapporter.

Mål:

De fire første punkter på tjeklisten udgør målene med indsatsen og evalueringsrapporten. Det 1., 2. og 3. punkt i tjeklisten er kritiske punkter. Punkterne har til hensigt at afdække, hvorvidt det er tydeligt hvilke(t) effektmål, der er opsat for indsatsen samt hvilke(t) formål, der er opsat for indsatsen og evalueringen. Det er ikke muligt at vurdere validiteten af evalueringsrapporternes resultater, hvis ikke der forefindes klarhed omkring disse punkter, hvormed de vurderes som kritiske for den videre inddragelse i nærværende undersøgelse.

Det 4. punkt omhandler, hvem der har udført evalueringen, og det vurderes at være relevant i forhold til at kunne identificere eventuelle interessekonflikter, der kan have betydning for, hvordan resultaterne og metoderne præsenteres. Punktet inddrages da eventuelle interessekonflikter kan have indflydelse på resultaternes validitet eksempelvis grundet politiske interesser.

Metode:

Det 5. punkt omfatter de metodiske tilgange evalueringsrapporten har anvendt med henblik på opfyldelse af evalueringens formål samt måling af effekter i relation til effektmål.

Punkterne 5a og 5b hører til de kritiske punkter, hvilket medfører, at det skal fremgå tydeligt af evalueringsrapporten, hvilke parametre der måles på, samt hvordan dette gøres før

evalueringsrapporten kan inddrages til videre vurdering. En utydelig beskrivelse af dataindsamlingsmetoderne eller måleparametrene medfører, at det ikke er muligt at vurdere validiteten af evalueringsrapporten. Hvis punkterne vurderes som ikke opfyldte kategoriseres evalueringen som "fravalgt".

Punkt 5c er medtaget for at kunne afgøre, hvorvidt dataindsamlingsmetoden stemmer overens med evalueringens formål. Punktet er medtaget da uoverensstemmelse mellem metode og formål, påvirker validiteten negativt.

Punkterne 5d og 5e omhandler interventionslængden og opfølgningsperioden. Punkterne er ligeledes medtaget i vurderingsmodellen for at vurdere validiteten og hvorvidt der kan stoles på resultaterne, der fremkommer i evalueringsrapporterne. Hvis der eksempelvis kun har været en kort interventionsperiode, kan det være svært at konkludere noget i forhold til langtidseffekter heraf uden en opfølgning. Dermed hænger opfølgningen af interventionen imidlertid sammen med interventionslængden, hvor en kort interventionslængde med en lang opfølgningsperiode kan være brugbar.

Punkt 5f omhandler bias i forhold til om der er taget højde for eksempelvis informationsbias, eller recall bias. Dette kan eksempelvis være i forbindelse med interviews eller spørgeskemaer. Dette punkt bliver både vurderet i forhold til bias, som bliver oplyst om i evalueringen, og eventuelle bias, som projektgruppen identificerer. Underpunkt 1, omhandlende brugen af kontrolgruppe i evalueringsrapporterne, er relevant i forhold til at afgøre, hvorvidt eventuelle effekter med sikkerhed kan tilskrives indsatsen. Endvidere er underpunkt 2, omhandlende udvælgelse af informanter, relevant for at vurdere om der er taget højde for eksempelvis selektionsbias.

Punkt 5g, omhandlende etiske problemstillinger i forhold til metodevalget.

Resultater:

Det 6. og 7. punkt i tjeklisten omhandler evalueringens resultater. Det 6. punkt er inkluderet i forhold til evalueringsrapporternes validitet. Hertil er punktet et relevant vurderingspunkt for det videre arbejde i nærværende projekt, da det ikke vil være muligt at anvende en evalueringsrapport, hvis resultaterne ikke fremgår heraf men eksempelvis kun overordnede konklusioner.

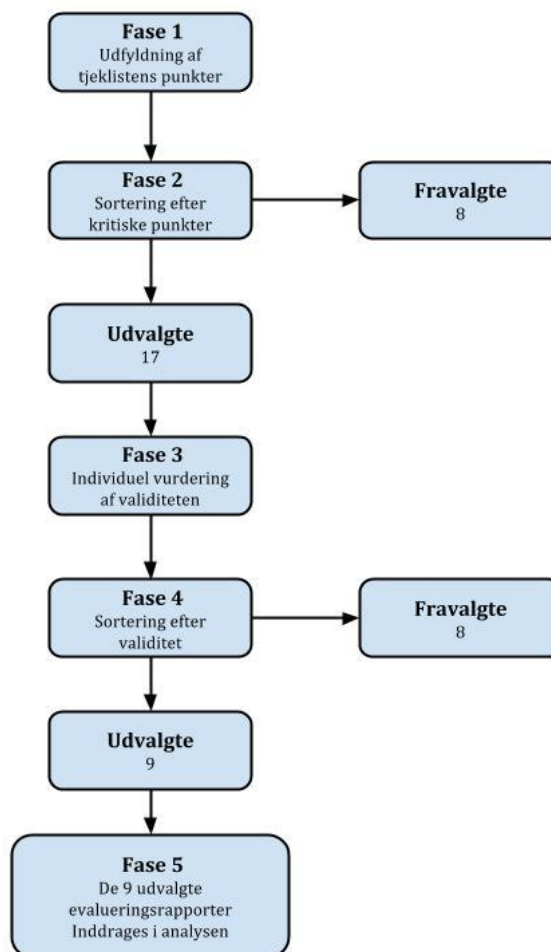
Det er desuden relevant at afdække, hvorvidt der er utilsigtede effekter, både positive og negative, da dette vil have betydning for beslutningsgrundlaget til fremtidige indsatser målrettet overvægtige børn og unge. Hertil er det relevant om det er forsvarligt at fortsætte med en indsats til trods for eventuelle positive resultater, da det ville være uetisk at arbejde videre med en indsats der eksempelvis bidrog til en øget social ulighed eller andre negative utilsigtede konsekvenser.

Protokol til vurdering af evalueringsrapporter

Nedenstående protokol til vurdering af de identificerede evalueringsrapporter danner grundlag for *Kapitel 3: Resultater*.

1. Alle gruppemedlemmer gennemlæser uafhængigt af hinanden evalueringsrapporterne med henblik på at udfylde tjeklistens punkter.
2. Gruppemedlemmerne går herefter samlet igennem de kritiske punkter; 1, 2, 3, 5a og 5b. Hvis disse ikke er opfyldt, kategoriseres evalueringsrapporten som "fravalgt". Evalueringen forkastes og bliver derved ikke bragt med videre til valideringsfasen.
3. Gennemgang af de tilbageværende evalueringsrapporter, individuelt af hvert gruppemedlem, med henblik på at foretage en subjektiv vurdering af resultaternes validitet. Validiteten vurderes på baggrund af et samlet indtryk af alle punkterne i tjeklisten.
4. Hefter samles projektgruppen for at diskutere og sammenholde de individuelle vurderinger af evalueringsrapporterne. Hvis en evalueringsrapport herefter vurderes som "udvalgt", er dette ensbetydende med, at resultaterne af evalueringen vurderes som valide, og dermed kan evalueringens resultater give indblik i den pågældende indsats effekt i forhold til BMI eller vægt.
5. Resultater fra evalueringsrapporter kategoriseret som "udvalgt" medtages i den videre analyse, hvor resultaterne gennemlæses med henblik på at lokalisere, hvilken effekt indsatsen har haft i forhold til deltagernes BMI eller vægtudvikling, samt indsatsens fremgangsmetode.

Gennemgang af protokollen resulterer i ni udvalgte evalueringsrapporter og et flow-chart over de fem faser og udvælgelsen af evalueringsrapporter vises i *figur 2.3*.



Figur 2.3: Flowchart for valideringsprocessen af evalueringsrapporterne.

Resultaterne for de ni evalueringsrapporter, præsenteres i det kommende *kapitel 3: Resultater*. Fravalgte evalueringer og argumenter herfor findes som *bilag 3*. Det operationelle undersøgelsesspørgsmål vil dels blive besvaret gennem resultaterne fra de ni udvalgte evalueringsrapporter og dels på baggrund af resultaterne fra en struktureret litteratursøgning i videnskabelige databaser.

2.2.3.2 Grundlaget for indsatsernes udformning

I henhold til besvarelsen af det strategiske undersøgelsesspørgsmål, omhandlende grundlaget for udformningen af kommunale sekundære forebyggelsesinterventioner, er det relevant at undersøge de identificerede evalueringsrapporter yderligere. Evalueringsrapporter der blev frasorteret i den ovenstående vurderingsmodel, er medtaget i besvarelsen af det strategiske undersøgelsesspørgsmål, da det er grundlaget for indsatsen der er i fokus og resultaternes af den enkelte indsats er uden betydning. De 28 fundne evalueringsrapporter gennemlæses, henholdsvis med henblik på at

identificere eventuelle metoder eller andre tiltag der dannet grundlag for beslutningen om indsatsens udformning.

Herudover gennemlæses de 28 evalueringsrapporter med fokus på at finde projekter der har modtaget satspuljemidler fra "Kommunernes plan mod overvægt". Hertil sammenholdes de fundne evalueringsrapporter med listen over projekter der har modtaget midler fra SST's satspulje (10,11). Det vurderes at satspuljerne kan have indvirkning i forhold til beslutningsgrundlaget for indsatsernes udformning, blandt andet i form af de regler og krav der er forbundet med ansøgning til satspuljemidlerne (48).

2.2.4 Fjerde søgning: Evidens

Det kommende afsnit har til hensigt at dokumentere litteratursøgningen til problembearbejdningen og besvarelsen af det operationelle undersøgelsesspørgsmål. Søgningen er foretaget d. 8. april 2014 og formålet med søgningen er, at identificere interventioner, der har haft fokus på at vægtændring eller ændring i BMI hos overvægtige børn og unge, samt hvilken effekt de har haft. Litteratursøgningens resultater har yderligere til formål at supplere resultaterne fra de ni kommunale evalueringsrapporter med videnskabelig evidens for effekt i forhold til vægtændring eller ændring i BMI hos overvægtige børn og unge.

Søgningen er foretaget i fire videnskabelige databaser; PubMed, Cochrane Library, Embase og PsycInfo. Begrundelserne for valget af databaserne er præsenteres i *tabel 2.1* nedenfor.

Tabel 2.3: Anvendte videnskabelige databaser samt begrundelser for valg heraf

Databaser	Begrundelse for valg
PubMed	PubMed indeholder mere end 16 millioner internationale referencer inden for biomedicin og beslægtede fag. Pubmed er central i en sundhedsvidenskabelig litteratursøgning (79).
Cochrane Library	Indeholder systematiske oversigtsartikler inden for det medicinske område om gavnlige og skadelige virkninger af behandlinger og forebyggelse i forhold til sundhed. Cochrane er central i en sundhedsvidenskabelig litteratursøgning (79).
Embase	Supplerer PubMed idet europæiske referencer dækkes tættere i denne database. Europæisk forskning indenfor problemfeltet er relevant at få afdækket. Embase er central i en sundhedsvidenskabelig litteratursøgning (79).
PsycInfo	En central database der indeholder artikler og tidsskrifter inden for emnet psykologi, herunder også emnet sundhedsvidenskab (80)

2.2.4.1 Anvendte facetter

Der er inden søgningen udarbejdet en tabel indeholdende relevante søgetermer (*tabel 2.2*), der sikrer, at søgningen dækker det opstillede problemfelt.

Tabel 2.4: Relevante søgetermer inddelt i facetter.

P1	P2	I	O
Overweight	Adolescent	Health promotion	Body Mass Index
Pediatric obesity	Child	Secondary prevention	Body weight change
Adiposity		Weight reduction	Body Weight
Childhood		programs	Body fat distribution
obesity		Healthy people programs	Weight control
Obesity			Weight reduction
Obesity, morbid			Waist Circumference
Obes* (fritekst)			

Tabel 2.3 – 2.6 viser de fire anvendte facetter i hver enkelt database. I databaserne PubMed og Cochrane Library er det kontrollerede emneordssystem, kaldet MeSH-terms, hovedsageligt anvendt. I Embase er emneordssystemet Emtree anvendt og i PsycInfo er thesaurus anvendt via "Term Finder". De kontrollerede emneord er systematisk listet inde på hver enkelt database og relationerne mellem emneordene vises under emnetræer. Emneordene er brugt for at bidrage til anvendelsen af de rette søgetermer, der medfører en mere præcis søgning samt minimerer støj. Der er desuden anvendt fritekstsøgninger for at afdække endnu ikke klassificerede emneord. Ved fritekstsøgninger er der anvendt trunkering (*), der medfører at alle endelser medtages efter søgeordet. Hertil er der i enkelte tilfælde brugt [TIAB] efter fritekstsøgningerne, hvormed der kun søges efter det konkrete ord i title og abstract.

Tabel 2.5: Anvendte facetter i PubMed.

P1	P2	I	O
Overweight (MESH)	Adolescent (MESH)	Health promotion (MESH)	Body mass index (MESH)
Obesity (MESH)	Child (MESH)	Secondary prevention (MESH)	Body weight change (MESH)
Body fat distribution (MESH)			Waist circumference (MESH)
Obes* [TIAB] (fritekst)			

Tabel 2.6: Anvendte facetter i Cochrane Library.

P1	P2	I	O
Overweight (MESH)	Adolescent (MESH)	Health promotion (MESH)	Body mass index (MESH)
Body fat distribution (MESH)	Child (MESH)	Secondary prevention (MESH)	Body weight Changes (MESH)
Obesity (MESH)			Waist circumference (MESH)
Obes* [TIAB] (fritekst)			

Tabel 2.7: Anvendte facetter i Embase.

P1	P2	I	O
Obesity (Emtree) Obes* (fritekst)	Adolescent (Emtree) Child (Emtree)	Health promotion (Emtree) Secondary prevention (Emtree)	Body Mass (Emtree) Body fat distribution (Emtree) Weight Change (Emtree) Weight reduction (Emtree) Weight Control (Emtree) Waist Circumference (Emtree)

Tabel 2.8: Anvendte facetter i PsycInfo.

P1	I	O	Limit
Overweight (Term Finder) Obesity (Term Finder) "pediatric obesity" (Fritekst) Obes* (fritekst)	Health promotion (Term Finder) Prevention (Term Finder)	Body mass index (Term Finder) Weight loss (Term Finder) Weight control (Term Finder) "Waist circumference" (Fritekst)	Review (fritekst)

2.2.4.2 Afgrænsninger

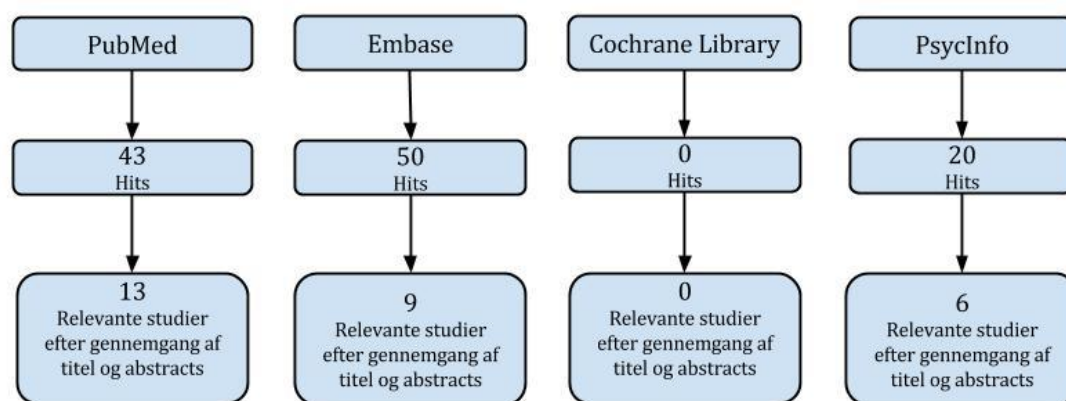
Der ønskes i nærværende projekt kun systematiske reviews, da disse studier har en større styrke sammenlignet med enkeltstående studier. Derudover ønskes et samlet overblik over hele problemfeltet, hvilket denne type af studier kan medvirke til. Der er yderligere opsat limits i forhold til udvælgelsen af relevant litteratur. Limits opsat via den enkelte databases limitfunktion vises i tabel 2.7.

Tabel 2.9: Opsatte limits via databasernes limitfunktion.

Database	Limit
PubMed	Reviews Publiceret inden for de seneste 10 år (2004 -)
Cochrane Library	Reviews Publiceret inden for de seneste 10 år
Embase	Reviews (gennem søgning) Publiceret inden for de seneste 10 år
PsycInfo	Publiceret inden for de seneste 10 år Alder: 0-12 år, 6-12 år og 12-17 år

Det er vurderet, at de inkluderede systematiske reviews og metaanalyser skal være publiceret inden for de seneste 10 år, hvormed limitsfunktionen under søgningen er sat til 2004. Denne limit er sat, da det er vurderet, at der er sket en forandring i den måde sundhed anskues på i verden. Herudover vurderes det, at fokus er ændret på emnet over de seneste år, der har resulteret i en ændring inden for meninger og holdninger sammenlignet med for 10 år siden. Projektgruppen er opmærksom på, at oversigtsartiklerne kan indeholde studier, der er publiceret før 2004, hvilket vil være med i overvejelserne omkring overførbareheden til den nuværende kontekst, når resultaterne anvendes.

Søgningen i databaserne resulterede i henholdsvis 43 hits i PubMed, 0 hits i Cochrane Library, 50 hits i Embase, og 20 hits i PsycInfo. I henhold til videre udvælgelse af den fundne litteratur, blev overskrifter og abstracts gennemlæst af alle tre gruppemedlemmer, der uafhængigt af hinanden vurderede, hvilke studier der egnede sig til fuld gennemlæsning. Efterfølgende samledes gruppen for at sammenholde vurderingerne og argumentere for hver enkelt studie, hvilket resulterede i at 28 studier blev godtaget til videre gennemgang. Et flowchart over processen fremgår af figur 2.4.



Figur 2.4: Flowchart over udvælgelse af systematiske reviews i de valgte videnskabelige databaser.

2.2.4.3 Videnssøgeren

For at supplere litteratursøgningen til problembearbejdningen, er der udført en søgning på SST's søgeværktøj til systematiske vurderinger af evidensbaserede forebyggelsesindsatser; *Videnssøgeren*.

Videnssøgeren er en samling af databaser og hjemmesider der af SST vurderes som anerkendte, internationale institutioner. Databaserne og hjemmesiderne er; "SST's evidensbase", "NICE", "Canadian Best Practices Portal", "The Community Guide", "Cochrane reviews (via PubMed)", "Health evidence", "EPPI-Centre Knowledge Library", "DARE + HTA database", "PubMed (systematic reviews)", "WHO Health evidence network", "Public Health+" og "NHS Evidence".

Gennem Videnssøgeren er det hermed muligt at få en samlet indgang til at søge og finde relevant empiri af høj evidens (81).

Videnssøgeren giver mulighed for at søge på *emne*, *arena* og/eller *målgruppe*, men kun med prædefinerede undergrupper. Der er i den udførte søgning ikke valgt nogen arena, da nærværende undersøgelse ikke har fokus på BMI eller vægtændring i en bestemt kontekst. Under emne blev "overvægt" valgt som det prædefinerede emne. Under målgruppen var det imidlertid ikke muligt at vælge børn og unge under en samlet målgruppe, hvormed der blev udført to søgninger - en med børn

og en med unge. En oversigt over valgt emne, arena og målgruppe, under de to søgninger fremgår af *tabel 2.8*.

Tabel 2.10: Systematiske søgninger på Videnssøgeren.

	Emne	Arena	Målgruppe
1. Søgning	Overvægt	Ingen valgt	Børn
2. Søgning	Overvægt	Ingen valgt	Unge

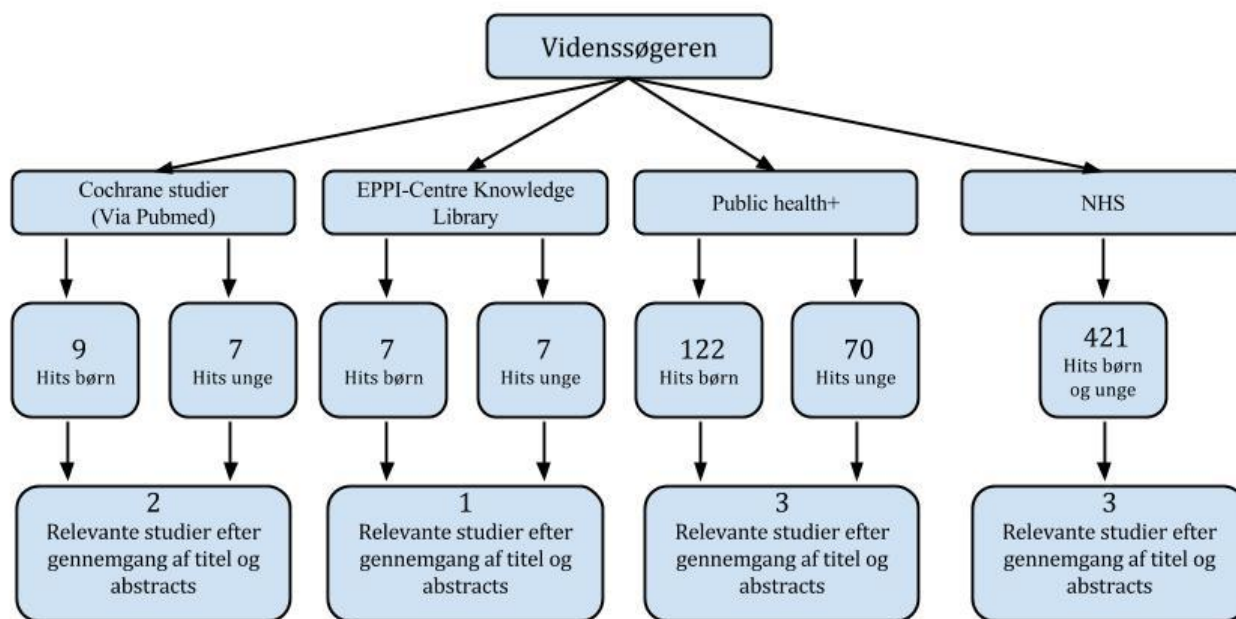
Søgningen er foretaget d. 8. april 2014, men det har ikke været muligt at bruge Videnssøgeren til databaserne og hjemmesiderne "DARE + HTA database", "Health evidence" og "SST's evidensbase" på søgetidspunktet, enten grundet at siden var nede eller manglende brugeradgang.

Databaserne og hjemmesiderne "NICE", "Canadian Best Practices Portal", "The Community Guide" og "WHO Health evidence network" indeholder kun rapporter eller ikke peer reviewed litteratur hermed er databaserne udgået af søgningen. Dette skyldes, at litteratursøgningen har til formål at finde evidens gennem systematiske reviews. Hertil indgik "PubMed (systematic reviews)" allerede i den systematiske søgning, nævnt ovenfor, hvormed denne også udgik fra Videnssøgeren.

I databasen "NHS Evidence" er det muligt at modificere søgestrengen, således den præciseres i forhold til nærværende problemstilling. I søgningen i "NHS Evidence" er der derfor lavet en samlet søgning for børn og unge, samt tilføjet søgeord for at gøre denne søgning mere præcis for projektet. De tilføjede søgeord tog udgangspunkt i den systematiske søgning i de videnskabelige databaser, nævnt ovenfor, og var *health promotion* og *secondary prevention*.

Den anvendte søgestreng på NHS Evidence blev hermed: (obesity OR overweight* OR "weight loss" OR "weight reduction" OR "weight management") AND (child* OR adolescent*) AND ("health promotion" OR "secondary prevention").

Videre udvælgelse af resultaterne fra søgningen på Videnssøgeren, blev foretaget ved samme metodiske fremgang som ved de videnskabelige databaser, i form af individuel gennemlæsning af overskrifter og abstract af hvert gruppemedlem, hvilket resulterede i 6 studier. Et flowchart over resultaterne fra videnssøgeren, samt oversigt over antal studier udvalgt til fuld gennemlæsning, fremgår af *figur 2.5*.



Figur 2.5: Flowchart for udvælgelse af systematiske reviews i Vidensssøgeren.

2.2.4.4 Udvalgt litteratur

Resultatet af den strukturerede litteratursøgning til problembearbejdningen resulterer i 113 studier fra de fire databaser, hvoraf 28 udvælges til fuld gennemlæsning efter gennemgang af overskrift og abstrakt. Supplerende er 643 studier fundet gennem SST's Vidensssøgeren, hvoraf ni studier udvælges til fuld gennemlæsning efter gennemgang af overskrift og abstrakt.

Inden fuld gennemlæsning af de 37 udvalgte studier kontrolleres der for dubletter, hvilket resulterer i seks dubletter. De resterende 31 studier er efterfølgende, uafhængigt af hinanden, gennemlæst af alle projektgruppens medlemmer, med henblik på at ekskludere studier, der ikke opfylder de opsatte limits:

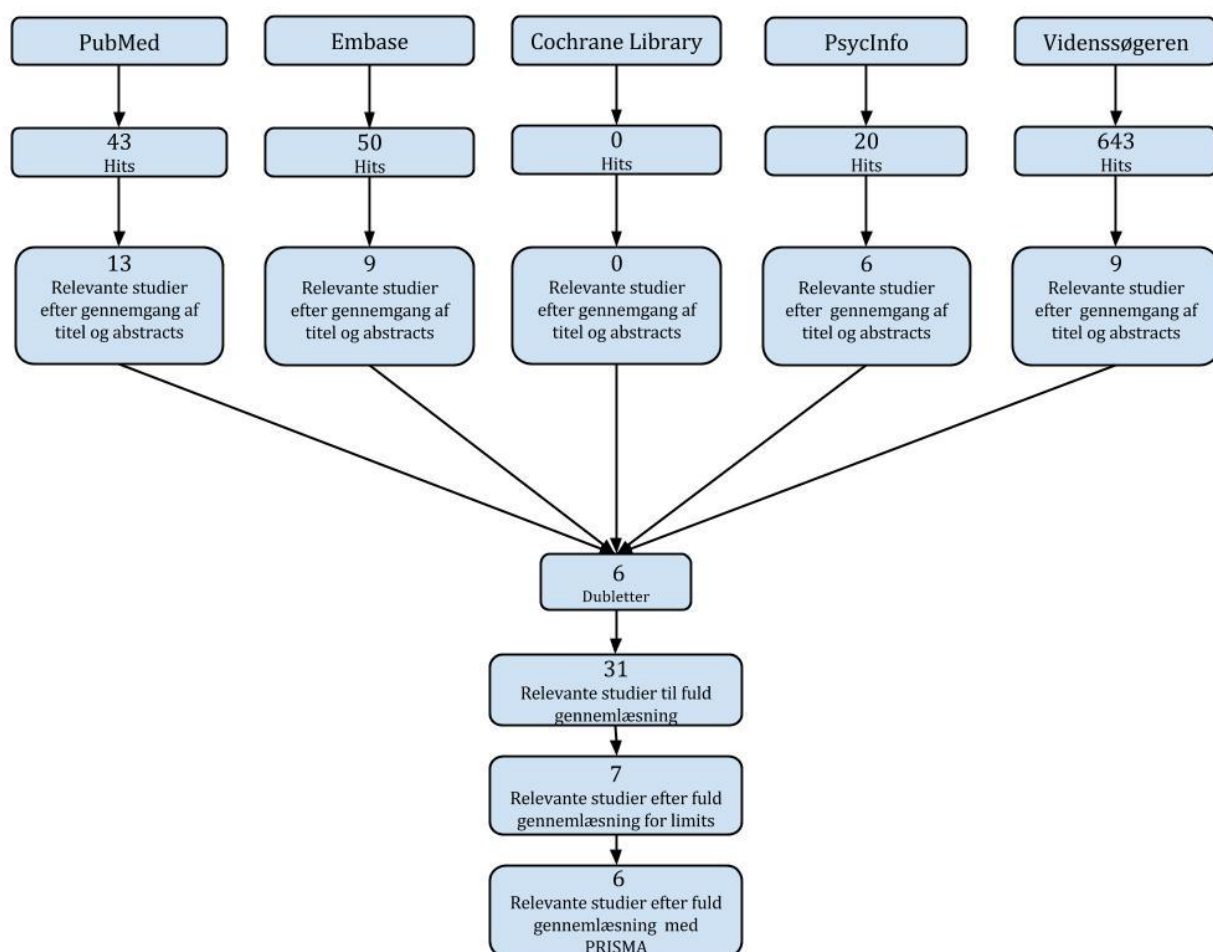
- Systematiske reviews
- Målrettet overvægtige børn og unge
- Effektmålene skal være BMI eller vægt.
- Hele eller dele af målgruppen skal være indenfor alderen 5 år – 17 år
- Kun raske børn og unge

Enkelte af de ovenstående limits er gentagende i forhold til limits opsat i databasernes limitsfunktion under søgningen. Gentagende limits har til formål at sortere studier fra der blandt andet er fremkommet af søgningen, og udvalgt, på trods af databasernes limitfunktion. Herudover er det ikke muligt at opsætte limits på Vidensssøgeren, hvormed disse studier ikke er blevet tjekket.

I henhold til det operationelle undersøgelsesspørgsmål er det vigtigt, at effektmål i de inkluderede studier er BMI eller vægt samt at interventionerne er målrettet overvægtige børn eller unge.

24 studier blev frasorteret ved gennemlæsning for limits; 12 studier er ikke systematiske reviews, 11 studier er ikke målrettet overvægtige børn eller unge og et studie er udelukkende baseret på studier ældre end 2004.

Gennemgangen af tjeklisten resulterer i syv studier, hvor samtlige af de systematiske reviews og metaanalyser er gennemlæst med tjeklisten "The PRISMA statement" (82). PRISMA-tjeklisten er anvendt til kritisk gennemlæsning af studierne. Et review er fravalgt ved gennemlæsning med PRISMA, grundet manglende transparens i forhold til anvendte metoder. Flowchart over udvælgelse af litteratur fra den samlede systematiske litteratursøgning vises i figur 2.6.



Figur 2.6: Flowchart over udvælgelse af litteratur fra den samlede systematiske litteratursøgning til problembearbejdning.

2.3 Kvalitativt interview

I henhold til besvarelsen af det strategiske undersøgelsesspørgsmål, suppleres litteraturstudiet med et kvalitativt interview med en nøgleperson ansat i en pilotkommune. I nærværende projekt er respondenterne fra Aalborg Kommunes Sundheds- og kulturforvaltning og respondenterne har ingen relation til projektgruppen. Interviewet gennemføres fredag d. 25. april 2014 i kommunens lokaler i Aalborg.

Formålet med det kvalitative interview er at skabe indblik i grundlaget hvorpå beslutninger omkring udformningen af kommunale indsatser træffes. I interviewet anvendes en fænomenologisk tilgang. Fænomenologi betyder "det, som kommer til syne", hvilket vil sige, at fænomenologien er læren om fænomener som viser sig for bevidstheden, sådan som fænomenerne fremkommer at være. Dette betyder endvidere, at fænomenerne ikke nødvendigvis fremstår sådan som de virkeligt er (83), hvilket betyder, at empirien bliver et udtryk for, hvordan respondenterne ser processerne i kommunen.

Interviewet er semi-struktureret og dermed inddelt i nogle overordnede temaer med tilhørende spørgsmål der ønskes svar på (84). Der kan argumenteres for, at den metodiske tilgang i det semi-strukturerede interview både er deduktiv og induktiv, da der under interviewet blev fulgt op på eventuelle interessante emner der ikke var inkluderet i interviewguiden (85).

2.3.1 Interviewguide

Interviewguiden i nærværende projekt indeholder overordnede 3 temaer; *Baggrunden for prioritering af sundhedsområdet, indsatsens udformning og evaluering af indsatser (bilag 4)*. Temaerne er konstrueret på baggrund af det strategiske undersøgelsesspørgsmål samt SST's guide fra 2007, som blandt andet beskriver vigtigheden af at indtænke og evaluere indsatser (43).

Inden interviewet gennemføres er det blevet pilottestet på en ansat fra Region Nordjylland. Pilottesten hjælper til at afklare eventuelle tvetydige og/eller eventuelle misforståelser i formuleringerne af spørgsmålene.

Inden interviewet startes underskriver respondenterne og interviewer en samtykkeerklæring (*bilag 4*)

Interviewet indledes med spørgsmål omhandlende informantens baggrund og rolle i kommunen. Dette har blandt andet til formål at indlede interviewet med spørgsmål der kan starte interviewet op på en hensigtsmæssig måde (84).

Efterfølgende stilles der spørgsmål til temaet "prioritering af sundhed i kommunen", der har til hensigt at klargøre og opnå indblik i hvilke personer der besidder kompetencerne og ansvaret for at prioritere sundheden i kommunen. Herudover ønskes der også viden om hvem der eventuelt inddrages som

beslutningstagere i prioritering på sundhedsområdet samt argumenter for hvilke personer der inddrages og hvorfor.

Det næste tema omhandler indsatsens udformning og er medtaget for at skal skabe indblik i hvordan strukturen i en indsats besluttet og generelt hvordan hele processen forløbet fra start til slut. Der stilles herunder uddybende spørgsmål omhandlende eksempelvis hvorvidt kommunen inddrager resultater fra andre kommuner, evidens fra andre lande eller lignende og igen argumenter for hvorvidt de enten gør dette eller ej.

Afslutningsvis stilles der spørgsmål angående evaluering af indsatsen. Dette skal skabe indblik i om dette er et element kommunen påtænker at inddrage i forbindelse med indsatsen. Samtidig ønskes der også uddybelse i form af argumenter hertil samt forklaring af hvordan eventuelle resultater fra en evaluering tænkes anvendt fremadrettet.

Interviewet er transskriberet ordret og respondenterne har fået tilsendt transskriptionen til godkendelse. Respondenten har efterfølgende sendt transskriptionen retur uden anmærkninger, hvilket medvirker til at højne validiteten af svarene fra respondenterne.

2.4.1 Data-analyse

Efter transskription af interviewet foretages analysen, hvor der laves en meningskategorisering (84,86) Fremgangsmetoden består indledningsvist af en kodning af udsagn. Kodning består i at opdele det transskriberede interview i afsnit, som temamæssigt er sammenhængende. Dette overskueliggør, hvad der emnemæssigt er blevet talt om under interviewet. Interviewet kodes, uafhængigt af hinanden, af alle gruppens medlemmer. Efterfølgende sammenlignes kodningerne og der laves en fælles kodning af hele interviewet (85,87).

Efterfølgende gennemgås transskriptionen igen, her med henblik på kategorisering, hvilket betyder, at flere koder samles under færre, men større koder. Alternativt kan koder splittes op i mindre underkoder. Ved at kategorisere skabes der indblik i, om nogle koder eksempelvis hænger sammen, står i modsætning til hinanden eller har konsekvenser for hinanden. Kodningen foretages for at gøre interviewet eksplicit og overskueligt (84,86).

Når kategorisering af interviewet er gennemført identificeres relevante temaer i forhold til det strategiske undersøgelsesspørgsmål. Kodningerne er fremkommet via interviewet, dels gennem de forudbestemte temaer fra interviewguiden og dels gennem respondenterens udtalelser (85).

Relevante temaer og citater præsenteres i *Kapitel 3: Resultater*.

Kapitel 3: Resultater

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra de ni udvalgte evalueringsrapporter (kapitel 2: Metode), med henblik på at sammenfatte hvilken effekt de kommunale indsatser har haft på overvægtige børn og unges BMI eller vægt. Herefter præsenteres resultater i forhold til grundlaget for indsatserne, hvorpå der forefindes evalueringsrapporter. Endvidere præsenteres resultaterne fra de udvalgte systematiske reviews med henblik på at identificere evidens i forhold til elementer i forebyggelsesindsatser.

Afslutningsvis præsenteres relevante resultater fra interviewet med respondenter (R).

3.1 Evalueringsrapporter

Som præsenteret i *kapitel 2: Metode* er ni evalueringsrapporter udvalgt på baggrund af den konstruerede vurderingsmodel. Resultaterne fra de ni udvalgte evalueringsrapporter er sammenfattet i *tabel 3.1*, hvori interventionsformen, målgruppen, antal deltagere, effektmål, dataindsamlingsmetode og resultater præsenteres.

Det fremgår at *tabel 3.1* at fire af indsatserne er igangværende, mens de resterende fem er afsluttede. Interventionslængden varierer fra 12 uger til 2 år, mens opfølgningsperioden varierer fra 0 – 36 måneder. Antallet af deltagere, som evalueringsresultaterne er baseret på, varierer fra 10 – 326 deltagere. Alle evalueringerne har enten BMI eller vægtændring som effektmål, og derudover har alle indsatserne også supplerende effektmål som: handlekompetencer, selvværd, livsstilsændringer og trivsel.

I otte af evalueringsrapporterne fremgår det, at de fysiske målinger af BMI er foretaget i forbindelse med indsatsen og opfølgningen, mens én baserer BMI på journaldata fra sundhedsplejerskens journalsystem.

Som beskrevet i *kapitel 1: Problemanalyse* er det i nærværende projekt kun resultater i forhold til BMI og vægt, der er relevante til besvarelse i forhold til besvarelse af undersøgelsesspørgsmål og problemformulering. Resultater i forhold til andre effektmål vil derfor ikke fremgå i *tabel 3.1*.

Tabel 3.1: Sammenfatning af resultater fra udvalgte evalueringsrapporter.

Indsats længde og opfølgning (status)	Interventions- form ¹	Alder/kl.	Antal deltagere (frafald)	Effektmål	Dataindsamlingsmetode ift. BMI og vægt	Resultater ift. vægt og BMI A) Indsatsens afslutning B) Efter opfølgningsperiode
Familievægtskolen (67) Længde: ikke oplyst Opfølgning: ingen (igangværende)	8. Samtale med information og tilbud inden for motion og kost	12 – 17 år	40 deltagere (15)	- BMI. - Livsstilsændringer ² - Trivsel. - Tilfredshed.	- Fysiske målinger - Spørgeskemaundersøgelse om trivsel. - Spørgeskemaundersøgelse om tilfredshed. - Fokusgruppeinterview med familier. - Telefoninterview med familier som ikke deltog i fokusgruppeinterview	A) Vægt: 8/25 børn taber sig og 1/25 er uændret og 16/25 tager på i vægt. BMI: 13/25 som har mindsket BMI og 8/25 som har øget BMI. B) Ingen måling
Ha' det godt med dig selv (75) Længde: 12 uger Opfølgning: 2 mdr. (afsluttet)	8. Samtale med information og tilbud inden for motion og kost	5. – 7. kl.	14 deltagere (3)	- BMI - Fedtprocent - Taljemål	- Fysiske målinger - Selvværds-spørgeskema. - Fokusgruppeinterviews med deltagende børn.	A) 7/11 af deltagende børn har tabt sig. 2/11 er stagneret i vægt 2/11 har taget på i vægt B) Ingen måling
Sund skolestart (57) Længde: 2 år Opfølgning: ingen (afsluttet)	8. Samtale med information og tilbud inden for motion og kost	0. – 1. kl.	10 deltagere (0)	- BMI - Empowerment	- Fysiske målinger - Spørgeskema - Interview med en familie	A) Begrænsede data og kort opfølgningsperiode medfører, at der ikke kan konkluderes, hvorvidt gruppeforløbene har haft en positiv effekt. B) Ingen

¹ Jævnfør tabel 1.1.

² Fysisk aktivitet og sundere kostvaner.

Fedt for Fight (76) Længde: 1 år Opfølgning: 3 år (Igangværende)	8. Samtale med information og tilbud inden for motion og kost	0. kl.	140 deltagende (38)	- BMI. - Handlekompetencer	- Fysiske målinger - Interviews med 7 mødre (ressourcestærke) og sundhedsplejersker om handlekompetencer (kompetencer for ændringer af kost- og motionsvaner, sætte grænser for børnene samt ansvar for børnenes overvægt).	A) BMI: 76/102 børn har opnået fald i BMI, 26 er faldet fra svært overvægtig til overvægtig. B) Opfølgninger viser at børnene fastholder vægten (opfølgning er fundet sted op til 3 år efter interventionen)
Børnevægtcenteret (53) Længde: 1½ - 2 år Opfølgning: ingen (igangværende)	8. Samtale med information og tilbud inden for motion og kost	8 – 15 år	326 deltagere (85) ³	- BMI - Fedtprocent	- Fysiske målinger	A) Data på 122 børn hvoraf 86/122 børn får lavere BMI og 36/122 har øget BMI. B) Ingen
Flik-flak (58) Længde: 1 år Opfølgning: 15 mdr. (afsluttet)	8. Samtale med information og tilbud inden for motion og kost	4. – 6. kl.	80 deltagere (9)	Kort sigt: - Vægttab eller vægtstagnering. Langsigtet: - Livsstilsændringer.	- Fysiske målinger - Interview om deltagernes erfaringer og holdninger.	A) 28/71 har opnået vægttab og 20/71 opnået vægtstabilisering. B) 20/67 ⁴ opnået vægttab og 13/67 vægtstagnering
Sunde og glade børn i Halsnæs (66) Længde: 12 uger Opfølgning: 9 mdr. (afsluttet)	8. Samtale med information og tilbud inden for motion og kost	8 – 13 år	43 deltagere (Ikke oplyst)	- Vægttab - Selvværd	- Fysiske målinger - Fokusgruppeinterview - Telefoninterview - Observationer ved aktiviteter - Spørgeskema	A) Gennemsnitligt er BMI reduceret med 1.0 på de 43 deltagere B) Gennemsnitlig er BMI reduceret med 1.7 på 26 ⁵ deltagere

³ Der er yderligere blevet frasorteret 119, da de stadig er i gang med forløbet.

⁴ Der har yderligere været frafald på 4 deltagere mellem afslutning og opfølgning.

⁵ Der har yderligere været frafald på 17 deltagere mellem afslutning og opfølgning.

Rend og hop – Vi si'r stop (65) Længde: 12 uger Opfølgning: ingen (afsluttet)	8. Samtale med information og tilbud inden for motion og kost	4. – 6. kl.	63 (Ikke oplyst)	- BMI - Handlekompetencer	- Fysiske målinger - Spørgeskema - Interviews - Observationer	A) Der er gennemsnitligt sket en reduktion i BMI på 0,4, men der er store udsving børnene imellem B) Ingen
Opfølgning efter julemærkehjem (54) Længde: 1 år Opfølgning: Ingen (igangværende)	10. Vedligeholdelse eller øgning af vægttab	Børn der har været på et julemærkehjem.	39 deltagere (22) ⁶	- BMI - Opretholdelse af kost- og motionsvaner tillært på julemærkehjem og støtte hertil.	- Journaldata (med fysiske målinger) - Interviews med 3 familier. - Noter fra familiebesøg.	A) Data på 17 deltagere viser en stigning i BMI under interventionen efter julemærkehjemmet. Vægt er stadig signifikant lavere end ved indskrivning på julemærkehjemmet. B) Ingen

⁶ Er blevet frasorteret da de enten var under opfølgning eller grundet mangelfulde data.

1 3.1.1 Interventionsformerne

2 Ud fra interventionsformerne, præsenteret i *tabel 1.1, afsnit 1.8*, er der i de udvalgte
3 evalueringsrapporter to forskellige interventionsformer repræsenteret; **Interventionsform 8** og
4 **interventionsform 10**.

5 3.1.1.1 Effekt i forhold til BMI eller vægt

6 Otte ud af ni indsatser er kategoriseret som **interventionsform 8**, og som det fremgår af *tabel 3.1*
7 varierer antallet af deltagere mellem 10 – 122, og resultaterne i forhold til BMI eller vægt varierer
8 ligeledes. "Sund skolestart" er den eneste af indsatserne, som ikke rapporterer positive effekter i
9 forhold til BMI grundet begrænsede data. De resterende syv indsatser inden for denne
10 interventionsform rapporterer, at nogle deltagere har reduceret BMI eller vægt efter endt indsats.

11 Ingen af de udvalgte evalueringsrapporter rapporterer om signifikante ændringer i forhold til BMI
12 eller vægt

13 "*Opfølgning efter julemærkehjem*" er kategoriseret som **interventionsform 10**, og resultaterne fra
14 evalueringen viser, at alle deltager øger deres BMI i løbet af indsatsen.

15 3.1.1.2 Langsigtet effekt

16 To af indsatserne rapporterer opfølgningsmålinger på et år eller længere (58,76). I "*Fedt for Fight*" er
17 opfølgningsperioden ved evalueringstidspunktet op til tre år og resultaterne viser, at deltagerne
18 fastholder deres vægt. Evalueringen af indsatsen "*Flik-Flak*" rapporterer, at 20/67 deltagere opnået
19 vægttab og 13/67 deltagere stagneret i vægt 15 måneder efter endt intervention.

20 3.1.2 Kontrolgruppe

21 I "*Børnevægtscentret*" sammenholdes de danske data med svenske data fra Malmø (53). I
22 evalueringsrapporten påpeges der imidlertid en usikkerheder i forbindelse med denne form for
23 sammenligning. I "*Rend og Hop – Vi si'r stop*" er der sendt spørgeskemaer ud til to kontrolskoler (65).
24 Det skal påpeges, at der ikke har været tilknyttet reelle kontrolgrupper til nogen af de ni indsatser,
25 hvorved effekten i forhold til BMI eller vægt ikke med sikkerhed kan tilskrives indsatsen. De
26 præsenterede resultater vil blive analyseret og diskuteret i det kommende *kapitel 5*.

1 **3.1.3 Grundlag for evalueringsrapporter**

2 Hensigten med det kommende afsnit er at præsentere resultaterne for grundlaget til udformningen af
3 kommunale indsatser, med udgangspunkt i de 28 identificerede evalueringsrapporter.

4 **3.1.3.1 Satspulje-midler**

5 Ud af de 28 evalueringsrapporter, identificeret gennem den strukturerede søgning, er der blevet
6 identificeret 19 evalueringer, som har modtaget midler fra satspuljen "Kommunernes plan mod
7 overvægt" (50,52,55-59,61,62,65-67,74,76). Endvidere er indsatsen "*Ha det godt med dig selv*"
8 udsprunget af indsatsen "*Bevæg dig sund og glad*", der var et fortløbende projekt i Esbjerg Kommune,
9 der havde modtaget midler fra satspuljerne(75). En enkelt af indsatserne har modtaget statslige
10 midler i form af "Puljen til forbedring af kvalitet i dagtilbud" administreret af "Ministeriet for Familie-
11 og Forbrugeranliggender" (63).

12 **3.1.3.2 Grundlag til udformning af kommunale indsatser**

13 Gennemlæsningen af de 28 evalueringsrapporter, med henblik på identificering af grundlaget for
14 indsatsernes udformning, resulterer i 13 indsatser har redegjort for deres grundlag.

15 I henholdsvis "*Sund skolestart*" og "*Sunde og glade børn i Halsnæs*", er der fundet inspiration til
16 indsatsen fra projektet "Mind, Exercise, Nutrition, Do it" (MEND) fra England (57,66). Hertil beskrives
17 det i "*Sund skolestart*", at ud over inspiration fra MEND, blev et svensk projekt ligeledes brugt til
18 inspiration. Derudover fokuserede "*Sund skolestart*" også på erfaringerne fra projektet "*Sunde og glade*
19 *børn i Halsnæs*" inden implementeringen.

20 Resultaterne fra de udvalgte evalueringsrapporter viser at "*Familievægtskolen*" også har hentet
21 inspiration fra projekter i udlandet og implementeret et svensk projekt (67). Hertil har
22 "*Børnevægtscentret*" i opstartsfasen også haft fokus på en svensk familierapi model kaldet
23 Standardized Obesity Family Therapy (SOFT), men har senere udviklet sig, med inspiration fra
24 interventioner på Holbæk sygehus og projektet "Plus Kids" fra Københavns Kommune (53).
25 "*Multiminen*" har også hentet inspiration fra England, da den underliggende indsats "Flerfamilieforløb"
26 er inspireret af "Marlborough Family Service" fra London(59).

27 Indsatserne "*Mad motion og sundhedscoaching*", "*Projekt for familier med overvægtige børn*", "*Du*
28 *bestemmer - vægten indeni*" og "*Flik-Flak*", tager alle udgangspunkt i metoden "Du bestemmer", på
29 baggrund af resultater fra en tidligere indsats i Ringkøbing Amt (52,58,60,71). Hermed har ni af de 28
30 indsatser, hvorpå der forefindes evalueringsrapporter, redegjort for et grundlag, der er inspireret fra
31 projekter i andre kommuner eller udlandet.

Hertil har "*Talent for sundhed*" og "*Opfølgning efter julemærkehjem*" også anvendt metoden "Du bestemmer", men i evalueringsrapporterne fremgår det ikke på hvilket grundlag metoden inddrages (54,74).

I Århus Kommune er indsatsen "*Fedt For Fight*" inspireret af en metode kaldet "Mind Mapping" og "*TrimKids*" i Faxe Kommune har ladet deres tiltag tage udgangspunkt i et allerede eksisterende motionstilbud fra AOF (72,76).

3.2 Litteratursøgning

Som præsenteret i *kapitel 2: Metode* resulterede litteratursøgningen, i de videnskabelige databaser, i seks systematiske reviews, omhandlende interventioner målrettet overvægtige børn og unge med BMI eller vægt som det primære effektmål. Resultaterne fra de seks udvalgte systematiske reviews er sammenfattet i *tabel 3.2*

3.2.1 Effekt i forhold til BMI

Et enkelt review fokuserer på IT-indsatser, men ifølge disse resultater har IT-interventioner ikke effekt i forhold til BMI eller adfærd omhandlende kost- og motionsvaner (88).

Resultaterne fra tre af de systematiske reviews viser, at der er evidens for, at familieinddragelse har positiv effekt på BMI eller vægt i forhold til indsatser målrettet overvægtige børn og unge (89-91), og ved et enkelt review er det især i forhold til interventioner, hvor deltagerne er under 12 år (90).

Endvidere er der evidens for, at interventioner indeholdende adfærdsændrende programmer med fokus på kost- og motionsvaner medfører signifikant reduktion i BMI (89,90,92). Ifølge resultaterne i reviewet af Mandy Ho et al. kan det ikke konkluderes, hvilken form for fysisk aktivitet samt intensitet, der er mest hensigtsmæssigt for at opnå størst effekt.

I reviewet af Niemeier et al. er der ikke signifikant forskel på interventioner der kun fokuserer på en enkelt faktor og interventioner der har multipelt fokus (91). Dette understøttes af studiet af Wahi et al. der viser at 5 af 6 inkluderede studier, som kun fokuserede på en faktor, at reducere skærmtid, ikke var effektive i forhold til at reducere BMI (93)

Flere af studierne påpeger, at grundet de inkluderede studiers heterogenitet er der ingen konklusioner i forhold til, hvordan en intervention struktureres optimalt for at opnå højest effekt i vægttab (89-91,93). Det påpeges i reviewet af Luttikhuis et al. at interventioner ikke har samme effekt på alle børn og unge grundet alder, forbrænding, fysisk udvikling med mere, og at dette er væsentligt at prioritere, når interventioner målrettet overvægtige børn og unge udvikles (89).

Tabel 3.2: Sammenfatning af resultater fra de udvalgte systematiske reviews

Forfatter	Udgivelsesår (publiceret i)	Primære outcome	Antal af studier i alt - Design (antal)	Interventionsformer	IL (Interventionslængde) OP (Opfølgningsperiode)	Resultater
Smith et al. (88)	2013 (Pediatrics)	BMI, kost- og motionsændringer	13 -RCT(4) -Kohorte (5) - Tværsnits- undersøgelse (4)	9 studier involverer elektroniske sundhedsinformationer eller computerbaseret beslutningssupport, 2 anvender telemedicin og 3 anvender beskeder eller telefonsupport.	IL: Ikke oplyst OP: Ikke oplyst	Resultaterne viser, at IT er anvendeligt i forhold til screening og rekruttering af overvægtige, men der var lille eller ingen effekt i forhold adfærd og vægttab.
Niemeier et al. (91)	2012, (Preventive Medicine)	BMI	36 - RCT (42) ⁷	Generelt indeholdt interventionerne kostvejledning, information om fysisk aktivitet, motionstimer, adfærdsterapi/undervis- ning eller en kombination af disse aktiviteter Endvidere 1) interventioner uden forældredeltagelse, 2) mulighed for forældredeltagelse og 3) krav om forældredeltagelse	IL: 9 uger til 4 år OP: Ukendt	Der er ikke signifikant forskel på effekten af single- og multiple interventioner. Der er derimod signifikant forskel på effekten i forhold til forældredeltagelse og længden af interventionen. Resultaterne indikerer interventioner målrettet børn og unge er mere succesfulde, når forældrene deltager. Dette er især gældende for de forebyggende indsatser, da antallet af behandlede indsatser var for få til at gennemføre analyser.

⁷ Nogle af de inddragede artikler anvender flere RCT studier, hvormed antallet af RCT studier overstiger antallet af inddragede artikler.

Mandy Ho et al. (90)	2012 (Pediatrics)	Vægt og cardiometabolske outcomes	38 - RCT (38)	Råd om kost, fysisk aktivitet, adfærdsændring, kognitiv adfærdsterapi, fokus på stillesiddende adfærd, forældrekompetencer.	IL: 4 uger til 2 år OP: 3 mdr. – 10 år (12 studier havde ikke opfølgning efter endt intervention)	Næsten alle effektive studier involverer familie, især ved børn under 12 år. Resultaterne støtter, at det er vigtigt, at livsstilsinterventioner indeholder et kost-element. Fysisk aktivitet er også et hyppigt anvendt element i livsstilsinterventioner, og det anses som væsentligt, men forfatterne kan ikke konkludere, hvor meget eller hvilken aktivitet der er bedst i forhold til vægttab. Konklusionen er at livsstilsinterventioner, skal indeholde kostdel, sammen med motion og/eller adfærdsterapi. Grundet studiernes heterogenitet skal resultaterne tolkes med forsigtighed.
Wahi et al. (93)	2011 (Arch Pediatr Adolesc Med).	BMI	13 - RCT (13)	Fokus på at mindske BMI og skærmtid gennem: 1) klassebaseret undervisning, 2) Automatiske monitorer 3) Samtaler med børn og familie 4) Workshop 5) Seminar Endvidere er nogle suppleret af cointervention omkring kost og motion.	IL: 1-24 måneder (median 7 mdr) OP: Ukendt	4/13 studier rapporterede en nedgang i overvægt, mens 7/13 studier ikke rapporterede en ændring. Meta- analyse af 6 studier viser ingen effekt af interventionerne, hverken i forhold til BMI eller nedsættelse af skærmtid. Interventioner målrettet de yngste er muligvis mere effektive, da forældrene har mere kontrol over børnenes livsstil. 3 studier påpeger, at der er risiko for utilsigtede effekter ved interventionerne: ekstrem diæt samt at børnene oplever utilfredshed med deres krop.

Sargent et al. (92)	2010 (Obesity reviews)	BMI og vægt	17 - RCT (10) - non-randomized controlled trials (7)	De anvendte studier dækker over forskellige kombinationer af interventionsdele: Kost, motion, familieinddragelse, samtaler med fokus på adfærd, beskeder på telefon og mail, undervisning	IL: 3 – 12 mdr OP: 6 mdr - 4 år	Resultaterne viser, at evidens for at: sundhedsprofessionelle skal uddannes inden de er medvirkende i interventioner, at adfærdsændringer skal være en mulighed (kost, motion, stillesiddende aktiviteter som fokus), påvirke adfærd gennem kombination af samtaler, undervisning, skrevet materiale, støtte og motivering, og tilpasse intensitet alt afhængigt af ønsket outcome. Disse komponenter anses som væsentlige i sundhedstjeneste interventioner
Luttikhuis et al. (89)	2010 (Cochrane Database of Systematic Reviews)	BMI	64 - RCT (64)	1) Livsstilsinterventioner i form af kost 2) livsstilsinterventioner i form af motion 3) adfærdsændrende interventioner 4) medicinske interventioner 40 studier var målrettet familien eller barn sammen med forælder.	IL: Minimum 6 mdr. ved ikke-medicinske interventioner, og 3 mdr. ved medicinske OP: Minimum 6 mdr ved medicinske.	Evidens viser, at familiebaserede livsstilsinterventioner med adfærdsændrende program målrettet kost- og motionsvaner medfører signifikant og klinisk relevant reduktion af overvægt hos både børn og unge. Det påpeges, at flere studier havde høj frafaldsprocent, hvilket kan overestimere effekten Interventioner har muligvis ikke samme effekt på alle børn og unge blandt andet grundet alder, forbrænding, fysisk udvikling mv. Dette anses som væsentligt at prioritere, når interventioner udvikles. Endvidere skal der være opmærksomhed omkring utilsigtede effekter.

3.2.2 Utilsigtede effekter

Wahi et al. påpeger, at kun tre af de inkluderede studier omtaler negative effekter for deltagerne, som relaterer til ekstrem diæt og utilfredshed med kroppen (93). Luttikhuis et al. påpeger, at der muligvis er en sammenhæng mellem behandling af overvægt og spiseforstyrrelser, og at utilsigtede effekter fremadrettet er vigtige at få klarlagt yderligere i forhold til interventioner målrettet vægttab hos overvægtige børn og unge (89).

3.3 Interviewresultater

Det følgende afsnit indeholder resultaterne fra interviewet med respondenter (R) fra Aalborg Kommune. Resultaterne vil blive præsenteret i centrale temaer for interviewet, og som er relevante i forhold til nærværende projekts strategiske undersøgelsesspørgsmål.

3.3.1 Forebyggelsespakke

Til spørgsmålet omhandlende, hvad kommunen lægger vægt på når der udarbejdes indsatser svarer R: *"hovedparten af hvad der kommer til at være i det, det er faktisk hvad der står i forebyggelsespakkerne..."* og fortsætter: *"og som der er god evidens for at det virker... det vil sige at hvis man sætter det i gang, så er man på ret sikker grund, i at det virker det her... vi skal ikke ud og, og lave opfølgning på det, eller effektmålinger på det efterfølgende, for vi ved at det virker, altså, det er sundt at lave fysisk aktivitet, vi skal ikke ud og måle på om det er sundt at lave fysisk aktivitet, vi skal ud og måle på hvor mange der gør det".*

3.3.2 Overvægtspakken

Til trods for R's udtalelser om, at forebyggelsespakkerne udgør fundamentet for arbejdet i kommunen, udtaler R om "forebyggelsespakken mod overvægt" at: *"det er også derfor den er lidt svag den der overvægtspakken, hvis I ser den" ... "Den er egentlig ikke... altså vi har givet høringssvar på den, vi synes ikke den er skrap nok..."*. Han påpeger desuden at evidensniveauet i forebyggelsespakken ikke er tilfredsstillende: *"..og vi har snakket med KL om det og med KL's center for forebyggelse, det er jo dem der sender dem ud og de er egentlig enige, men de siger, at der er simpelthen ikke evidensgrundlag for det..."*.

3.3.3 Satspuljer

R nævner i forbindelse med Aalborg Kommunes indsats mod overvægtige børn og unge at det startede ud som et projekt finansieret af satspulje-midler, og at der efter endt periode opstår et behov:

"en praktiserende læge der ringede til os og sagde hvad skal vi, hvor skal jeg sende de her børn hen, altså vi har problemer med det og vi har også haft frustrationerne fra nogle sundhedsplejersker der sagde, hvad med de her overvægtige børn, hvad gør vi ved dem, vi har ikke nogen steder at sende dem hen".

Efter satspulje-projektet i Aalborg Kommune stoppede, var der et behov for, at der blev afsat ressourcer til udarbejdelse af et nyt projekt.

3.3.4 Tiltag i andre kommuner

Da R bliver spurgt om, hvorvidt indsatser i andre kommuner kan være interessante at implementere i Aalborg Kommune, svarer han: *"sagtens"... "det kunne være nogle, hvor man har nogle særlige projekter der har kørt i andre kommuner... hvis der er nogle rigtig gode projekter, så vil de også stå i forebyggelsespakkerne på udviklingsniveau".* Han udtaler desuden, at det afhænger af evidensniveauet, hvorvidt indsatser fra andre kommuner kommer i betragtning til implementering i kommunen: *"... men der, hvor man vil benytte midlerne bedst muligt, det er jo selvfølgelig der hvor der er evidens for at det virker..."*.

3.3.5 Udenlandske tiltag med evidens

Da R bliver spurgt om, hvorvidt indsatser med evidens fra udlandet er interessante at kigge på, med henblik på at implementere lignende indsatser i Aalborg kommune, svarer han at: *"ja altså lige præcis evidensen, vurdering af sådan nogle ting der... der har vi ret stor tiltro til sundhedsstyrelsen..."* og fortsætter: *"altså hvis de siger god for det, så, tror vi på det. Og det er også derfor vi synes det er rigtig dejligt at alle de der forebyggelsespakker er kommet, fordi der kan vi med sindsro sige, jamen... det er dem der ved bedst, det er myndigheden i Danmark på sundhedsområdet"*.

3.3.6 Evaluering af indsatser

I forhold til evalueringer af indsatser fortæller R: *"det bliver tænkt ind fra starten, altså, det skal simpelthen ligge i indstillingen der skal ligge en plan for, hvordan du følger op på det..."*. Han uddyber desuden, at måden hvorpå et tiltag evalueres afhænger af hvilken type tilbud der er tale om: *"Men det er jo på mange forskellige måder man følger op på det, fordi de her driftstilbud som vi kører nede på sundhedscentret eksempelvis... der får vi statusrapporter hele tiden, sådan hvert kvartal, hvor mange har nu været igennem vores rygestoptilbud, hvor mange har nu været igennem vores diabetes tilbud, så det kører løbende som en del af vores ledelses progressionssystem... Så det er jo både hvor mange aktivitetstal, og hvordan ser det ud med økonomien, det får vores ledergruppe at vide hvert kvartal.. eller hver måned, det kan jeg ikke lige huske. Så har vi nogle særlige projekter derudover, eksempelvis hvis man havde udviklet et projekt... Der er sådan en selvstændig evalueringsplan på det..."*.

Det kommende *Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme*, har til hensigt at præsentere den udvalgte teori som er den forståelsesramme resultaterne vil blive analyseret og diskuteret ud fra, hvormed resultaterne præsenteret i dette kapitel først vil blive analyseret og diskuteret i *Kapitel 5: analyse og diskussion*.

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

Dette kapitel fungerer som nærværende projekts teoretiske forståelsesramme i forhold til analysen og diskussionen af den indsamlede empiri. Først redegøres for Pierre Bourdieus begreber; felt, habitus og kapital til at give en forståelse af, hvordan individers adfærdsmønstre henholdsvis skabes og påvirkes. Denne forståelse er væsentlig i forhold til, at en adfærdsændring er nødvendig, hvis overvægtige børn og unge skal reducere deres BMI eller vægt. Yderligere vil metamagtfelt blive anvendt til en forståelse af statens indvirkning på udformningen af kommunale forebyggelsesindsatser. Bourdieus teori giver desuden både indblik i, hvordan elementer, der påvirker børn og unges adfærd, hænger sammen i en bredere forstand og dermed kan bidrage til en forandring inden for udformningen af de kommunale indsatser.

4.1 Epistemologi⁸

Nærværende projekt indeholder en erkendelse af, at empiriske data og forklaringer ikke hentes fra virkeligheden, men skabes ud fra en forskers perspektiver på virkeligheden. Derved løses der også kun observerede problemer og opstilles ligeledes på baggrund af den observerede virkelighed. De primære forudsætninger og grundlag for denne anskuelse af virkeligheden grundlægges i projektgruppens bagvedliggende epistemologi (94). Med afsæt i Bourdieus teori om begreberne felt, habitus, kapital og metamagt, uddybes udgangspunktet for den empiriske analyse i projektet. Kapitlet har hermed til formål at klarlægge projektgruppens epistemologi, før den kommende analyse og diskussion af projektets resultater i *Kapitel 5*.

Med henblik på at skabe en dybere forståelse for overvægtsproblematikken inddrages udvalgte begreber af Bourdieu. Begreberne anvendes til at beskrive og forklare en kompliceret verden, på trods af at den kan virke simpel (95).

4.2 Pierre Bourdieu – Felt, kapital, habitus og metamagtfelt

Pierre Bourdieu arbejder ud fra en ontologisk⁹ antagelse om, at der findes en virkelighed uafhængigt af det enkelte individs bevidsthed. Imidlertid finder Bourdieu det vigtigt at undersøge, hvordan virkeligheden opfattes (96). Bourdieu tager afsæt i viden som er kontekstuel og situationsbundet, hvormed der ikke kan gives en entydig forklaring af virkelighedens mening (94).

⁸ Erkendelsesteori - Den grundlæggende erkendelse af hvordan viden er mulig.

⁹ Grundlæggende antagelse om verden og dermed hvad der eksisterer i den.

Bourdieu's teorier er dermed ikke brugbare i forhold til at beskrive det enkelte og konkrete valg i forhold til sundhed, eksempelvis at spise usundt. Teorierne er derimod mere rettet mod en forståelse af valget i en bred sammenhæng, og hvordan valg hænger sammen med individets liv i en bredere forstand. Dette gør Bourdieu blandt andet gennem sine tre begreber felt, habitus og kapital, der hver især udgør delelementer i sammenhængende univers (95).

4.2.1 Felt

Det centrale i Bourdieus sociologi er, at samfundet ikke kan betragtes som én enhed, men at samfundet i stedet består af en række sociale rum, som Bourdieu kalder for felter.

Ifølge Bourdieu kan felt defineres som et netværk eller en konfiguration af objektive relationer mellem forskellige positioner af individerne i feltet, hvor positionerne er fastlagt, i forhold til deres fordeling af ressourcer, der er anerkendt i det pågældende felt (96). Felt kan forstås som en markedsplads, hvor der handles med ressourcer, som i forskellig grad efterspørges på den pågældende markedsplads (95). Ifølge Bourdieu er felterne ikke bevidste konstruktioner med eksplicite regler, men felterne er, ligesom markedspladsen, stadig underlagt nogle klare lovmæssigheder og normer (96).

Ifølge Bourdieu afgrænses felter netop ved det punkt, hvor effekten af det pågældende felt ophører. Feltets effekt kan forstås ved den indvirkning der sker, når individet passerer igennem feltet og når den påvirkning, der sker samtidig ikke udelukkende kan forklares af individets foreliggende egenskaber (96).

Felternes forskellige anerkendelse af ressourcers værdi, medfører imidlertid at hvert felt stimulerer til en bestemt form for interesse, der igen medfører at individer, der anerkender de værdisatte ressourcer, tiltrækkes af det pågældende felt. I tilfælde af nytilkomne til felterne socialiseres og tilpasses de feltets regler og normer (96).

I nærværende projekt kan indsatsen målrettet overvægtige børn og unge anskues som felter, hvor indsatserne skal stimulere en bestemt form for interesse og deltagerne i indsatserne kan anskues som nyankomne til et felt, hvor de internaliserer feltets regler og normer.

4.2.2 Kapitaler

Som beskrevet ovenfor kan feltet anskues som en markedsplads, hvor der efterspørges og handles med ressourcer. Ifølge Bourdieu er kapital en ressource, som det enkelte individ er i besiddelse af. Den relative værdi af kapitalen afhænger af det felt, som kapitalen bringes i spil i. Ressourcerne har ikke nødvendigvis samme værdi felterne imellem, da de forskellige felter anerkender ressourcernes værdi forskelligt.

Ifølge Bourdieu fremtræder kapital i tre grundformer, henholdsvis økonomisk, social og kulturel. Økonomisk kapital er penge eller materielle goder, mens social kapital er summen af de eksisterende

eller potentielle ressourcer, som individet eller en gruppe råder over i kraft af et netværk af stabile relationer. Den kulturelle kapital bør ifølge Bourdieu kaldes informationskapital, og denne kapital form omhandler dannelse generelt, eksempelvis i form af uddannelse og sproglige kompetencer.

Endvidere findes symbolsk kapital, som er den form de tre grundformer kan fremtræde i. Eksempelvis kan en veltrænet krop være et udtryk for kulturel kapital, men denne krop kan også fremstå som et statussymbol, hvorved den symbolske kapital kommer til udtryk. Det, der skaber symbolsk kapital er at individernes opfattelser af grundformen af kapitalen tillægges noget mere. Bourdieu anvender yderligere begrebet kapital til at forklare, hvordan ulige adgang til materielle, sociale og kulturelle ressourcer skaber og reproducerer bestemte ulighedsformer inden for det enkelte felt. Et individ kan gennem sin kapital opnå mulighed for at tilegne sig indflydelse på feltet og derved få indflydelse på magten (96).

De forskellige former for kapital kan i nærværende projekt anskues som ressourcer der handles med og efterspørges inden for de kommunale interventioner og dermed også den bestemte form for kapital de overvægtige børn og unge kan erhverve sig. Kapitalerne der værdisættes kan eksempelvis være en form for sundhedskapital, der kan erhverves gennem investering af tid (95).

4.2.3 Habitus

Habitus er begrebet der slår bro mellem felt og kapital (96), hvilket betyder, at habitusbegrebet forbinder de objektive strukturer i feltet og hvordan aktørerne subjektivt forholder sig til disse strukturer (95).

Habitus er de værdi- og normsystemer, kulturelle vaner eller holdningssystemer, som det enkelte individ orienterer sig efter. Habitus er hermed summen af de kropslige og kognitive strukturer, der ligger til grund for individers handlinger, meninger og valg (96).

Selvom habitus består af dybdegående og varige strukturerer, er habitus ifølge Bourdieu ikke uforanderlig, da individer konstant udsættes for nye erfaringer der giver mulighed for at modificere habitus (96). Bourdieu fremhæver imidlertid at det er de færreste der oplever en ændring i habitus, da individerne lever et liv hvor strukturerne stemmer overens med de strukturer der har grundlagt deres habitus og derved blot bekræfter og forstærker de allerede erhvervede meninger, holdninger og adfærd.

Habitusbegrebet sammenfatter individets position i feltet og vedkommendes mentale position. Det, som et individ har erfaret gennem sin position, indlejres i en bestemt livsstil, som i sidste ende påvirker vedkommendes opfattelses- og handlingsmønstre i forskellige situationer (95). Individer, der tilhører samme position i feltet, vil også have lignende habitus, og de vil desuden have adgang til de samme goder og ofte dele livsstil og egenskaber (97).

Ifølge Bourdieu skal habitus dermed forstås som et system af varige dispositioner, der fungerer som en ramme for den måde, hvorpå individerne oplever, tænker og handler. Hermed er habitus også en forklaring på, hvordan mennesker handler fornuftigt uden at være konstante rationelle og bevidste omkring deres ritualer og daglige gøremål.

Begrebet habitus er nærværende projekt det som indsatserne, med fokus på reducere af overvægtige børn og unges BMI eller vægt, har til hensigt at påvirke, i form af deres holdninger og kulturelle vaner. Idet, at habitus er foranderlig vil det være muligt gennem indsatserne at påvirke deltageres habitus og derigennem ændre deres livsstil.

4.2.4 Metamagtfelt

Staten er et metamagtfelt, den kan ikke identificeres med bestemte personer eller et fysisk sted, men mere et fænomen der indeholder en historie, strukturer og love (95). Igennem strukturer og love pålægger staten individerne nogle kropslige og mentale krav, samt påvirker individerne gennem en klassificering af opdelingskriterierne i samfundet (køn, alder, uddannelsesniveau osv.). Staten har yderligere en autonomi, der bestemmer og grundlægger effektiviteten af de funderede ritualer, der finder sted i for eksempel familien, uddannelsessystemet og sundhedssektoren. Herigennem beskriver Bourdieu, at der sker en stadfæstelse af nogle vedvarende og definitive forskelle mellem befolkningsgrupper i samfundet (97). Gennem staten grundlægges der imidlertid samtidig et fælles sæt opfattelser og tanker hos individerne, hvor det blandt andet hos de statslige klassifikationer integreres og der skabes nogle fælles rammer omkring individernes opfattelse af verden. Herigennem skabes der i samfundet konsensus om nogle grundlæggende forhold, der vurderes som sund fornuft og derved skaber betingelserne for individernes habitus (97).

Begrebet metamagtfelt medfører i nærværende projekt et perspektiv på forholdet mellem staten, i form af SST, og kommunerne, i forhold til grundlaget for de kommunale beslutninger der foretages i forhold til interventioner målrettet overvægtige børn og unge. Hertil kan begrebet medføre en forståelse for de værdisætninger og vurderinger der foretages inden for kommunale interventioner.

Kapitel 5: Analyse og diskussion

Med udgangspunkt i projektets problemformulering samt de to undersøgelsesspørgsmål er hensigten med dette kapitel at analysere og diskutere den indsamlede empiri, samt inddrage de udvalgte teoretiske begreber af Pierre Bourdieu. Kapitlet er inddelt i tre dele, hvor der indledningsvist fokuseres på besvarelse af det operationelle undersøgelsesspørgsmål. Efterfølgende fokuserer analysen og diskussionen på besvarelse af det strategiske undersøgelsesspørgsmål. Efter disse to dele præsenteres en samlet diskussion i forhold til projektets problemformulering. Afslutningsvis diskuteres de metodiske refleksioner i forhold til projektets resultater, før konklusionen præsenteres i det kommende kapitel 6.

5.1 Analyse og diskussion af det operationelle undersøgelsesspørgsmål

Med henblik på at besvare det **operationelle undersøgelsesspørgsmål** er hensigten med det følgende afsnit er at analysere og diskutere, hvilke elementer kommunale indsatser skal indeholde for at have en evidensbaseret effekt i forhold til reduktion af overvægt hos børn og unge (afsnit 1.10.1).

I tabel 1.1 (afsnit 1.8) er de 75 identificerede indsatser præsenteret, hvor de er inddelt i 10 forskellige interventionsformer. Denne inddeling er foretaget, for at skabe overblik i forhold til elementer i sekundære forebyggelsesindsatser målrettet reduktion af BMI eller vægt hos overvægtige børn og unge.

Som beskrevet i *kapitel 3: Metode* er der gennem den udviklede vurderingsmetode, ud af 28 mulige evalueringsrapporter, udvalgt ni. For at belyse, hvilke elementer kommunale indsatser skal indeholde for at opnå en effekt i forhold til et vægttab hos målgruppen, vil resultaterne fra de ni udvalgte evalueringsrapporter blive diskuteret, med henblik på at klarlægge erfaringerne fra den danske kontekst. Evalueringernes resultater skal imidlertid tages med forbehold, da ingen af de ni har anvendt kontrolgruppe i forhold til vægttab eller BMI, hvorved effekterne ikke kan tilskrives den konkrete indsats. Endvidere er der i dataanalysen i evalueringerne ikke anvendt statistik i særlig udstrækning og der rapporteres ingen signifikante resultater. Dette kan betyde, at nogle evalueringer har klassificeret resultater som positive til trods for minimale ændringer i vægt eller BMI.

For at sikre, at elementerne i interventionsdelen af en indsats er evidensbaserede, sammenholdes resultaterne fra evalueringsrapporterne med resultaterne fra de systematiske reviews. Resultaterne sammenholdes med henblik på at undersøge, hvorvidt der er sammenhæng mellem henholdsvis de evidensbaserede elementer og de elementer, der har vist effekt i en dansk kontekst.

Effekter af indsatser vil løbende blive analyseret og diskuteret ud fra Bourdieu's begreber om felt, habitus og kapital med henblik på at give en dybere forståelse af, hvorfor de identificerede elementer viser en effekt, og hvordan dette kan bidrage til en forandring inden for kommunale sekundære forebyggelsesindsatser.

5.1.1 Indsatserne som felter

Ud fra Bourdieu kan kapital være adgangsgivende for nogle felter, hvorigennem individerne får mulighed for at erhverve sig en anden form for kapital end den adgangsgivende kapitalform. Bourdieu beskriver dette som en investering, der eksempelvis kan ske ved at have en bestemt form for kapital, der kan investeres for at opnå en anden kapitalform. De kommunale indsatser kan anskues som felter, hvor det er nødvendigt at have en bestemt form for kapital for at få adgang til feltet. Den adgangsgivende kapital kan eksempelvis anskues i form af social kapital gennem skolevæsenet, hvor sundhedsplejersken giver mulighed for at henvise til den kommunale indsats.

De kommunale indsatser kan anses som felter, hvor det via investeringen af tid og engagement, er muligt at erhverve sig en form for kulturel kapital i form af sundhed. Inden for indsatserne er det andre kapitaler der efterspørges og handles, eksempelvis en form for sundhedsadfærd udmøntet gennem kulturel kapital. Denne adfærd kan eksempelvis være bevidsthed om, at visse former for mad og drikke ikke er sundt at indtage for ofte og i for store mængder ad gangen. Felterne kan herved påvirke deltagerens habitus, hvis meninger og holdningerne i indsatsen integreres og forankres i deltageren.

5.1.2 Evidensbaserede elementer i sekundære forebyggelsesindsatser

Det kommende afsnit er inddelt efter de ti interventionsformer præsenteret i *kapitel 1: problemanalyse (tabel 1.1)*, hvor datagrundlaget udgøres af de ni udvalgte evalueringsrapporter præsenteret i *afsnit 3.1 og tabel 3.1*.

5.1.2.1 Indsatser med fokus på et element

Interventionsform 10 indeholder kun elementet "samtale" og fokuserer på vedligeholdelse eller øgning af vægttab, efter en periode hvor barnet eller den unge allerede har tabt sig. Familien inddrages også i samtalerne. Inden for de udvalgte evalueringsrapporter er det kun indsatsen "*Opfølgning efter Julemærkehjem*", hvor interventionselementet kun er samtale. Resultaterne fra evalueringen viser, at alle deltagerne har øget deres BMI under indsatsen, men det påpeges, at alle deltagerne har lavere BMI end da de startede på julemærkehjem (54).

I systematiske reviews af henholdsvis Sargent et al., Mandy Ho et al. og Luttikhuis et al., er der evidens for, at samtaler med fokus på adfærdændring er et væsentligt element i forhold til effekt ved de inkluderede studier (89,90,92). I Niemeier et al. konkluderes det ydermere, at der ikke er signifikant

forskel på effekten af single- og multiple interventioner (91), hvilket betyder, at interventioner der udelukkende fokuserer på samtale, kan være effektive. I Wahi et al. viser resultaterne imidlertid, at interventioner, der kun fokuserer på et element muligvis ikke er effektive i forhold til BMI sammenlignet med indsatser, der fokuserer på flere elementer (93). I Smith et al. viser resultaterne at telemedicin eller sundhedsinformations teknologier som redskab ikke har indflydelse på reducere af BMI (88).

I *"Opfølgning efter Julemærkehjem"* tager alle deltagerne på i vægt under samtaleforløbet, hvormed denne single-intervention imidlertid ikke er effektiv i forhold til en reducere af BMI. Hermed kan det også diskuteres, hvorvidt single-interventioner af denne art er effektive i en dansk kontekst, men det vurderes imidlertid ikke som muligt at konkludere dette på baggrund af resultaterne fra en enkelt indsats. Hertil kan effekten også diskuteres eftersom indsatsen kun har resultater fra 17 deltagere. Det er imidlertid relevant at påpege, at deltagerne på trods af en øgning i vægten, stadig vejer mindre end de gjorde før de begyndte vægttabet på julemærkehjemmene (54). Dette indikerer, at indsatsen kan have en effekt på deltagernes negative vægtudvikling, efter et forløb med vægttab. Det er imidlertid ikke muligt at tilskrive indsatsen en konkret effekt eller vurdere omfanget heraf, idet der ikke er anvendt en kontrolgruppe ved indsatsen.

5.1.2.2 Samtale og tilbud indenfor motion og kost

Otte af de ni udvalgte evalueringer er kategoriseret under **interventionsform 8** og hermed er denne interventionsform den hyppigste inden for de udvalgte evalueringer (53,54,57,58,65-67,75,76).

Interventionsform 8 indeholder elementerne "samtale" samt "tilbud inden for kost og motion". Derudover inddrages familien til det overvægtige barn eller unge også i indsatsen. Det er uvist, hvad elementet samtale præcist omhandler, da det ofte er baseret på emner, deltagerne bestemmer og har brug for at snakke om hvortil samtalerne tilpasses den individuelle deltager.

Deltagerantallet hvorpå der forefindes målinger i forhold til BMI eller vægt varierer fra 10 – 122 deltagere, og effekterne af indsatserne varierer ligeledes. De umiddelbare effekter for *"Familievægtskolen"*, *"Børnevægtscentret"*, *"Ha' det godt med dig selv"*, *"Flik-Flak"*, og *"Fedt for Fight"* er, at mellem 40-75 % af deltagerne taber sig eller reducerer BMI (53,58,67,75). Ved *"Fedt for Fight"*, *"Familievægtskolen"*, *"Børnevægtcenteret"* og *"Ha' det godt med dig selv"* er der imidlertid også deltagere, der øger deres BMI.

Evalueringerne *"Rend og hop – vi si'r stop"* og *"Sunde og glade børn i Halsnæs"* rapporterer begge en gennemsnitlig reducere af BMI, men i *"Rend og hop – vi si'r stop"* påpeges det, at der er store udsving blandt deltagerne (65,66).

I *"Sund Skolestart"* er der kun 10 deltagere, og begrænsede data medfører derfor, at det ikke kan konkluderes, hvorvidt denne indsats har haft en positiv effekt (57).

Ifølge Luttikhuis et al. er der evidens for, at familiebaserede livsstilsinterventioner med et adfærdsændrende program målrettet kost- og motionsvaner medfører en signifikant reduktion af overvægt både hos børn og unge (89). Resultaterne i reviewet af Mandy Ho et al. understøtter, at disse delelementer er væsentlige i interventioner målrettet reducere af overvægt (90), imidlertid påpeges det, at der ikke forefindes evidens i forhold til intensitet og varighed af indsatser.

Syv af de otte indsatser med **interventionsform 8** har effekt på enten BMI eller vægt hos deltagerne. Det er imidlertid ikke alle deltagere inden for den enkelte indsats, der opnår en reduktion af BMI eller vægt ved deltagelse i indsatserne, da fire af indsatserne rapporterer, at nogle deltagere øger deres vægt.

Resultaterne fra evalueringsrapporterne indikerer, at de indsatser, som fokuserer på flere delelementer, i nogen grad er effektive i en dansk kontekst, og tre af de systematiske reviews påpeger også, at elementerne "kost", "motion" og "samtaler", i forhold til adfærdsændringer, er væsentlige i indsatser, målrettet reducere af overvægt blandt børn og unge (89,90,92).

Det er ikke muligt at konkludere effekten af alle 10 interventionsformer, da det kun er **interventionsform 8** og **interventionsform 10**, hvor evalueringsrapporter er blevet udvalgt og derved er fundet resultater fra. Endvidere er der kun fundet en evaluering under **interventionsform 10**, og resultaterne herfra viser ikke positiv effekt i forhold til BMI. Hertil kan det diskuteres om **interventionsform 8** er den mest effektive i en dansk kontekst, da der ikke er fundet viden om effekter fra de resterende otte interventionsformer og derved ikke muligt at sammenligne interventionsformens resultater med andre interventionsformer. Hertil indeholder de resterende otte interventionsformer, der ikke er repræsenteret gennem de udvalgte evalueringer, forskellige elementer, der også indgår i **interventionsform 8**. Derfor er det uklart, om det er de enkelte delelementer der resulterer i effekten eller om det er kombinationen af elementerne, der tilsammen resulterer i effekt.

Ud over elementerne "kost", "motion" og "samtale" er "familieinddragelse" også hyppigt anvendt i de kommunale danske indsatser.

5.1.2.3 Familieinddragelse

I de ni udvalgte evalueringer inddrages familien til det overvægtige barn eller den unge, og i flere af de systematiske reviews påpeges det desuden, at der er evidens for, at familieinddragelse er et væsentligt element i indsatser målrettet reducere af BMI eller vægt (89-91,93).

Anskuet ud fra Bourdieus begreb habitus, vil en adfærdsændring hos børnene og de unge der deltager i indsatserne være et udtryk for, at deres habitus er blevet ændret. Anskuet ud fra Bourdieus teori

påvirkes børnene og de unges habitus af de felter, som de er en del af. Børn og unge vil tilhøre samme felt og omgås samme strukturer som deres forældre, og derved vil deres habitus være påvirket heraf og assimilere deres forældres. Børnene og de unge har i en vis udstrækning også samme kapitaler som deres forældre. Eksempelvis er børnenes og de unges kulturelle kapital i form af viden om kost og motion betinget af deres forældres viden herom.

Hvis indsatser, anskuet som felter, kun fokuserer på barnet eller den unges habitus, vil vedkommende under indsatsen blive tilknyttet et felt, hvor det ikke nødvendigvis er de samme værdier, der efterspørges i indsatsen, som i familien. Dette kan medvirke til en lavere effekt i forhold til BMI eller vægt, da deltageren derved oplever en modstridende værdisætning fra de forskellige felter. Når indsatser inddrager familie vil det dermed ikke kun være børnene eller de unges habitus som påvirkes men både forældrenes og børnenes habitus. Dette kan få betydning i forhold til, at feltet, som indsatsen repræsenterer, i højere grad vil få effekt, da feltet udvides og derved også kan opnå en effekt der strækker sig ind i familielivet og hverdagen hos deltagerne.

De manglende positive effekter hos nogle af deltagere i indsatserne, fra de udvalgte evalueringsrapporter, skyldes muligvis, at forældrenes habitus har været svær at ændre. Dette kan skyldes at forældrenes habitus er mere forankret end børnenes eller de unges.

Ud fra Bourdieu og resultaterne fra litteraturen, anses det hermed som vigtigt med familieinddragelse i de kommunale indsatser.

5.1.2.4 Langtidseffekt

Tre ud af de ni udvalgte kommunale indsatser, rapporterer om langtidseffekter af indsatserne. I *"Fedt for Fight"* viser resultaterne, at deltagerne fastholder vægten i de opfølgende målinger, der er foretaget op til tre år efter indsatsens afslutning (76), og der sker en øget gennemsnitlige reduktion af BMI i *"Sunde og glade børn i Halsnæs"* ifølge opfølgingsmålingerne (66). Resultaterne fra *"Flik-Flak"* indikerer, at nogle deltagere øger vægten efter endt indsats (58). De resterende seks indsatser har ikke foretaget målinger efter endt indsats, hvilket betyder, at det ikke vides, hvorvidt deltagernes opnåede resultater bibeholdes. I og med at formålet med nærværende projekt er at skabe en forandring i forhold til de kommunale sekundære forebyggelsesindsatser, med henblik på en reduktion af overvægt hos børn og unge, er det væsentligt, at indsatserne resulterer i langvarige effekter, så overvægten ikke overføres til voksenlivet.

Det kan ud fra Bourdieus teori diskuteres, hvordan et øget BMI efter endt interventionsperiode forebygges. Hvis indsatserne ansues som felter hvor habitus hos barnet eller den unge påvirkes, vil felterne kun have effekt så længe deltagerne er en del af feltet. Ifølge Bourdieu er habitus foranderlig, hvilket betyder, at der efter endt intervention er risiko for, at deltagerne ender tilbage i det felt, som

tidligere har haft indflydelse på deres habitus, således de er blevet overvægtige. For at opnå varige effekter af indsatsen er det, set ud fra Bourdieus teori om felt og habitus, væsentligt, at deltagerne efter endt indsats fortsat er en del af feltet, hvor deres "nye" holdninger og adfærd værdsættes. Denne anskuelse kan muligvis forklare, hvorfor nogle af deltagerne i "*Flik-Flak*" efter endt indsats reducerer deres vægt yderligere. Det er muligt, at langvarige opfølgninger medfører, at deltagerne stadig påvirkes af feltet selvom selve interventionsdelen af indsatsen er ophørt, hvorved succesraten forøges i forhold til vedligeholdelse eller reduktion af vægt. Imidlertid er der også deltagere i "*Flik-Flak*", som øger der BMI under opfølgningsperioden, og anskuet ud fra Bourdieus teori er det muligt, at den nye adfærd og holdninger ikke er internaliseret. I praksis kan dette betyde, at det er nødvendigt, at opfølgningsperioderne forsætter flere år efter indsatsens afslutning, således deltagerne stadig påvirkes af indsatsfeltet i en vis udstrækning. Det er muligt, at deltagernes kulturelle kapital i form af sund livsstil stadig tillægges en værdi under opfølgningen, hvorved dette har positiv indvirkning på langtidseffekten af indsatsen.

Øger deltagerne BMI efter indsatsens afslutning, kan det derimod betyde, at indsatsen ikke er tilstrækkelig, og en mere omfattende indsats er nødvendig. Det samme gør sig gældende for indsatser hvor deltagerne ikke reducerer BMI under forløbet. I forhold til Bourdieus teori om habitus kan det eksempelvis betyde, at indsats-perioden skal forlænges for dermed at kunne påvirke børnenes og de unges habitus i større grad. Niemeier et al. påpeger, en signifikant forskel i effekt i forhold til interventionslængden, hvilket betyder, at de interventioner der varer længst er mest effektive i forhold til BMI eller vægtreducering (91). Der er imidlertid ikke muligt at se nogen forskel i effekt i forhold til de ni udvalgte indsatser længde.

Det er muligt at danske indsatser fremadrettet skal forlænges for at opnå bedre effekt i forhold til BMI eller vægt, samtidig kan det være nødvendigt at deltagerne følges i flere år efter indsatsens ophør. Hermed vil deltagernes habitus fortsat påvirkes og bekræftes inden for indsatsens rammer.

Hvis de langvarige effekter, udtryk som ændring af habitus, etableres vil deltagerne muligvis overføre denne habitus til deres børn, når de stifter familie. Dette kan medvirke til et fald i prævalensen af overvægtige børn og unge på lang sigt. Et fremtidigt fald i prævalensen af overvægt vil potentielt kunne medføre en reduktion af fedmerelaterede sygdomme og dermed de samfundsøkonomiske udgifter.

5.1.3 Komplekse årsager til overvægt

I afsnit 1.6.1: *Sundhedssyn* beskrives det at årsagerne til overvægt er komplekse. De danske indsatser favner umiddelbart kompleksiteten af faktorer, der har indflydelse på overvægt ved både at fokusere på adfærd i forhold til kost og motion samtidig med at deltagernes miljø, i form af familie inddragelse. Ud af resultaterne fra de ni evalueringsrapporter, fremgår det, at det ikke er alle deltagere, der

reducerer deres vægt eller BMI under forebyggelsesindsatserne. Indsatser har muligvis ikke samme effekt på alle børn og unge eksempelvis grundet alder, forbrænding eller fysisk udvikling, og ifølge Luttikhuis et al. er dette væsentligt at have in mente, når denne form for indsatser udvikles (89).

Selvom overvægtige børn og unge deltager i samme indsats kan deres udgangspunkt være forskelligt i forhold til habitus og kapitaler. Dette betyder, at sekundære forebyggelsesindsatser ikke vil have samme effekt på alle, hvilket medfører at det kan være nødvendigt at tilpasse de enkelte delelementer til den individuelle deltager og vedkommendes familie.

5.2 Opsummering: operationelt undersøgelsesspørgsmål

Resultatet af ovenstående diskussion indikerer, at der er evidens for, at multiple interventioner indeholdende et kost- og motionselement samt samtaler i forhold til adfærdssændring kan medføre en signifikant reduktion af BMI eller vægt. Endvidere involverer effektive interventioner ofte familien til de overvægtige børn eller unge. Resultaterne fra de kommunale indsatser indikerer også, at denne type indsatser har en effekt i Danmark, men effektens omfang er diskutabel og på et spinkelt grundlag, da der kun er ni inkluderede evalueringsrapporter.

Der er imidlertid ikke evidens for hverken længde eller intensitet af indsatser eller hvilken målgruppe, der er mest hensigtsmæssig at målrette interventioner mod.

I flere af de systematiske reviews påpeges heterogeniteten af de inkluderede studier som problematisk i forhold til at udforme præcise anbefalinger omkring sammensætningen af indsatser (89-91,93). I Luttikhuis et al. påpeges der at være generel risiko for overestimering af effekterne, da de inkluderede studier havde en høj frafaldsprocent (89), hvilket også er væsentligt at have in mente i forhold til evalueringen af de danske indsatser.

Dette medfører, at det ikke er muligt præcist at konkludere, hvilke elementer en kommunal sekundær forebyggelsesindsats skal indeholde, da det ikke er entydigt hvilke elementer, der opnår den største effekt. Som "Forebyggelsespakken mod overvægt" også påpeger, er evidens i forhold til effektive indsatser på børne- og ungeområdet sparsom (8), hvilket resultaterne af nærværende projekt også viser.

5.3 Analyse og diskussion af det strategiske undersøgelsesspørgsmål

Nærværende projekts andet undersøgelsesspørgsmål har til hensigt at supplere ovenstående diskussion og omhandler det strategiske perspektiv. Som beskrevet i *kapitel 1: Problemanalyse* anses det som problematisk, at der ikke sker et fald i andelen af overvægtige børn og unge på trods af tidligere og nuværende sekundære forebyggelsesindsatser. Formålet med afsnittet er at analysere og diskutere grundlaget hvorpå kommunerne træffer deres beslutninger, samt kvaliteten heraf.

5.3.1 Forebyggelsespakken

Ansvar for implementeringen af forebyggelsespakkerne ligger, lige som ansvaret for forebyggelse, hos kommunerne og i en spørgeskemaundersøgelse, foretaget af SIF, svarer 79% af kommunerne at de er klar over dette ansvar (98).

SST, SIF og KL med flere udgiver redskaber, som har til hensigt at understøtte kommunerne i deres arbejde med befolkningens sundhed (*afsnit 1.7*). Forebyggelsespakken har til hensigt at understøtte kommunernes forebyggelsesarbejde mod overvægt (8). På baggrund af interviewet med R fra Aalborg Kommune, fremkommer det, at forebyggelsespakkerne fra SST danner grundlag for det forebyggende arbejde i Aalborg Kommune. Hertil har R også en opfattelse af, at forebyggelsespakkerne generelt har været efterspurgt af kommunerne og har været med til at grundlægge forebyggelsesarbejdet på landsplan. R's opfattelse understøttes af undersøgelsen af SIF, hvor kommunerne udtrykker et generelt positivt indtryk af forebyggelsespakkerne, og de vurderer at forebyggelsespakkerne øger kvaliteten i forebyggelsesarbejdet (99).

Som beskrevet i *afsnit 1.7* fremgår det imidlertid i "forebyggelsespakken for overvægt", at evidensen for effektive indsatser målrettet reducere af overvægt blandt børn og unge er sparsom. Endvidere påpeges det, at forskningen på området er gennemført inden for kontrollerede rammer, hvorved der mangler evidens for bredere forebyggelsesindsatser (8). Ifølge SST indeholder forebyggelsespakken mod overvægt dermed en række anbefalinger til kommunerne, der ikke er afprøvet i videnskabelige undersøgelser, men som SST vurderer, er hensigtsmæssige i arbejdet med overvægt. Endvidere efterspørges stærkere evidens på området blandt andet i form af randomiserede kontrollerede undersøgelser (8).

R forklarer at der er et naturligt fokus på evidensbaseret viden i Aalborg Kommune. Dette er grundet knappe ressourcer, som kommunen ønsker at anvende, der hvor der er evidens for effekt. Kommunernes knappe ressourcer og ønske om mest effekt for pengene påpeges, som tidligere beskrevet, også af KL (*afsnit 1.7*). R påpeger imidlertid også, at Aalborg Kommune har været kritisk overfor "Forebyggelsespakken mod overvægt", hvor indholdet ikke har været tilfredsstillende i forhold til et svagt evidensgrundlag. Hvis kritikken af forebyggelsespakken for overvægt er gældende i andre kommuner, kan dette muligvis have forskellige konsekvenser for fokus på børne- og ungeområdet i forhold til overvægt. Kritikken kan betyde at kommunerne ikke føler, at de har det fornødne evidensgrundlag til at udforme og implementere indsatser målrettet reducere af overvægt blandt børn og unge. Det manglende evidensgrundlag kan medføre, at overvægtige børn og unge ikke får den fornødne hjælp, hvis kommunerne ikke tilbyder indsatser til denne målgruppe, hvilket er problematisk set ud fra et folkesundhedsperspektiv. Dette kan i værste tilfælde indebære at de

overvægtige børn og unge udvikler fedmerelaterede sygdomme eller oplever mindsket livskvalitet, samt viderefører overvægten og de medfølgende sundhedskonsekvenser ind i voksenlivet (5,24,27). Omvendt kan en kritik af forebyggelsespakken mod overvægt også medføre et øget fokus på den manglende evidens, der sammen med det stigende problem inden for overvægt blandt børn og unge, kan føre til mere forskning på området og dermed et fremtidigt evidensbaseret grundlag for interventionsformerne, som SST efterspørger.

5.3.2 Grundlag til udformning af indsatser

KL og SST fremhæver, at vidensudveksling kommunerne imellem er vigtigt, inden for forebyggelsesområdet, og R fremhæver også under interviewet at indsatser fra andre kommuner eller andre lande kan danne grundlag for overvægtsindsatser i Aalborg Kommune, hvis de viser positive resultater.

I *Kapitel 3: Resultater* er det præsenteret at 13 ud af de 28 indsatser, der forefindes evalueringsrapporter på, er udformet på baggrund af indsatser fra andre kommuner eller udlandet (52-54,57-60,66,67,71,72,74,76). Ni af de danske kommunale indsatser er blevet inspireret til at anvende den anden indsats på baggrund af positive resultater, men det vides ikke om disse effekter har været evidensbaserede.

De 13 danske indsatser anvender dermed udenlandske eller andre danske indsatser, som grundlag for udformningen af deres sekundære forebyggelsesindsatser målrettet overvægtige børn og unge. I og med at indsatser udformes med udgangspunkt i andre indsatser og på baggrund af deres resultater vil det fremadrettet være relevant, at de danske indsatser evalueres, og at resultaterne for disse deles kommunerne imellem, således grundlaget for effektive indsatser bliver stærkere.

5.3.3 Satspulje-midler

I perioden fra 2005-2008 uddelte SST satspulje-midler til 42 specifikke indsatser under overskriften "Kommunernes plan mod overvægt". I ansøgningen af midlerne til forebyggende indsatser, er der fra SST vedlagt nogle overliggende ansøgningskriterier og krav, omhandlende design, indsatsen og evaluering. Kravene fra SST varierer de forskellige udmøntningsperioder imellem, men gældende for dem alle er at der blandt andet skal etableres tværfaglige teams på tværs af "kost", "motion", "psykolog/familievejleder". De overordnede krav danner grundlag for dele af kommunernes udformning af forebyggelsesindsatser, hvis de vælger at ansøge om satspuljemidler (48). **Interventionsform 8** er den hyppigste interventionsform i nærværende projekt og ud fra kravet omkring inddragelse af "kost", "motion" og "psykolog/familievejleder", kan det hermed diskuteres om satspuljerne kan være medvirkende til dette resultat.

I nærværende projekt er der 19/28 af de identificerede evalueringer, der har modtaget satspuljemidler, og syv ud af de ni udvalgte indsatser har modtaget midler. Det høje antal af evalueringsrapporter, hvor indsatsen har modtaget satspuljer, kan hænge sammen med, at der fra SST er krav om at indsatserne skal evalueres, hvormed kommunerne samtidig får udarbejdet en evalueringsrapport. Det er positivt at der gennem kravet om evaluering deles erfaringer og resultater inden for indsatserne, blandt andet gennem "Børn i Balance"-udgivelserne, således viden omkring effektive indsatser i en dansk kontekst øges. Sammenholdt med SST's ønske om mere evidens på området, er det positivt at der opnås viden om effekter i den danske kontekst, men på baggrund af nærværende undersøgelses gennemgang af de 28 fundne evalueringsrapporter, har det imidlertid kun været muligt at udvælge ni hvor resultaterne har været valide. Det at kun ni ud af de 28 evalueringsrapporter er udvalgt kan indikere at der er et behov for at højne kvaliteten af dokumentationen af indsatsernes effekt.

Ifølge R medfører satspuljerne fokus på området, og R nævner at der under satspuljeprojektet i Aalborg Kommune viste sig nogle muligheder inden for forebyggelsesområdet. Efter satspuljemidlerne opstod der imidlertid et tomrum og R nævner blandt andet en læge der ringer og spørger, hvor han skal placere de overvægtige børn. Hermed blev der i Aalborg Kommune skabt et fokus på behovet og gennem satspulje-projektet grundlagt nogle erfaringer inden for håndteringen, der førte til at Aalborg Kommune arbejdede videre på området. På nuværende tidspunkt er en ny satspulje-udmøntning i gang, og det er muligt de kommuner der i denne omgang modtager midler, ligesom Aalborg Kommune, efterfølgende opdager et behov for at fortsætte forebyggelsesarbejdet på overvægtsområdet, hvilket set ud fra et folkesundhedsperspektiv vil være positivt grundet den høje andel af overvægtige børn og unge.

5.3.4 Statens indvirkning på kommunale beslutninger

Ud fra Bourdieu's teori kan staten anses som et metamagtfelt, der påvirker nogle grundlæggende forhold i samfundet. Statens påvirkning har også indvirkning på eksempelvis kommunerne, der på trods af deres autonomi, er underlagt nogle styrende regler, rammer og opfattelser af verden, skabt gennem statslige klassifikationer.

De opstillede krav i forhold til udformning af overvægtsindsatser finansieret af satspuljer anses som et udtryk for SST's sundhedssyn. Indsatserne skal indeholde elementerne "kost", "motion" og "psykolog/familievejleder", hvilket er en holistisk tilgang til løsningen af overvægtsproblemet. I og med at SST opstiller krav i forhold udformning af indsatser finansieret af satspuljer, kan SST's sundhedssyn muligvis påvirke kommunerne, hvorved indsatserne udformes herefter.

I forhold til Bourdieus teori kan staten anskues som et metamagtfelt der har indflydelse på, hvornår strukturerne i samfundet vurderes som effektive. Dette gælder eksempelvis inden for kommunale

indsatser omhandlende vægt, hvor indsatser anses som effektive hvis overvægtige børn og unge opnår at blive normalvægtige. Herunder ligger der også en statslig anskuelse af hvor grænserne går for, hvornår børn og unge enten er normalvægtige eller overvægtige. Disse grænser er også præsenteret i SST's "Forebyggelsespakke mod overvægt" (8), hvilket igen underbygger den mere fundamentalistiske tilgang til overvægtsproblematikken. Påvirkningen tydeliggøres blandt andet direkte gennem forebyggelsespakkernes fokus, samt diverse råd og guidelines, der opsættes fra SST, der indeholder holdninger og meninger om, hvad der er mest hensigtsmæssigt i forebyggelsesarbejdet. Hermed kan der argumenteres for at der sker nogle statslige klassifikationer, hvor emner, arbejdsområder og typer af effekter bliver inddelt, hvilket medvirker til at nogle områder har en værdi at arbejde med, målrettet bestemte effekter, samt en forestilling om hvornår tiltag er succesfuldt. Det kan hermed, ud fra Bourdieus teori, diskuteres om kommunerne, trods deres autonomi inden for valg af indsatsområder, alligevel er underlagt nogle strukturer, regler og tankesæt fra en øvre instans, der er medvirkende til at danne grundlag for udformningen af kommunale overvægtsindsatser.

5.4 Opsummering: Strategisk undersøgelsesspørgsmål

Anskuet ud fra Bourdieus begreb metamagtfelt har staten, og herunder SST, indflydelse på det grundlag, som kommunerne træffer beslutninger ud fra, da kommunerne eksempelvis påvirkes af SST's sundhedssyn. Sundhedssynet vil have indflydelse på, hvordan indsatser udformes eksempelvis i forhold til, hvordan årsagerne til overvægt anskues. Hvis årsagerne til overvægt anskues, som været grundet manglende motion, vil indsatsen efter al sandsynlighed fokusere på elementet "motion". I og med, at SST anerkender at årsagerne til overvægt er komplekse, kan dette være med til at forklare, hvorfor flere af de danske sekundære forebyggelsesindsatser indeholder flere delelementer.

Det er ikke muligt ud fra et interview og 13 evalueringsrapporter at konkludere præcist på hvilket grundlag beslutninger omkring udformningen af forebyggelsesindsatser træffes i kommunerne generelt, men ovenstående diskussion giver en indikation af, hvilke faktorer, der har indvirkning på beslutningen.

I Aalborg Kommune er grundlaget for sundhedsarbejdet ofte anbefalinger fra SST, men i forhold til "Forebyggelsespakken mod overvægt" har denne ikke været tilfredsstillende for kommunen. Derimod har kravene i forbindelse med satspulje-projektet dannet grundlag for Aalborg Kommunes indsats.

I 13 af de 28 evalueringsrapporter fremgår det på hvilket grundlag indsatsen er udformet, da flere forskellige indsatser har været inspiration til de 13 konkrete indsatser.

Det vides ikke, på hvilket grundlag de indsatser, hvor der ikke forefindes evalueringsrapport, er truffet.

5.5 Sammenfattende diskussion

På baggrund af ovenstående analyse og diskussion i forhold til det operationelle og det strategiske undersøgelsesspørgsmål vil de følgende afsnit være en sammenfattende diskussion i forhold til besvarelse af problemformuleringen. Formålet med nærværende projekt er at undersøge, hvordan der, på baggrund af et evidensbaseret grundlag, skabes en forandring inden for de kommunale forebyggelsesindsatser målrettet reduktion af overvægt blandt børn og unge.

5.5.1 Prioritering af overvægtsområdet

Det er lovmæssigt kommunernes ansvar at varetage den sekundære forebyggelse i forhold til overvægtige børn og unge (9), men i nærværende undersøgelse er det identificeret, at 39/98 kommuner i dag udbyder indsatser specifikt målrettet denne målgruppe.

Ud af de 39 kommuner viste den strukturerede søgning, at der enten har kørt, kører eller er planlagt 75 specifikke tiltag målrettet overvægtige børn og unge. SST påpeger i publikationen "Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker", at der ikke er foretaget et samlet overblik over forebyggelsesindsatser der implementeres ude i kommunerne. Nærværende projekts identificering af kommunale indsatser bidrager hermed med ny viden på området, i form af et overblik over kommunale indsatser på overvægtsområdet.

Den strukturerede søgning resulterede i 28 evalueringsrapporter, hvor der efter gennemgang med den udviklede vurderingsmodel i nærværende projekt kun medførte ni udvalgte evalueringer, hvor gennemsigtheden og validiteten blev vurderet til at være tilfredsstillende til videre anvendelse. Det er dermed ikke muligt at vurdere effekten af alle de 75 kommunale tiltag. SST påpeger, med flere, at der mangler evidens på overvægts-området (8), hvormed det lave antal evalueringer er bekymrende i forhold til det fremtidige arbejde inden for kommunal sekundær forebyggelse af overvægt hos børn og unge. Hertil skal det imidlertid nævnes, at der ud af de 75 indsatser, identificeret i nærværende undersøgelse, kun er 19 afsluttede indsatser og 50 indsatser der stadig er igangværende, hvormed det er muligt, at der er flere evalueringer under udarbejdelse. Da forebyggelsespakken mod overvægt først udkom i 2013, er det muligt, at nogle af de 50 igangværende indsatser, er udarbejdet på baggrund heraf og ikke har været implementeret længe nok til, at en evaluering har kunnet gennemføres.

5.5.2 Mangel på evidensbaseret grundlag

Selvom der er evidens for, at familiebaserede livsstilsinterventioner, med et adfærdsændrende program målrettet kost- og motionsvaner, medfører en signifikant reduktion af overvægt både hos børn og unge, er der ikke evidens for, hvordan disse elementer sammensættes optimalt. 28 ud af 75 danske indsatser indeholder kost, motion, samtale og familieinddragelse. Selvom otte af de ni udvalgte

evalueringer indeholder elementerne, der er evidens for har effekt, i forhold til BMI eller vægt, er det ikke alle deltagere, der opnår reducere i BMI eller vægt.

Der er ikke evidens for hverken længde eller intensitet i forhold til indsatser (90), men anskuet ud fra Bourdieus teori er det muligt at indsatser og opfølgninger skal være langvarige for at sikre, at den "nye" habitus forankres hos deltagerne. I Luttikhuis et al. og Mandy Ho et al. påpeges det, at fremtidig forskning skal fokusere på, at fastlægge optimal længde, intensitet samt langvarige effekter af livsstilsinterventioner (89,90). Endvidere er der på nuværende tidspunkt ikke evidens for, hvornår interventioner skal igangsættes i forhold til alder og overvægts-stadie (89).

SST påpeger, at kompleksiteten af årsagerne til overvægt medfører, at det er et vanskeligt område at arbejde med, og at evidensen samtidig er sparsom (8). Forebyggelsespakken anbefalinger er derfor udarbejdet på baggrund af bedste viden på nuværende tidspunkt. SST udtrykker endvidere, at succesraten for indsatser kan stige, hvis kommunerne styrker samarbejdet på tværs af forvaltninger for dermed at skabe indsatser, som systematisk inddrager og tager højde for flere vinkler af problemstillingen (8). Det er muligt, at kompleksiteten af årsagerne til overvægt medfører, at indsatser ligeledes skal være komplekse, således deltagerne påvirkes fra flere vinkler. Det er muligt, at dette kan øge succesraten i forhold til antal deltagere i en indsats, der reducerer BMI eller vægt, da de forskellige delelementer muligvis har forskellig effekt på deltagerne.

5.5.2.1 Evaluering af indsatser

Den sparsomme evidens på forebyggelsesområdet, i forhold til overvægt, betyder imidlertid ikke, at indsatser målrettet overvægtige børn og unge skal nedprioriteres, da andelen af overvægtige børn og unge i Danmark vurderes som høj (33). Det er derfor væsentligt, at der stadig arbejdes med sekundær forebyggelse, da overvægten kan medføre fedmerelaterede sygdomme og nedsat livskvalitet allerede i barn- og ungdom.

På nuværende tidspunkt er det væsentligt at der fokuseres på, at evaluere de danske kommunale indsatser, således grundlaget for, hvilke indsatser der har effekt i Danmark bliver forbedret. Dette gælder ikke kun evaluering umiddelbart efter indsatsen men også i form af opfølgninger, således der også opnås viden om langvarige effekter. Endvidere er det væsentligt, at kommunerne deler viden om eventuelle effekter, således alle danske kommuner har så godt et grundlag som muligt at arbejde ud fra.

Videreudvikling af indsatser på baggrund af kommende evalueringer er også relevant for på sigt at kunne reducere overvægt hos børn og unge. Imidlertid er det muligt, at ressourcer til overvægtsområdet kan være en udfordring for kommunerne. Ud af de 25 evalueringsrapporter, som fokuserede

på effektevaluering i forhold til BMI er 19 indsatser finansieret af satspulje-midler. R påpeger, at satspulje-midlerne dannede grundlaget for at udvikle en indsats, som samtidig medførte, at Aalborg Kommune fik øjnene op for, at der er et behov for sekundær forebyggelse af overvægt blandt børn og unge.

Evaluerings er et fokuspunkt, når kommunerne ansøger om satspulje-midler, hvorfor det muligvis er disse indsatser, hvorpå der hovedsageligt forefindes evalueringer. Tildeling af satspulje-midler kan give kommunerne økonomisk råderum, og det er muligt at det fremadrettet ud fra et folkesundhedsperspektiv vil være hensigtsmæssigt, hvis staten dedikerer ressourcer til udarbejdelse og evaluering af sekundære forebyggelsesindsatser målrettet overvægtige børn og unge, hvis det ønskes at reducere overvægt blandt børn og unge. Prioritering af ressourcer til udarbejdelse og evaluering af forebyggende indsatser, kan medvirke til at der dannes et bedre grundlag i forhold til fremtidige beslutninger.

5.5.3 Etiske overvejelser

Det kan diskuteres, hvorvidt det er etisk forsvarligt at gennemføre indsatser, hvor effekt og/eller utilsigtede effekter ikke er kendte. Da overvægt blandt børn og unge er et folkesundhedsproblem i Danmark, er det imidlertid ikke etisk forsvarligt at undlade forebyggelse inden for dette område på trods af den sparsomme evidens.

5.5.3.1 Sundhedsvidenskabelig tilgang

I nærværende projekt betragtes indsatserne som felter, hvor deltagerne skal påvirkes til en sundere livsstil, når de passerer gennem feltet. Selvom det sundhedsvidenskabelige udgangspunkt i nærværende projekt ikke udelukkende er fundamentalistisk (*kapitel 1, afsnit 1.6.1*) er formålet med indsatserne udtryk for en biomedicinsk tilgang til problemet, da effektmålene er BMI eller vægtændring. Flere af de udvalgte evalueringsrapporter viser, at indsatserne også fokuserer på andre effektmål, som udspringer af en mere relativistisk tilgang til problemet. 23 ud af de 75 identificerede indsatser har ikke BMI eller vægt som effektmål, men derimod er handlekompetencer, trivsel og selvværd effektmål for disse indsatser (*tabel 3.1, afsnit 3.1*). Selvom det er væsentligt at fokusere på deltagerens selvværd og trivsel på grund af, at overvægtige børn og unge kan opleve forringet livskvalitet, anses den fundamentalistiske tilgang til problemet som nødvendig, da overvægt er en risikofaktor for fedmerelaterede sygdomme, og disse kan opstå allerede i barn- og ungdom. Det er muligt, at den relativistiske tilgang er et forsøg på ikke at sygeliggøre eller "stemple" de deltagende børn og unge, hvorved fokus på BMI eller vægt negligeres på trods af, at der er evidens for, at overvægt medfører sundhedsskadelige risici.

5.5.4 Utilsigtede effekter

I det systematiske review af Luttikhuis et al. fremgår det, at det i fremtiden er væsentligt at få indsigt i, hvilke utilsigtede effekter der kan være i forbindelse med en indsats, og i Wahi et al. er det kun tre af de inkluderede studier, som rapporterer om utilsigtede effekter (89,93). I SST's "Guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser" fremgår det, at utilsigtede effekter er væsentlige elementer at fokusere på i evalueringsarbejdet, og utilsigtede effekter kan både være positive og negative (43). Utilsigtede effekter er væsentlige at få indblik i for at vurdere, hvorvidt det er etisk forsvarligt at gennemføre bestemte indsatser.

De negative utilsigtede effekter, som omtales i de udvalgte systematiske reviews er i flere tilfælde relateret til øget utilfredshed med kroppen, samt ekstrem diæt hos deltagerne (93), og muligvis er der en sammenhæng mellem indsatser målrettet overvægt og efterfølgende spiseforstyrrelser (89). Disse utilsigtede effekter er problematiske i forhold til deltagerens sundhed, og kan både have fysiske og mentale konsekvenser. Ingen af de udvalgte evalueringsrapporter rapporterer om negative utilsigtede effekter af indsatserne, men det vides imidlertid ikke, hvorvidt det har været et fokuspunkt i forhold til evalueringen.

5.5.4.1 Stigmatisering

Overvægtige børn og unge kan, som beskrevet i *afsnit 1.3.1*, opleve stigmatisering, hvilket kan påvirke deres selvværd og selvtillid. Det er imidlertid diskutabelt, om deltagelse i målrettede indsatser kan medføre yderligere stigmatisering, hvis børnene bliver udpeget til at deltage i overvægts-indsatser.

Det kan desuden diskuteres i hvilken aldersgruppe, der skal sættes ind overfor overvægtige børn og unge. Hvis indsatser igangsættes målrettet børn, er det muligt, at der sker en tidlig opsporing af børn, som er i risiko for at udvikle fedmerelaterede sygdomme, hvilket er positivt. Samtidig kan der være risiko for at stigmatisere en gruppe af børn, der muligvis gennem deres udvikling ville "vokse ud af deres overvægt". Dermed kan det være mest hensigtsmæssigt først at inkludere individer, når de er længere i deres fysiske udvikling. Imidlertid kan det, anskuet ud fra begrebet habitus være vanskeligt at ændre unges habitus, da denne kan være mere forankret end børns.

5.5.4.2 Sociale relationer

Utilsigtede effekter er ikke nødvendigvis negative, og det vurderes at indsatser også kan have positive effekter i forhold til sociale relationer og social kapital. I *afsnit 1.3.1* fremgår det at 69 % af overvægtige børn i en undersøgelse mente, at de ville få flere venner hvis de tabte sig (25). Anskuet ud fra Bourdieus teori kan inddragelse i indsats-feltet medføre, at deltagerne tilegner sig social kapital.

Dette kan eksempelvis opnås, da børnene og de unges netværk kan blive udvidet gennem indsatsen, og der kan udvikles nye sociale relationer.

I udarbejdelsen og evalueringen af fremtidige kommunale indsatser, målrettet overvægtige børn og unge, er det relevant at indsamle viden om utilsigtede effekter, således grundlaget for, om indsatserne er etisk forsvarlige at gennemføre, styrkes.

5.6 Metodekritik

I dette afsnit diskuteres det, hvilken indvirkning de valgte metoder har på resultaterne og dermed på konklusionen.

I søgningen efter kommunale indsatser og evalueringsrapporter, er det tilstræbt at gennemføre en så udtømmende søgning som muligt. Som beskrevet i *kapitel 3: Metode* er søgningen afgrænset til indsatser, som er beskrevet digitalt. Der er imidlertid usikkerheder forbundet med antallet af fundne indsatser.

19 afsluttede indsatser står stadig beskrevet på kommunernes hjemmesider på trods af, at de ikke længere er aktuelle. Denne manglende opdatering af kommunens hjemmeside medfører derfor, at det er uvist, om der findes indsatser, som ikke er beskrevet hverken på kommunernes hjemmesider, sundhed.dk eller som ikke kunne findes gennem Google-søgningen. Det er muligt, at der findes flere indsatser, som er beskrevet i et andet format, hvilket betyder, at søgningen i nærværende projekt ikke er udtømmende i forhold til overblikket over de sekundære forebyggelsesindsatser.

Samme problematik er gældende i forhold til evalueringsrapporter, da det ikke vides, om der findes evalueringsrapporter af indsatser i et andet format end digitale, hvilket kan have betydning effekttestimeringen af indsatserne.

Den udviklede metode i forhold til vurdering af evalueringsrapporter er i nogen grad baseret på sammenfattende subjektive vurderinger. Selvom tjeklisten er udfyldt for alle evalueringsrapporter, og begrundelser for til- eller fravalg heraf er beskrevet (*bilag 3*), påvirker den subjektive vurdering gennemsigtigheden. Den subjektive vurdering af evalueringsrapporterne medfører, at det vil være vanskeligt for andre at opnå de samme resultater, som er fremkommet i nærværende projekt.

Det fremgår af *tabel 3.1*, at resultaterne fra indsatserne i de ni evalueringsrapporter er præget af frafald. I evalueringsrapporterne fremgår det ikke, hvilke deltagere der er faldet fra. Det er muligt, at deltagere, som i mindre grad har opnået positive resultater falder fra, eksempelvis grundet manglende

motivation, hvilket medfører en overestimering af positive resultater. Dette betyder, som tidligere beskrevet af resultaterne fra evalueringsrapporterne anvendes med forbehold.

I den strukturerede litteratursøgning i videnskabelige databaser (*afsnit 2.2.4*) fremkom ingen hits i Cochrane Library, men gennem Videnssøgeren fremkom Cochrane-reviewet af Luttikhuis et al. Det er muligt, at facetten indeholdende "health promotion" og "secondary prevention" snævrer søgningen ind, hvilket har medført, at dette review ikke fremkom i søgningen i Cochrane Library. Dette er kritisabelt, da det kan have medført, at andre relevante systematiske reviews ikke er fremkommet gennem den valgte søgestrategi. Det kan endvidere betyde, at der i nærværende projekt ikke er det endelige overblik over evidens i forhold til elementer og udformning af indsatser målrettet overvægtige børn og unge.

Kapitel 6: Konklusion

Formålet med dette kapitel er at præsentere konklusionen på den opstillede problemformuleringen. Konklusion vil drages på baggrund af det foregående kapitel 5: Analyse og diskussion. Først besvares de to undersøgelsesspørgsmål, hvorefter konklusionen på problemformuleringen præsenteres.

Det operationelle undersøgelsesspørgsmål

Hvilke elementer skal kommunale sekundære forebyggelsesindsatser, målrettet en reduktion af overvægt blandt børn og unge, indeholde for at effekten er evidensbaseret?

Evidensen viser, at familiebaserede livsstilsinterventioner indeholdende elementerne "kost", "motion" og "samtale" har effekt i forhold til reduktion af overvægt blandt børn og unge. Imidlertid er der ikke evidens for sammensætningen af disse elementer i forhold til henholdsvis optimal længde af indsatsen eller for den optimale aldersgruppe.

I nærværende projekt indeholder **interventionsform 8** alle de ovenstående elementer og syv af de otte udvalgte evalueringsrapporter med denne interventionsform, præsenterer positive resultater i forhold til reduktion af BMI eller vægt. De mange delementer, som litteraturen påpeger, som værende væsentlige i en indsats, indikerer at en løsning målrettet reduktion af overvægt skal tage højde for de komplekse årsager til overvægt.

Evidensen inden for indsatser målrettet reduktion af vægt eller BMI hos børn og unge er sparsom, hvilket understøttes af flere af de anvendte systematiske reviews. Hertil er det i nærværende projekt ikke muligt at tilskrive resultaterne til den enkelte kommunale indsats, der er blevet undersøgt i evalueringsrapporterne, da der ikke har været foretaget kontrolgruppemålinger på hverken BMI eller vægt. På trods af dette, viser resultaterne at der i syv af de ni kommunale indsatser er en effekt i forhold til reducering eller stagnering i vægt og BMI, men effekten varierer og nogle deltagere øger deres BMI eller vægt under forløbet.

Dette medfører, at det ikke er muligt præcist at konkludere, hvilke elementer en kommunal sekundær forebyggelsesindsats skal indeholde, da det ikke er entydigt hvilke elementer, der opnår den største effekt. Som "Forebyggelsespakken mod overvægt" også påpeger, er evidens i forhold til effektive indsatser på børne- og ungeområdet sparsom (8), hvilket resultaterne af nærværende projekt også viser.

Det strategiske undersøgelsesspørgsmål

På hvilket grundlag træffes kommunale beslutninger omkring udformningen af sekundære forebyggelsesindsatser i Danmark, målrettet reduktion af overvægt blandt børn og unge?

Anskuet ud fra Bourdieus begreb metamagtfelt har staten, og herunder SST, indflydelse på det grundlag, som kommunerne træffer beslutninger ud fra, da kommunerne eksempelvis påvirkes af SST's sundhedssyn.

Ud fra et interview og 13 evalueringsrapporter, er det ikke muligt at konkludere præcist på hvilket grundlag beslutninger omkring udformningen af forebyggelsesindsatser træffes i kommunerne. I Aalborg Kommune er grundlaget for sundhedsarbejdet ofte anbefalinger fra SST, men i forhold til "Forebyggelsespakken mod overvægt" har denne ikke været tilfredsstillende for kommunen. Derimod har kravene i forbindelse med satspulje-projektet dannet grundlag for Aalborg Kommunes indsats. I 13 af de 28 evalueringsrapporter fremgår det at grundlaget for indsatserne er udformet på baggrund af inspiration fra andre udenlandske eller danske indsatser.

Problemformulering

Hvordan skabes, på baggrund af et evidensbaseret grundlag, en forandring inden for kommunale sekundære forebyggelsesindsatser målrettet reduktion af overvægt blandt børn og unge?

Der er evidens for, hvilke elementer i en intervention der har effekt på BMI eller vægt, men der er ikke evidens for den optimale sammensætning af disse elementer, optimal længde og intensitet eller for den optimale målgruppe.

Dette betyder, at det på baggrund af undersøgelsens resultater, ikke er muligt at konstruere et konkret forslag til forandringer indenfor kommunale sekundære indsatser, der bygger på et evidensbaseret grundlag. Det sparsomme evidensgrundlag på forebyggelsesområdet, i forhold til overvægt, betyder imidlertid ikke, at indsatser målrettet overvægtige børn og unge skal nedprioriteres, da andelen af overvægtige børn og unge i Danmark vurderes som høj. Det er væsentligt, at der stadig arbejdes med sekundær forebyggelse, da overvægten kan medføre fedmerelaterede sygdomme og nedsat livskvalitet allerede i barn- og ungdom.

For at skabe en forandring indenfor de kommunale indsatser er det på nuværende tidspunkt er det væsentligt at der i Danmark fokuseres på, at evaluere de danske kommunale indsatser, således grundlaget for, hvilke indsatser der har effekt i Danmark, bliver forbedret. Dette gælder ikke kun evaluering umiddelbart efter indsatsen men også i form af opfølgninger, således der også opnås viden

om langvarige effekter. Denne dokumentation af effekter er væsentligt, da resultaterne indikerer, at kommunerne udformer indsatser med udgangspunkt i andre indsatsers effekter. Dermed er det væsentligt, at kommunerne deler viden om eventuelle effekter og utilsigtede effekter, således alle danske kommuner har et så robust grundlag som muligt at arbejde ud fra.

Kapitel 7. Perspektivering

I dette afsluttende kapitel præsenteres et perspektiv, som nærværende projekt ikke har fokuseret på, i forhold til kommunale forebyggelsesindsatser. Nærværende projekt har fokuseret på, hvordan der skabes en forandring inden for sekundære forebyggelsesindsatser, hvor forandring skal skabes på baggrund af et evidensbaseret grundlag, således effekt, i forhold til reduktion af BMI eller vægt sikres. I dette kapitel vil fokus være på social ulighed i sundhed, som er væsentligt at indtænke, i udformningen af kommunale forebyggelsesindsatser, således uligheden kan mindskes.

Social ulighed i overvægt

Det stigende antal af overvægtige børn og unge er ulige fordelt i Danmark, og derfor er behovet for hjælp til reduktion af overvægt ikke lige ligeligt fordelt i samfundet. Som en følge heraf ses en ulighed i befolkningen også kaldet en social gradient i sundheden (100).

Ifølge "Skolebørnsundersøgelsen 2010" med flere er andelen af 11-15-årige med overvægt næsten fire gange højere i den laveste socialgruppe sammenlignet med den højeste socialgruppe (101,102). Tendensen af den sociale ulighed indikerer ifølge Ernæringsrådet, en polarisering i forekomsten af overvægt i forhold til socialgrupper hos børn og unge (32).

Den sociale gradient er imidlertid ikke kun gældende for forekomsten af overvægtige, men også for motivationen til at tabe sig. I en undersøgelse fandt Grønbæk, at alle familier havde motivation for at barnet skulle tabe sig på kort sigt. Undersøgelsen viste endvidere, at børn af langtidsuddannede forældre havde en længerevarende motivation for at tabe sig, sammenlignet med børn af lavt uddannede forældre, hvor sidstnævnte gruppe af forældre kun havde en kortsigtet motivation (23). Hertil beskriver studiet af Grønbæk, at en tredjedel af forældrene følte, at deres børns overvægt til dels skyldtes faktorer de ikke kunne styre (23).

Den sociale ulighed, i forhold til vægttab hos overvægtige børn og unge, understøttes yderligere i en rapport af DTU, hvori mange forældre er opmærksomme på betydningen af sunde kostvaner samt en fysisk aktiv livsstil i forhold til deres børns sundhed. Imidlertid påpeges det, at indsatser rettet mod overvægtige børn og unge har været mere vellykkede blandt børn af forældre med højere social status. En af de fremlagte forklaringer er, at forældre med kort uddannelse måske ikke anser deres børns overvægt som et sundhedsproblem, men i større udstrækning anser børnenes overvægt, som et resultat af andre faktorer end kost- og motion, hvilket kan medvirke til, at de ikke reagerer herpå i samme grad, som forældre med lang uddannelse (102).

Den sociale gradient er dokumenteret i flere af de ovennævnte studier. Hertil påpeger resultaterne fra Grønbæk og DTU, at den sociale gradient har indvirkning på processen i at tabe sig. Dette tyder på at den sociale gradient er nødvendig at indtænke i indsatserne, målrettet overvægtige børn og unge, hvilket også understøttes af et studie af Thomas et al. (103).

Strategi for indsatser målrettet en mindsket social ulighed

Hvis andelen af overvægtige børn og unge i Danmark skal reduceres, er det vigtigt at sikre, at alle overvægtige børn og unge modtager tilbud om at deltage i indsatser samt at så mange som muligt indvilliger i at deltage i indsatserne.

I *bilag 1* fremgår det, at det er forskelligt, hvordan deltagere rekrutteres i indsatserne. I nogle indsatser er det sundhedsplejersken eller den praktiserende læge, der henviser børn og/eller unge til tilbuddet, mens det i andre indsatser er familierne der skal henvende sig. Ved de indsatser, hvor familierne skal henvende sig, er det muligt, at familier med flest ressourcer i højere grad henvender sig, sammenlignet med familier med færrest ressourcer, da ovenstående indikerer, at familier med lavere social status ofte ikke oplever overvægt, som en faktor de kan påvirke. Det kan derfor være relevant, at indsatserne, i højere grad anvender en aktiv rekruttering, og at ansvaret for rekrutteringen ekspliciteres, således det sikres, at alle overvægtige børn og unge får tilbudt plads uanset niveau af ressourcer eller social status.

Et andet perspektiv i forhold til at mindske den sociale ulighed i overvægt, blandt børn og unge, kan være at lave en analyse af henholdsvis, hvilke deltagere, der gennemfører indsatser og hvilke deltagere der falder fra indsatser. Som beskrevet i *kapitel 5* er de ni danske indsatser præget af frafald, og i studiet af Luttikhuis et al. påpeges det også, at de inkluderede studier er præget af frafald. Det vides imidlertid ikke, hvilke deltagere frafaldet dækker over, men på baggrund af ovenstående er det muligt, at de deltagere, som udgår af indsatser, er deltagere som oplever minimal effekt af indsatsen. Hertil kan der, med udgangspunkt i Grønbæks resultater, argumenteres for at der er større frafald blandt de lavt uddannede, da denne gruppe har en mere kortsigtet motivation for vægttab

Det er muligt, at mangel på ressourcer er medvirkende til, at nogle deltagere ikke gennemfører indsatser eller opfølgningsmålinger, hvilket dermed kan have indvirkning på indsatsens effekt på BMI eller vægt. Det er væsentligt, at kommunale forebyggelsesindsatser kan rumme de forskellige socialgrupper, således alle deltagere har lige store muligheder for at gennemføre forløbet hertil kan der argumenteres for at der bør skabes en særlig indsats målrettet børn og unge i de lavere sociale lag, da denne gruppe, som beskrevet ovenfor, er næsten fire gange større end gruppen af overvægtige børn i de højere sociale lag. Hertil kan der samtidig argumenteres for at en målrettet strategi mod den

lavere klasse kan være fordelagtig, da der er en større risiko for at de med færrest ressourcer falder fra og derved øges den sociale ulighed.

Bibliografi

- (1) Jørgensen J. Hvert ottende barn er overvægtigt, når det begynder i skole. Momentum, nr. 20, Kommunernes Landsforening 2013.
- (2) Statens Seruminstitut. Børnedatabasen. 2013; Available at: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Registre/Bornedatabasen.aspx>. Accessed 30.05, 2014.
- (3) The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response : summary. Copenhagen: World Health Organization; 2007.
- (4) Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats. Kbh.: Ernæringsrådet; 2003.
- (5) Matthiessen J, Velsing Groth M, Fagt S, Biloft-Jensen A, Stockmarr A, Andersen JS, et al. Prevalence and trends in overweight and obesity among children and adolescents in Denmark. Scand J Public Health 2008 Mar;36(2):153-160.
- (6) Lorentzen V, Dyeremose V, Larsen BH. Severely overweight children and dietary changes—a family perspective. J Adv Nurs 2012;68(4):878-887.
- (7) Flodmark C, Lissau I, Pietrobelli A. Child and adolescent obesity: Why we need to fight! Acta Paediatrica 2005;94(s448):4-7.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke overvægt. Kbh.; 2013.
- (9) Sundhedsloven. Available at: <http://themis.dk/searchinclude/lovsamling/sundhedsloven.html#Kapitel> 36. Accessed 30.05, 2014.
- (10) Brygmann K. Børn i balance. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse; 2008.
- (11) Brygmann K. Børn i balance II. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2012
- (12) World Health Organization. Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation. WHO Tech Rep Ser 2000 894:253 s.
- (13) World Health Organization. Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- (14) Rabbitt A, Coyne I. Childhood obesity: nurse's role in addressing the epidemic. British Journal of Nursing 2012;21(12):731-735.
- (15) Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt : forslag til løsninger og perspektiver. Kort version (Version 1.0) ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse; 2003.
- (16) Danskernes sundhed: den nationale sundhedsprofil 2013. Version 1.0 ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; Rosendahl Distribution; 2014.

- (17) Swallen KC, Reither EN, Haas SA, Meier AM. Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics* 2005;115(2):340-347.
- (18) Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- (19) Wildenschild C, Kjoller M, Sabroe S, Erlandsen M, Heitmann BL. Change in the prevalence of obesity and use of health care in Denmark: an observational study. *Clin Epidemiol* 2011 Jan 27;3:31-41.
- (20) Sundere liv for alle : nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. ; 2014.
- (21) Kjær Poulsen M, Brock Jacobsen B. Type 2-diabetes hos børn og unge. *Ugeskrift for læger* 2005;167(5):489-493.
- (22) Andersen LB, Greiffenberg H, Grønbæk H, Hede S, Müller P, Rashid I, et al. Opsporing af overvægt samt tidlig indsats for børn og unge i skolealderen. 2014 (upubliceret materiale).
- (23) Grønbæk HN. " We've always eaten healthily": Family narratives about causes of their child's obesity and their motivation for taking action. *Nordic Psychology* 2008;60(3):183.
- (24) Williams J, Wake M, Hesketh K, Maher E, Waters E. Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA* 2005;293(1):70-76.
- (25) Vollmer-Larsen Niclasen B. Overvægt og fedme : sociale følger, holdninger, selvværd og livskvalitet med fokus på børn og unge. *Ugeskrift for læger* 2005;167(10):1145-1148.
- (26) Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997;337(13):869-873.
- (27) Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Prev Med* 1993;22(2):167-177.
- (28) Reilly JJ. Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. *Postgrad Med J* 2006 Jul;82(969):429-437.
- (29) Social determinants of health and well-being among young people : health behaviour in school-aged children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- (30) Telama R. Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. *Obes Facts* 2009;2(3):187-195.
- (31) Lien N, Lytle LA, Klepp K. Stability in consumption of fruit, vegetables, and sugary foods in a cohort from age 14 to age 21. *Prev Med* 2001;33(3):217-226.
- (32) Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge : oplæg til strategi : en rapport fra Motions- og Ernæringsrådet. Søborg: Motions- og Ernæringsrådet; 2007.

- (33) Mikkelsen BE, Larsen F, Heitman B, Grønbæk H, Willaing I, Toubro S, et al. Teknologirådet: Målrettet forebyggelse af fedme: mere effekt for pengene. 2011.
- (34) Terminologi : forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (35) Undervisningsministeriet. Bevægelse - den nye skolereform. 2014; Available at: <http://www.uvm.dk/Den-nye-folkeskole/En-laengere-og-mere-varieret-skoledag/Bevaegelse>. Accessed 01.06, 2014.
- (36) Møller RB. Et forsvar for sundhedsfundamentalismen - til kritik af en tidstypisk tankegang i Folkesundhed : i et kritisk perspektiv. Kbh.: Nota; 2013.
- (37) Wackerhausen S. "Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme" i Sundhedsbegreber : - filosofi og praksis. Århus: Philosophia; 1995.
- (38) Venka Simovska, Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. Kbh.: Nota; 1. udgave, 1. oplæg 2012. Gads Forlag
- (39) From D. De sunde overvægtige børn : et socialkonstruktionistisk studie af overvægtsproblematikker i kommunale sammenhænge og i hverdagslivet : Ph.d. afhandling. Roskilde: Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitet; 2012.
- (40) Launsø L, O Rieber Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. Kbh.: Nota; 6. udgave, 2011, Nyt Nordisk forlag
- (41) World Health Organization. Sundhedsdefinition, 1948. 2013; Available at: <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>. Accessed 01.06, 2014.
- (42) Lissau I. Action, prevention and epidemiology of paediatric obesity. Acta Paediatrica 2005;94(s448):30-37.
- (43) Guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser 2007. : Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (44) Brug af evidens i det kommunale forebyggelsesarbejde. Kbh.: KL; 2008.
- (45) Dokumentation af de kommunale forebyggelsesopgaver : en pragmatisk tilgang. Kbh.: KL; 2008.
- (46) Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Version 2.0 ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2013.
- (47) Sundhedsstyrelsen. Forebyggende indsats for overvægtige børn og unge. 2013; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/puljer-og-projekter/2012-2015/forebyggende-indsats-for-overvaegtige-boern-og-unge>. Accessed 01.06, 2014.
- (48) Sundhedsstyrelsen. Sammenfattende evaluering af projekterne i satspuljen: "Kommunens plan mod overvægt blandt børn og unge". Version: 1.0; Versionsdato: 13. september 2012 ed. Kbh.; 2012.
- (49) Sundhedsstyrelsen. "Forebyggende indsats for overvægtige børn og unge 2012-2015". 2012; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/puljer-og-projekter/2012-2015/~media/E32288F5BB1F429C8134372012BAF6FC.ashx>. Accessed 01.06, 2014.

- (50) Andreassen P. Evaluering af Familieprojektet i Projekt Krop, mad og bevægelse i Syddjurs Kommune. 2010.
- (51) Andreassen P. Evaluering af 'Sunde vaner fra barnsben (Vejle Kommune). 2010.
- (52) B Hansen E. Du bestemmer - vægten indeni Ekstern evaluering af projekt i Vejle Kommune. 2012.
- (53) Bæk-Sørensen AS, H Pedersen C. Københavns Kommune Indsats til svært overvægtige børn og unge Evaluering af Børnevægtscenteret. 2013.
- (54) Bjerregaard I. Evaluering af sundhedsplejens tilbud om opfølgning til børn fra Julemærkehjem, Silkeborg Kommune. 2012.
- (55) Carlsson M, Nordin L. Evaluering af projekt XTRA FOKUS - på overvægt hos børn og unge i Odsherred kommune. 2008
- (56) COWI. Slutevaluering af Faxe kommunes overvægtsindsats år 2007 - 2010. 2010.
- (57) Forskningscenter for forebyggelse og sundhed. Intern og Ekstern Evalueringsrapport Sund Skolestart Glostrup Kommune. 2010.
- (58) Friis S. Evaluering af projekt Flik-Flak.
- (59) G Bredahl T. Slutevaluering af Greve Kommunes metodeudviklingsprojekt "Multiminen" - for 6 - 8 årige børn med overvægt.
- (60) G Nielsen J, Gerlow J. Evaluering af Projekt for familier med overvægtige børn. 2004.
- (61) K Kjeldgaard T. Slutevaluering "Balance for Livet". 2012.
- (62) K Storm L, Madsen S, Ibsen B. Evaluering af 'Bevæg dig sund og glad Et projekt i Esbjerg Kommune for overvægtige børn og deres familier. 2011 (Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet).
- (63) Karkov M, B Nielsen C, Møller A. Forebyggelse og behandling af overvægt og fejlnæring blandt børn i Vollsmose
Evaluering af kostvejledningstilbud. 2008.
- (64) Kirkegaard P, L Thomsen J. Evaluering Kommunens plan mod overvægt - krop, mad og bevægelse 2007 - 2010 (Syddjurs Kommune). 2010.
- (65) Lund O. Rend og hop - vi si'r stop - et sundhedsprojekts bestræbelser på at skabe bedre betingelser for det sunde liv i Varde Kommune. 2009.
- (66) Malmgren M, R Hansen A. Sundhedstegnet og MEND Generel forebyggelse og specifik behandling af overvægt hos børn Evaluering ad projekt Sunde og glade børn i Halsnæs. 2010.
- (67) Nygaard B. Evaluering af projektet "Familievægtskolen" i Vordingborg Kommune Udarbejdet af konsulentfirmaet IdeTHandling. 2010.
- (68) Poulsen K. XTRA FOKUS FAMILIESKOLE Evaluering ud fra epidemiologiske data. 2008.

- (69) Poulsen K. XTRA FOKUS LIVSSTILKURSUS FOR UNGE - evaluering ud fra epidemiologiske data. 2008.
- (70) R Holt A. Evaluering af Familieteamet Tværfagligvejledning til familier med overvægtige børn i Faxe Kommune. 2010.
- (71) R Holt A. Evaluering af Mad, Motion og Sundhedscoaching. 2010.
- (72) R Holt A. Evaluering af Trimkids - fitness for overvægtige børn mellem 10 - 14 år. 2010.
- (73) Ried-Larsen M. Camp Fanø Indsats mod overvægt og fysisk inaktivitet hos børn i 5. klasse i Odense Kommune (forkortet udgave).
- (74) S Dinesen M. Slutevaluering Talent for sundhed - øget selvværd og viden om sundhed. 2011.
- (75) Ukendt. Evaluering af "Ha' det godt med dig selv", Esbjerg. 2011.
- (76) Vinther-Jensen K, Lorentzen K, Hadsund J, Hansen J. Fedt for Fight - skolestarter Evalueringsrapport med fokus på familiernes udbytte. 2012.
- (77) Warming H. Evaluering af Projekt XTRA FOKUS - på overvægt hos børn og unge i Oddsherred. 2008.
- (78) Nykänen P, Brender J, Talmon J, de Keizer N, Rigby M, Beuscart-Zephir M, et al. Guideline for good evaluation practice in health informatics (GEP-HI). Int J Med Inf 2011;80(12):815-827.
- (79) Korsbek L, Bendix AF, Kidholm K. Profil af en systematisk søgning : søgeområde, databaser og afrapportering. Ugeskrift for læger 2006;168(14):1431-1434.
- (80) AUB - Beskrivelse af databaser. Available at: <http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser/info?id=1266718>. Accessed 31.05, 2014.
- (81) Sundhedsstyrelsen. Videnssøgeren. 2011; Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/kommuner/evidens-og-metode/vaerktoejer/videnssoegeren>. Accessed 01.06, 2014.
- (82) Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. Ann Intern Med 2009;151(4):W-65-W-94.
- (83) Rasmussen J,f.1949-02-04. Konstruktivistiske bidrag : udvalgte artikler. Kbh.: Unge Pædagoger; 2004.
- (84) S Kvale, Interview : introduktion til et håndværk. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2009.
- (85) Thagaard T. Systematik og indlevelse : en indføring i kvalitativ metode. 1st ed. Kbh.: Akademisk Forlag; 2004.
- (86) Tanggaard L, Kvalitative metoder : en grundbog. Kbh.: Hans Reitzel; 2010.

- (87) Halkier B. Fokusgrupper. 2nd ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2008.
- (88) Smith AJ, Skow A, Bodurtha J, Kinra S. Health information technology in screening and treatment of child obesity: a systematic review. *Pediatrics* 2013 Mar;131(3):e894-902.
- (89) Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1(1).
- (90) Ho M, Garnett SP, Baur L, Burrows T, Stewart L, Neve M, et al. Effectiveness of lifestyle interventions in child obesity: systematic review with meta-analysis. *Pediatrics* 2012 Dec;130(6):e1647-71.
- (91) Niemeier BS, Hektner JM, Enger KB. Parent participation in weight-related health interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2012;55(1):3-13.
- (92) Sargent G, Pilotto L, Baur L. Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. *Obesity Reviews* 2011;12(5):e219-e235.
- (93) Wahi G, Parkin PC, Beyene J, Uleryk EM, Birken CS. Effectiveness of interventions aimed at reducing screen time in children: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(11):979-986.
- (94) Sonne-Ragans V,f.1969. Anvendt videnskabsteori : reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2012.
- (95) Larsen K, Pierre Bourdieu i Sundhedssociologi : en grundbog. Kbh.: Hans Reitzel; 2010.
- (96) Bourdieu P. Refleksiv sociologi : mål og midler. Kbh.: Hans Reitzel; 1996.
- (97) Bourdieu P. Af praktiske grunde : omkring teorien om menneskelig handlen. 3. opl. ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2003.
- (98) Kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Version: 1.0 ed.: Sundhedsstyrelsen; Statens Institut for Folkesundhed; 2005.
- (99) Friis-Holmber T, Illemann Christensen A, Zinckernagel L, Petersen L, Rod M. Kortlægning - Kommunernes arbejde med implementering af sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. 2013. 2013.
- (100) Vallgård S. "Sundhedspolitik i de skandinaviske lande" i Folkesundhed : i et kritisk perspektiv. Kbh.: Nota; 2013.
- (101) Skolebørnsundersøgelsen 2010. 1st ed.: Forskningsprogrammet for Børn og Unge Sundhed; 2011.
- (102) Groth MV, Christensen LM, Knudsen VK, Sørensen M, Fagt S, Ege M, et al. Socaile forskelle Børns kostvaner, fysiske aktivitet og overvægt & voksnes kostvaner. 2013.
- (103) Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, Komesaroff PA. Being 'fat'in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health expectations* 2008;11(4):321-330.