**Forskningstræningsopgave**

Kvalitetssikringsprojekt

**Opfølgning af overvægtige børn fundet ved børneundersøgelse i almen praksis**

**Af: Anne Tilma, Christian Meldgaard og Lene Strauss Bundgaard**

**Vejleder: Mette Koefoed**

**Indholdsfortegnelse:**

[Baggrund: 2](#_Toc264632665)

[Formål: 4](#_Toc264632666)

[Metode: 4](#_Toc264632667)

[**Anonymisering** 4](#_Toc264632668)

[**Præsentation af praksis** 4](#_Toc264632669)

[**Undersøgelsen** 5](#_Toc264632670)

[Resultater: 9](#_Toc264632671)

[Diskussion: 12](#_Toc264632672)

[**Diskussion af metode** 12](#_Toc264632673)

[**Diskussion af resultater:** 13](#_Toc264632674)

[Konklusion: 16](#_Toc264632675)

[Perspektivering: 16](#_Toc264632676)

[Litteraturliste: 18](#_Toc264632677)

[Bilag: 19](#_Toc264632678)

[**Bilag 1, Protokol:** 19](#_Toc264632679)

**Baggrund:**

Overvægt i befolkningen har gennem de sidste årtier været et stigende problem og udgør en stadigt voksende samfundsøkonomisk og sundhedsmæssig belastning for sundhedssystemet. Problemet er ikke kun til stede i den voksne befolkning men også i stigende grad blandt børn og unge.

En undersøgelse fra 2004/2005 af sønderjyske skolebørn, alder 5-8 år, viste at andelen af overvægtige eller svært overvægtige børn var 13,7 % (1) Prævalensen af overvægtige børn har været stigende i Danmark gennem de sidste årtier og selvom overvægt i Danmark endnu ikke har nået de højder, som det eks. ses i USA, vækker det alligevel bekymring.(2)

Overvægt hos børn vides at have stor indflydelse på det enkelte barns både fysiske og psykiske velvære, idet overvægt bl.a. øger risikoen for at udvikle metabolisk syndrom og at overvægtige børn hyppigere udsættes for mobning og drillerier. Endvidere er der undersøgelser der viser at overvægt i barndommen er en uafhængig risikofaktor for overvægt i voksenlivet.(2)

I 2009 udkom et Cochrane review: ” Intervention for treating obesity in children” hvor I det kunne konkluderes at livsstils programmer kan reducere graden af overvægt hos børn og unge opgjort efter 6 og 12 måneders followup.(3)

De praktiserende læger udgør en hjørnesten i den primære sundhedsforebyggelse hos børn, idet alle børn i Danmark, indtil skolealderen, tilbydes årlige profylaktiske børneundersøgelser. Det vil her være muligt at opspore en uhensigtsmæssig vægtudvikling for det enkelte barn og lægen kan i samarbejde med familien og relevante samarbejdspartnere forsøge at motivere til intervention og dermed vægttab eller vægtstagnering.

I 2006 udgav DSAM (Dansk Selskab for almen medicin) vejledningen: ” Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn”(4) Vejledningen er tænkt som et redskab til de praktiserende læger for at fremme arbejdet med opsporing og behandling af overvægt og fedme hos børn med henblik på at forbedre sundheden i den danske børnepopulation.

Vejledningen er opbygget i syv kliniske trin:

Trin 1: Barnets højde og vægt måles. For børn over 2 år udregnes BMI (body mass index (kg/m2)) Et BMI over 90 percentilen angiver overvægt og et BMI over 99 percentilen angiver fedme/svær overvægt. Barnets vægtudvikling vurderes i forhold til tidligere målinger. Hvis BMI afviger marginalt fra 90 percentilen foreslås det at barnet revurderes efter seks måneder ved ny konsultation. Ved mistanke om sygdom som årsag til overvægt henvises til pædiater.

Trin 2: Årsagen til positiv energibalance vurderes. Herunder fokus på bl.a. Kost motion og arv.

Trin3: Vurderer om der er vægtrelaterede sygdomme eks. Psykosociale problemer, type 2 diabetes, bevægeapparat gener mv.

Trin 4: Afgør, hvor vigtigt det er for barnets helbred at håndtere vægten, og beslut niveau for behandling. Opmærksomheden bør skærpes overfor børn med BMI over 90 percentilen der har psykiske / fysiske gener af deres overvægt. Børn med BMI over 99 percentilen bør tilbydes intervention.

Trin 5: Fastlæggelse af strategi for behandling af barn og familien. Der foreslås at bruge flere strategier eks. Motivation til adfærdsændring, nedsætte energiindtag og øge fysisk aktivitet.

Trin 6: Vejledning om behandlingsmål. Vægtstabilisering.

Trin 7: Gennemgå vægthåndteringsplanen, aftale opfølgning. Det anbefales at måle vægt hver måned og højde hver 3. måned

Vi vil med denne opgave se på om vejledningens opfordringer bliver efterlevet, i tre udvalgte almen praksis i Vejleområdet, 2 år efter dens udgivelse.

**Formål:**

Sker der opsporing og behandling som DSAM vejledningen anbefaler overfor børn med BMI> 90 percentilen ved 5 års undersøgelsen i tre forskellige almen praksis i Vejleområdet?

Opsporing og/ eller behandling vurderet ved gennemgang af journaler, hvor der minimum findes notater indeholdende en af nedenstående oplysninger, der bekræfter at barnet er fundet overvægtigt:

* Rådgivning om livsstilsændringer
* Opfølgning i form af planlæggelse af ny konsultation vedrørende overvægt inden for de næste 12 mdr.
* Henvisning til pædiater hvor overvægt er årsag eller medvirkende årsag

**Metode:**

**Anonymisering**

Hver praksis er blevet tildelt et bogstav, A, B og C. Fra hver praksis har vi trukket liste med CPR numre for børn født i 2003 (se under metode) Hvert CRP nummer har fået et nummer således at eks. børn fra praksis A vil optræde som A1,A2. Listerne med CPR- numre og tilhørende bogstav-talkode opbevares af forfattere, således data kan reproduceres.

**Præsentation af praksis**

Praksis A:

Landpraksis. Beliggende ca. 20 km fra Vejle. Fem faste læger hvor af tre arbejder på fuldtid og to på deltid endvidere en uddannelseslæge. Fire ydernumre med i alt 7180 tilmeldte patienter. Der er ansat en laborant på deltid og fire sygeplejersker der også varetager sekretærfunktionen. Sygeplejerskerne har i deres program ikke børneundersøgelser eller forebyggelseskonsultationer hos børn. Der bliver ikke sendt breve ud til de familier der ikke møder op til børneundersøgelserne. EDB: Medwin

Praksis B:

Bypraksis. I 2008 delepraksis med fem faste læger og fire ydernumre. Der er til praksis knyttet en eller to uddannelseslæger. Der er ansat to sygeplejersker. Sygeplejerskerne laver ikke børneundersøgelser men vil typisk kunne forestå kontrolvejning, kostvejledning og støtte til vægttab. 6700 tilmeldte patienter i 2008. Der udsendes rykkere/påmindelse ved udeblivelse fra børneundersøgelse. EDB- system Æskulap.

Praksis C:

 Bypraksis. Beliggende i centrum af Vejle. Tre faste læger der deles om to ydernumre. Der er altid ansat en uddannelseslæge. I alt tilmeldt 3830 patienter. Der er ansat en sygeplejerske og to sekretærer. Sygeplejerskerne har i deres program ikke børneundersøgelser eller forebyggelseskonsultationer hos børn. Der bliver ikke sendt breve ud til de familier der ikke møder op til børneundersøgelser. EDB: Æskulab

**Undersøgelsen**

Retrospektiv undersøgelse af data fra 2008 idet DSAM vejledningen på dette tidspunkt havde været udgivet i to år og dermed havde haft tid til at blive implementeret.

 5 års undersøgelsen er valgt ud fra den betragtning at det i vejledningen anføres at det er vigtigt at se på barnets vægtudvikling over tid og at vi således har mulighed for at sammenligne med data fra 3 og 4 års undersøgelsen.

Inklusionskriterium: Børn født fra d.1/1 2003 til og med d.31/12 2003

Lister med CPR-numre efter ovenstående fødselsdage blev udtrukket i hver praksis og anonymiseret. I praksis B og C kunne der søges direkte på fødselsår. I praksis A var dette ikke muligt. I stedet blev der søgt på børn mellem 6 og 7 år (søgning fandt sted primo 2010) hvorefter alle børn med CPR nummer xxxx03-xxxx kunne udtrækkes heraf.

For hvert CPR nummer slog vi op i journalen og fandt de børn der i journal eller laboratorieskema var registreret som have været til 5 års undersøgelse og som havde fået målt højde og vægt. For at vurdere tilslutningen til 5 års undersøgelsen registrerede vi for de børn der ikke havde fået lavet undersøgelsen årsagen i fire kategorier:

* Tilflyttere
* Fraflyttere
* Udeblevne
* Passante

”Tilflyttere” blev defineret som børn hvor det direkte stod anført i journalen eller hvor første journalnotat var dateret efter deres 5 års fødselsdag. ”Fraflyttere” som børn hvor det var anført i journalen at de fraflyttede praksis eller at journalnotater ophørte inden 5 års fødselsdagen. Dette blev krydstjekket med søskende og forældrenes journaler. ”Udeblevne” Børn hvor der både var journalnotater dateret før og efter deres 5 års fødselsdag. ”Passante” børn hvor det var anført i journalen eller hvor der kun var et til to journalnotater.

Eksklusionskriterium: Børn som ikke har fået foretaget 5 års undersøgelse, dvs. udeblevne, tilflytter, fraflyttere og passante. Endvidere børn der ved 5 års undersøgelse ikke har fået målt højde og eller vægt og det derfor ikke er muligt at udregne BMI og dermed vurdere om barnet er overvægtigt.

Praksis reelle population af 5 årige udgøres således af de inkluderet (børn der har fået foretaget 5 års børneundersøgelse) og de udeblevne.

Procesmål

Fra 5 års undersøgelsen registrerede vi følgende procesmål:

* Højde
* Vægt
* Alder i år og fulde måneder.

Sidstnævnte for at kunne vurdere om gruppen aldersmæssig er homogen. Ud fra højde og vægt blev udregnet et BMI. Ved at se på de alderskorrigerede BMI-kurver på det laminerede ark i DSAM vejledning (se figur 1) fandt vi at et BMI på over 17,2 for piger og 17 for drenge svarer til at ligge over 90 percentilen for alderskorrigeret BMI og dermed definitionen på overvægt hos fem årige børn ifølge vejledningen.

Vi har bevidst valgt at bruge kurverne i DSAM’s vejledning til visuelt at fastsætte grænsen for BMI frem for en mere nøjagtig matematisk bestemmelse af alderskorrigeret BMI, idet kurverne er det redskab de praktiserende læger har til rådighed i deres hverdag.

Figur 1 Alderskorrigerede BMI kurver for piger og drenge fra DSAM’s vejledning.

For de overvægtige børn registrerede vi højde og vægt fra henholdsvis 3 og 4 års undersøgelsen, hvis de forelå. Ligeledes ud fra de alderskorrigerede BMI-kurver på det laminerede ark fandt vi at et BMI ved 3 års undersøgelsen på 17,7 for piger og 18 for drenge samt ved 4-års undersøgelsen 17,4 for både piger og drenge svarer til at ligge over 90 percentilen.

Endelig registrerede vi om der i journalen:

* Forekom et eller flere af følgende ord: vægt, kost, tyk, motion, fedme, overvægt, vægttab, vægtkurve, som udtryk for at lægen overfor barn og forældre havde kommenteret at barnet var overvægtigt
* Var planlagt opfølgende konsultation indenfor de næste 12 måneder vedrørende overvægt
* Var foretaget en henvisning til pædiater hvor overvægt var årsag eller medvirkende årsag hertil. Vejledningen anbefaler henvisning sker ved mistanke om sygdom.

Forekom en af ovenstående betragtede vi det, som at barnet af lægen, var blevet diagnosticeret som værende overvægtig/svær overvægtig og vi formoder en samtale angående dette har fundet sted i konsultationen.

Hvis der var planlagt opfølgende konsultation så vi i journalen om der var et journalnotat, indeholdende et eller flere af de i punkt 1 nævnte ord, der kunne bekræfte at opfølgningen havde fundet sted. Hvis det ikke fandtes dokumentation for at kontrol var udført, blev det registreret om det skyldtes udeblivelse, fraflytning fra praksis eller at patienten ved 5 års undersøgelsen ikke var tilknyttet praksis men passant.

For alle overvægtige børn gennemgik vi journalnotater og laboratorieskemaer, for ovenstående søgeord, for at se om der, på trods af at det ikke blev aftalt til børneundersøgelsen, alligevel skulle have fundet en opfølgning sted. Det fandt vi ikke i nogen tilfælde.

Figur 2 Flow-chart af metode.

**Litteratursøgning**

Med udgangspunkt i at finde lignende undersøgelser som vores til sammenligning samt relevant baggrundslitteratur har vi foretaget en søgning i ”Pubmed” d. 27.maj 2010 Følgende søgeord blev brugt:

” ("family practice" OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "Family Practice"[Mesh] OR gp) AND obesity” limits blev sat til “preschool child, 2-5 years” og “Child, 6-12 years) Artikler publiceret indenfor de sidste 5 år.

Litteratur der ikke er skrevet på engelsk eller skandinavisk sprog blev fravalgt. Vi fandt i alt 53 artikler. Alle abstrakt blev læst igennem og vi fandt i alt 4 relevante artikler. Ingen af artiklerne var dog direkte sammenlignelige med vores studie.

Vi lavede endvidere en litteratursøgning i ”pubmed” på numeriske og statistiske data samt epidemiologi på overvægtige børn i Danmark, artikler publiceret indenfor de sidste 5 år.

**Resultater:**

Som det fremgår af tabel 1, har vi ud fra en samlet patientpopulation på ca. i alt 17710 identificeret 327, 5 årige i de 3 forskellige almen praksis vi har undersøgt. Af de 327 identificeret, havde de 221 fået lavet 5 års børneundersøgelse (BU) og indgik i den udvalgte patient populationen vi ville undersøge nærmere. I den udvalgte patientpopulation er fordelingen mellem piger og drenge på henholdsvis 50,7 % og. 49,3 %.

Af de identificeret 327 5 årige, havde 106 (327-221) ikke fået lavet børneundersøgelse pga. de enten var tilflytter, udflytter, passant eller var udeblevet.

Tabel 1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Praksis | Antal tilmeldte patienter | Antal identificerede 5 årige | Ingen 5 års undersøgelse | **Udvalgt patient- population** | Antal piger indgår | Antal drenge indgår |
| Tilflytter | Udflytter | Passant | Udeblevet |
| A |  7180 | 142 | 3 | 40 | 10 | 12 | **77** | 41 | 36 |
| B | 6700 | 91 | 3 | 0 | 2 | 3 | **83** | 39 | 44 |
| C | 3830 | 94 | 6 | 5 | 19 | 3 | **61** | 32 | 29 |
| Samlet | 17710 | **327** | 12 | 45 | 31 | 18 | **221** | 112 (50,7%) | 109 (49,3%) |

I tabel 2 ses, at der ud af 221 børn der indgik i undersøgelsen, blev fundet 22 børn med forhøjet BMI over 90 percentilen for alderen, kategoriseret som overvægtige eller svært overvægtige, svarende til 10 % af den undersøgte årgang. Der var en ligelig aldersfordeling af de overvægtige børn, 11 piger og 11 drenge. 3 børn havde BMI over 99 percentilen svarende til svær overvægt.

Af denne reelle population af 5 årige, er udeblivelsesprocenten 7,5 %.

Gennemsnitsalderen for 5 års børneundersøgelsen for de overvægtige var 5 år og 24 dage, med en fordeling som fremgår af figur 3.

Der blev fundet journalnotater med kommentarer til overvægten i 4 tilfælde svarende til 18%. I 2 tilfælde var der registeret kontrolvejninger svarende til 9%.

Ingen af de overvægtige børn har fået registreret nogen aftalt kontrol tid, opfølgning indenfor et år eller henvisning til pædiater.

Hos 82% af de overvægtige børn, var det muligt for den praktiserende læge at se en trend i vægtudviklingen, idet der var registreret en vægt fra tidligere enten ved 3 el. 4 års undersøgelsen.

27% af børnene havde en faldende BMI ved 5 års BU, i forhold til tidligere registreret vægt.

Figur 3

Tabel 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Praksis | A ( 77 pt.) | B ( 83 pt.) | C ( 61 pt.) | I alt (221 pt) |
| Antal overvægtige og svært overvægtige (over 90% percentil) | 7 (9,1%) | 9 (10.8%) | 6 (9,8%) |  **22 (10,0%)** |
| Antal af svært overvægtige (over 99% percentil) | 2 | 1 | 0 | 3 (1,4%) |
| Overvægt Kommenteret | 1 (14%)"Vægten kraftigt stigende. Aktiv i det daglige, mor er opmærksom på problemet, men far modarbejder. Der udskrives kurver så de kan se det sort på hvidt" | 2 (22%)"Obs vægt" og” Snak om vægt, som ligger i overkanten, glad for motion og får kun fedtfattige mælkeprodukter og slik en gang om ugen” | 1 (17%)”kort snak om kost og motion” | 4 (18%) |
| Aftalt ny tid mht overvægt | 0 | 0 | 0 | 0 (0%) |
| Opfølgning indenfor et år efter BU. | 0 | 0 | 0 | 0 (0%) |
| Registreret kontrolvejning | 0 | 2 | 0 | 2 (9%) |
| Henvist til pædiater | 0 | 0 | 0 | 0 (0%) |
| Foreligger der en tidligere vægt fra 3 el. 4 års BU. | 7 | 7 | 4 | 18 (82%) |
| BMI ved 5 års BU er faldet i forhold nærmeste tidligere vægt. (4 el 3 års BU) | 2 | 3 | 1 | 6 (27%) |

**Diskussion:**

**Diskussion af metode**

Metoden er som beskrevet en retrospektiv undersøgelse af data fra 2008. Der er for den årgang af børn, der blev 5 år i 2008 gennemgået journalmateriale og data i form af højde- og vægt målinger ved 5 års undersøgelsen samt tilhørende journalnotater med eventuelle kommentarer på overvægt og livsstil.

Ved vores datasøgning har vi valgt at identificere alle børn registreret i praksis der blev fem år i 2008. Derefter har vi for hvert cpr nr registreret om der forelå en fem års undersøgelse ( se metode afsnit). På den måde mener vi, at vores dataindsamling er udtømmende.

Blandt de ekskluderede har vi ikke kigget på om der i den gruppe forelå en højere prævalens af overvægt. Specielt blandt eksklusionsgruppen “udeblevne” kunne man have en formodning om, der her var en større repræsentation af ressourcesvage familier end gennemsnittet. Kriterier såsom arbejdsløshed, førtidspension og ufaglært arbejde, som man normalt forbinder med ressourcesvage familier er selvstændige risikofaktorer for udvikling af overvægt (7).

Dette vil trække i retning af en underestimering af antallet af overvægtige børn.

Antallet af udeblevne til 5 års undersøgelsen er i vores undersøgelse ikke særligt højt.(7) Så vi vurderer, at det ikke udgør en særlig bias.

Patientpopulationen i undersøgelsen udgøres af ialt 17710 sammensat af to kompagniskabspraksisser i Vejle samt en kompagniskabspraksis i Vejles opland. (Se beskrivelse af praksis). Vejle er en mellemstor provinsby med ca. 50.000 indbyggere. Alle lægepraksisser i Vejle ligger i midtbyen, det må derfor formodes at der ikke sker en selektion fra geografiske områder i byen med større forekomst af én type socialklasse til bestemte praksisser.

De eksakte tal for patientsammensætningen hvad angår socialklasse, alder og etnisk oprindelse i de tre praksisser kendes ikke. Vores vurdering er, at det ikke ligger langt fra landsgennemsnittet.

Året 2008 er valgt da DSAMs kliniske vejledning “ Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn” udkom i 2006. Vejledningen havde derfor haft mulighed for at blive implementeret i praksis cirka to år efter dens udgivelse. Dog var den stadig så ny, at der kunne forventes at være fokus og interesse omkring den.

At data indsamlingen er retrospektiv betyder også at resultaterne ikke bliver biased af, at man ved der pågår en observation af området. (Hawthorne effekten).

Der var ingen af opgavens tre forfattere, der havde deres daglige gang i de tre pågældende praksisser i 2008. Vi har derfor heller ikke haft mulighed for at påvirke resultaterne med vores interesse for emnet.

Vores valg af den forebyggende børneundersøgelse ved fem år er begrundet i, at der ved denne undersøgelse også er vaccination, hvilket formodes at gøre fremmødet større. (Implementeringen af MFR revaccinationen ved 4 års undersøgelsen startede fra 1. april 2008).

Ved at vælge 5 års undersøgelsen, er det også muligt at se på vægtudviklingen over tid, ved at sammenligne med data fra tre og fire års undersøgelserne.

Procesmålene, der er indsamlet, er som allerede beskrevet; alder i år og fulde måneder, højde og vægt. De to sidstnævnte er simple undersøgelser, der udføres ofte i praksis, og de udførende læger forventes at have den fornødne rutine i det. Der foreligger ikke en standardisering af om vægten er med eller uden tøj og sko, ejheller om højden er med sko. Disse teoretiske måleafvigelser vurderes dog ikke at have den store betydning i vurderingen af om der er tale om overvægt hos det enkelte barn.

Endvidere er der som procesmål også registreret, om der i journalen er foretaget en kommentering og planlagt opfølgning hos et barn, der er overvægtigt. Dette mål er kvalitativt og således sværere at registrere. Blandt praktiserende læger hersker der forskellige journalføringsrutiner, der er mere eller mindre udførlige. Det kunne godt være forekommet, at en kommentering af overvægt ikke er journalført hos nogle læger. Opfølgende konsultationer vedrørende overvægt, kontrolvejning og henvisning til pædiater vil man forvente at finde registreret i journalen.

Datasøgningen foregik gennem EDB systemerne i de tre praksisser; Æskulap og Medwin. Da søgningen gik på kriterier i cpr nummeret, formodes der ikke at være nogen forskelle eller uregelmæssigheder i data udtrækningen.

**Diskussion af resultater:**

Ved vores data indsamling identificerede vi ialt 327 femårige. Ud af dem havde 221 fået foretaget femårsundersøgelse. Af denne gruppe fandt vi 22 overvægtige, svarende til 10%. I litteraturen har vi fundet tal på 10,4% overvægtige treårige i Aalborg i 2008 (7) samt en prævalens på 14,4% hos børn fra 4-18 år i 2002 (2). En anden undersøgelse viser en prævalens på 13,7% af overvægtige 5-8 årige børn i Sønderjyllands amt i 2004/2005 (1). Vores resultat på 10% ligger ikke langt fra disse tal, der kan bruges som sammenligningsgrundlag. En faktor der vil kunne underestimere prævalensen, er som beskrevet tidligere at gruppen af ekskluderede ikke er undersøgt.

Prævalensen af overvægt i de tre undersøgte praksisser ligger på henholdsvis 9,1%(A), 10,8%(B) og 9,8%(C). Spredningen på disse tal er ikke stor, og de ligger heller ikke langt fra de førnævnte referencer. Vi anser de 3 praksisser som sammenlignlige.

Fordelingen af de ekskluderede i de fire kategorier fremgår af tabel 1. Praksis A skiller sig ud ved at have en stor andel af udflyttere. Den præcise baggrund for dette kendes ikke. Praksis C har en forholdsvis stor mængde af passanter. Den måde man indretter sig på i praksis med vagtring og feriepartnere har betydning for hvor mange ikke fast tilmeldte patienter man ser. Hvis det antages at de fraflyttede patienter ikke udgør en selekteret patientgruppe, vurderes disse to nævnte forhold ikke at have nogen indflydelse på resultaterne.

I praksis B udsendes rykkere ved udeblivelse fra børneundersøgelse. Sammenlignet med praksis C der ikke bruger denne praksis ses der ikke at være den store forskel i antallet af udeblevne. Tallene er dog for små til generelt at kunne sige noget om effekten af at udsende rykkere/påmindelser.

Vi kunne have fået et større materiale ved at udvide de undersøgte med endnu en årgang, eksempelvist de børn der blev fem år i 2009. Det ville formodentligt have givet et dobbelt så stort materiale som det nuværende. Den nærværende opgave blev påbegyndt i 2009, så på det tidspunkt var det ikke praktisk muligt at medtage den nævnte årgang.

Aldersfordelingen i undersøgelsespopulationen er lige omkring 5 år (se figur 3), vi går derfor udfra, at de BMI grænser vi har sat for overvægt kan appliceres til de undersøgte.

Den registrering vi har foretaget af kommentering/opfølgning af overvægt fundet ved femårs undersøgelsen viser, at der kun i fire tilfælde (18%) er kommenteret på overvægten i journalen. Kun i to tilfælde (9%) er der registreret en kontrolvejning.

Som tidligere anført kan der være kommentarer, der ikke er journalført. Det er dog umuligt at estimere omfanget af dette. Endvidere kan man anføre, at hvis man anser overvægt hos børn som et vedkommende og aktuelt anliggende for almen praksis, bør man også journalføre sine betragtninger vedrørende dette.

Der er ikke i noget tilfælde registreret aftalt kontroltid, opfølgning eller henvisning til pædiater. Dette trods, der blev fundet 3 svært overvægtige, hvor DSAM vejledning netop præciserer, at der bør foretages intervention og evt. henvises til pædiater.

Vi har kun indsamlet data fra efter vejledningen blev publiceret. Det kunne også have været relevant med et materiale fra tiden før den forelå, for reelt at kunne sige noget om dens effekt.

Vejledningen er som den selv indikerer i dens indledning et produkt af tiden. Der er meget fokus på overvægt blandt befolkningen generelt. Blandt de senere år er imærksomheden også blevet rettet mod børn, da kimen til overvægt og livsstilssygdomme ofte bliver sat i barndommen. Derfor vil tiden i sig selv fungere som bias, da fokus generelt på området også vil kunne forventes at ændre lægers kliniske praksis.

Sammenfattende kan siges, at der ved den forebyggende børneundersøgelse ved fem år i almen praksis kun i meget ringe grad forekommer en kommentering og planlagt opfølgning/intervention ved konstateret overvægt.

Dette resultat er tankevækkende. Almindeligvis regner man en klinisk vejledning for implementeret når 90-95 % af de vejledende behandlingsmål er opfyldt. Det er selvfølgelig lettere at monitorere når det drejer sig om hypertensionsbehandling, men hvis man anser opsporing af overvægt og minimal intervention i form af kommentering som behandlingsmål i den omtalte vejledning, er de kun opfyldt i de omtalte 18% af konsultationerne.

Vores materiale er ikke af en sådan størrelse, at det med sikkerhed kan sige noget om vejledningens implementeringsgrad. Det kan dog sige noget om en tendens og vække til eftertanke om de bagvedliggende årsager.

*Det første man kan overveje er om selve opsporingen af overvægt finder sted. Erkender lægen overvægten når den er tilstede?*

Traditionelt har man brugt kurver over højde og vægt i forhold til alder for at vurdere barnets ernæringstilstand, og disse kurver også stadigvæk anvendelige i klinisk praksis. Når det kommer til konstatering af overvægt er BMI kurverne det bedste redskab.

En australsk undersøgelse har vist at en visuel vurdering alene ikke kan anvendes til at afgøre om et barn er overvægtigt (8), for at afgøre dette skal der foreligge højde og vægt og et deraf udregnet BMI.

BMI varierer med alderen op til 18-20 års alderen, de almindelige kendte grænser for normalt BMI kan ikke umiddelbart appliceres til børn. For at vurdere overvægt må man studere de aldersrelaterede BMI kurver. (figur 1) Hvis dette ikke er en del af den praktiserende læges rutiner ved børneundersøgelsen vil man i nogle tilfælde ikke erkende en reel overvægt.

*Når overvægten er konstateret, hvilke faktorer kan så medvirke til at der ikke sker en intervention?*

Tilgængeligheden af budskabet i DSAM´s vejledning kan have betydning for dette. Da interventionen er multifacetteret er der ikke nogen simpel opskrift på det, og det i sig selv gør vejledningen svær at læse.

En australsk undersøgelse blandt læger i primærsektoren har vist, at selvom 75% af dem kendte til og forstod den australske vejledning om overvægt hos børn, så ændrede kun cirka halvdelen af dem deres kliniske praksis.(6) Der må derfor være andre barrierer tilstede end blot vejledningens læsevenlighed.

Overvægt hos børn er et personligt og familiært anliggende og kan derfor være et svært emne at bringe på banen. I litteraturen har vi fundet , at forventningen om et muligt negativt respons fra forældrene i 40% af tilfældene ville afholde læger fra at diskutere børns overvægt med forældrene(6)

Da overvægt hos børn ofte er associeret med familier med bl.a. ufaglært arbejde, arbejdsløshed og anden etnisk baggrund end dansk (7), kan man også forestille sig at der i disse familier foreligger mange andre problemstillinger, så barnets overvægt ikke er det første man vælger at tage op.

Ligeledes vil ønsket om at opretholde en behandlingsalliance med familien/forældrene også kunne påvirke lægens håndtering af barnets overvægt.

Hvis det for professionelle er svært at afgøre om at barn er overvægtigt, må det forventes at være endnu sværere for den almindelige mor og far. Et engelsk studie har vist at kun 25% af forældre korrekt identificerer deres barn som overvægtigt(8). En lidt større procentdel identificerer deres svært overvægtige barn. Når der er flere der bliver overvægtige rykkes de almindelige grænser for, hvad der er normalt. (Overweight is average!)

Overvægt er ( i de fleste tilfælde) en livsstilssygdom og interventionen/behandlingen ligger derfor indenfor et område, der til tider kan være overmåde tungt og besværligt at have med at gøre. Mange læger kan få den holdning, at det nytter allligevel ikke noget! Denne holdning som en barriere for lægers intervention er beskrevet i et fransk rewiev af flere undersøgelser af området. (5)

Som tidligere anført er interventionen multifacetteret. Mange aspekter skal inddrages for at det skal have en effekt. Dette er tids- og ressourcekrævende i en hverdag, der for de fleste praktiserende læger bliver mere og mere travl. Bekæmpelse af overvægt generelt og blandt børn er ikke en sag, der alene angår almen praksis.

Afslutningsvist kan det siges at overvægt blandt børn er et tungt område. Det kan være svært at opdage, og når det er diagnosticeret findes der mange barrierer for en vellykket intervention.

# Konklusion:

Overvægt hos børn er et stadigt stigende problem. Almen praksis har gennem aftalte årlige børneundersøgelser op til det 5. år en vigtig rolle til at opspore og igangsætte tiltag overfor denne patientgruppe. Emnet har været præget af en vis grad af berøringsangst og behandlingsnihilisme, og området har været karakteriseret ved mangel på retningslinier og uensartet behandlingsmuligheder rundt om i landet.

I 2006 udkom DSAM vejledning ”Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn” for at give almen praksis et værktøj til at opspore og fremme sundheden for denne patientpopulation.

Vi har lavet et retrospektivt tværsnitsanalyse i 3 forskellige praksisser i Vejleområdet, og set på anbefalingerne er blevet implementeret 2 år efter den udgivelse.

Vi har opstillet en metode, vi mener giver en repræsentativ patientpopulation, og taget højde for de usikkerhedsmomenter vi har kunne identificere. Gennem DSAM vejledning afgrænse nogle procesmål, der giver en rimelig prædiktor for behandlingskvaliteten.

Således mener vi undersøgelse kan fortælle, hvorvidt DSAM vejledning bliver fulgt i de 3 forskellige praksisser.

I undersøgelsen finder vi de overvægtige børn ligeligt repræsenteret i de 3 forskellige praksisser. Vi finder en prævalens på 10 %, hvilket stemmer godt overens med hvad, der er fundet ved andre studier.

Af de overvægtige børn fandt vi kun journalnotater, omhandlende overvægt, hos knap 1/5. Der er kun identificeret en kontrolvejning hos knap 1/10 af de overvægtige.

Hos ingen af de overvægtige børn blev der identificeret nogen opfølgende tider, og ingen børn er blevet henvist til pædiater. 3 børn blev identificeret som svært overvægtige.

Vi ville formode en bedre efterlevelse for at kunne sige at vejledningen er implementeret tilfredsstillende.

Resultaterne viser at DSAM vejledningen ikke bliver fulgt i de 3 forskellige praksisser 2 år efter dens udgivelse.

# Perspektivering:

Behandling af overvægt hos børn er stadig præget af nihilisme trods meget fokus på området og udarbejdelse af specifik vejledning.

Overvægt hos børn er overrepræsenteret hos socialt dårligt stillet og ressourcesvage familier. En effektivt behandlingsstrategi vil her ofte kræve en massiv indsats fra flere sider, og ofte skal hele familien inddrages.

Tilstanden bør ikke betragtes som et isoleret medicinsk problem men snarere som et produkt af politiske, kulturelle og sociale omstændigheder.

Derfor bør børneovervægt omfatte flere initiativer og inddrage flere forskellige aktører som fx fødevareproducenter, detailhandel, staten, regionen, kommunen, skolen, socialvæsen og sundhedsvæsnet herunder selvfølgelig også almen praksis.

Overvægt hos børn er et stigende problem. I lande som USA bliver det nu omtalt som en fedmeepidemi! I Danmark har tilstanden endnu ikke nået det samme omfang, vi anslås at være 20 år efter USA i den henseende(2). Tallene er skræmmende og må tages som et udtryk for, at der skal handles på området.

Trods mange undersøgelser er der ikke en der kan angive en god og effektiv metode til succesfuld behandling af overvægt. Dette vidner også om problemets komplekse karakter.

Der er dog behov for flere undersøgelser i hvilket behandlingstiltag der er effektivt, men første trin må være at finde de overvægtige børn, og her kan vi ikke komme uden om at almen praksis har en helt central rolle.

 **Litteraturliste:**

1) Sønderjyllands Amt, Sundhedsforvaltningen og Rigshospitalet Juliane Marie centeret, Pædiatrisk klinik. Mange overvægtige børn i Sønderjylland. Ugeskrift for læger 2009; 1409-1413

2) Jeppe Matthiessen, Margit Velsing Groth, Sisse Fagt, Anja Biltoft-Jensen, Anders Stockmarr, Jens Strodl Andersen og Ellen Trolle. Prevalence and trends i overweight and obesity among children and adolescents in Denmark. Scand J public Health 2008; 36; 153

3) The Cochrane Collaboration. Intervention for treating obesity in children (Review) 2009

4) DSAM 2006 Klinisk vejledning. Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn

5) M. Van Gerwen, C. Franc, S Rosman, M. Le Vaillant and N. Pelletier-Fleury. Primary care physicians’ knowledge,attitudes, beliefs and practices regarding childhood obesity;a systemic review. Obesity 10,227-236

6) Helen Dettori, Helen Elliott, Jeanette Horn. Barriers to the management of obesity in children. Australian family physian vol. 38 2009 460-464

7) Mie Aarup, Ineta Sokolowski og professor Jørgen lous. Prævalens af overvægt og fedme blandt treårige I Aalborg Kommune samt beskrivelse af risikofaktorer. Ugeskrift for læger 2008; 452-456

8) Nicola J. Spurrier, Anthea Magarey and Catherine Wong. Reconition and management of childhood overweight and obesity by clinicians. Journal of Paediatricks and Child Health 42 (2006) 411-418

9) Stewart Mercer How useful are clinical guidelines for the management of obesity in general practice? British Journal of General Practice, November 2009

**Bilag:**

**Bilag 1, Protokol:**

**Titel:**

Opfølgning af overvægtige børn fundet ved børneundersøgelse i almen praksis.

**Forskningsspørgsmål:**

Bliver der fulgt op på overvægtige børn fundet ved 5 års børneundersøgelse, i henhold til DSAM vejledning.

* Sker der intervention hos overvægtige børn fundet ved 5 års undersøgelsen.

 **Baggrund:**

Overvægt blandt befolkning har de senere 10 år været stigende og udgøre et stadig voksende samfundsøkonomisk og sundhedsmæssigt belastning for sundhedssystemet. I takt med forsøg på forklarings- og løsningsmodeller har interessen for overvægt hos børn de seneste år været stigende.

Flere undersøgelser viser at overvægt i børneårene hænger ved som voksne (ref.?)

 Der udkom i 2006 en vejledning fra DSAM til nogle retningslinier for behandling af overvægtige børn i almen praksis. Bliver denne vejledning efterlevet i almen praksis 2 år efter udgivelsen.

**Formål:**

Sker der intervention overfor børn med BMI>90 persentilen ved 5 år undersøgelse. Intervention i form af:

* Livsstilsændringer
* Opfølgning (i form af en planlagt kons. Indenfor 6 mdr.)

Bliver børn med BMI over 99 percentilen henviset til pædiater.

**Materiale og metode:**

Kvalitetssikringsprojekt.

Søgning i 3 praksis for alle 5 års undersøgelse foretaget i 2008. BMI registreres for 5 års samt for 4 og 3 års undersøgelsen (hvis data foreligger)

Inklusion: 5 års undersøgelse foretaget i praksis i 2008, hvor BMI over 90 percentilen .

Notat fra 5 års undersøgelsen gennemlæsning for hvorvidt intervention foretages i form af råd ang. Kost og motion registeres som livsstilsændringer separat og hvorvidt der aftales tid til opfølgning noteres separat.

Prævalensen af vores data sammenlignes med de generelle.

**Tidsplan, aftaler:**

28/1: 1.fællesprojektdag: Plan for journalsøgning. Hvordan registrer vi data og hvilke data registrer vi. Hjælp fra personalet på forskningsenheden ang. Medwin og Eskulap

Vi forpligter os til at have læst DSAMs vejledning grundigt igennem samt relevante artikler der fremgår af litteraturlisten i vejledningen.

29/1. Og 19/2 18/3 2010: Individuel projektdag Dataindsamling Christian vil gerne tilstræbe at han har lavet ”pilot søgning” inden 29/1 2010

8/4: Fælles projektdag og 9/4 Databearbejdning

27/5 og 17/6 Fæl: fællesprojektdage og 9/4 29/4 28/5 18/6 og 30/6 Individuelle projektdage: Skrive opgave

Vi tilstræber at være færdige med opgaven 30. juni

11/8 og 12/8 fremlægning

Christian Meldgaard   E-mail: cmeldgaard@gmail.com   mobil : 51 90 79 12

Lene Strauss Bundgaard  E-mail: lsb@dadlnet.dk   mobil : 51 62 31 29

Anne Tilma  E-mail: annetilma@dadlnet.dk   mobil: 22 84 10 10

Vejleder: Mette Koefoed E-mail mkoefoed@health.sdu.dk   mobil:53 38 11 38