

Behandling af overvægtige børn i almen praksis



Anne Blom og Trine Lindeskov
Forskningsopgave Almen medicin
Vejleder Lena Hohwü
2017 Hold 33

Indholdsfortegnelse

Introduktion s. 3

Formål s. 3

Litteratursøgning s. 3

Definition af overvægt ved børn s. 4

Del 1

Opsporing s. 5

Metode s. 6

Resultater s. 7

Diskussion af egne data s. 8

Del 2

Holbæk metoden s. 10

Kommunale projekter s. 11

Hvorfor skal vi sætte ind.... s.12

Metode s. 12

Instruks til almen praksis s. 13

Diskussion s. 13

Konklusion s. 15

Litteraturliste s. 16

Bilag 1,2,3 og 4

Introduktion

Overvægt og fedme er et stigende problem i verden.

Iflg. WHO var der i 2014 1,9 milliarder voksne der var overvægtige, hvoraf 600 millioner var svært overvægtige. Det svarer til 39 % af den voksne befolkning i verden.

I alt 41 millioner børn under 5 år var overvægtige eller svært overvægtige i 2014. Der er siden 1980 sket næsten en fordobling i antallet af overvægtige mennesker¹.

Overvægt i barndommen er associeret til sværere overvægt i voksenlivet, udvikling af sygdom i voksenlivet og tidligere død. Der udover har børnene en højere forekomst af luftvejsgener, knoglebrud, hypertension, insulinresistens og psykosociale udfordringer².

Overvægt og svær overvægt medfører på baggrund af ovenstående, en stigende samfundsøkonomisk udgift der i 2007 svarende til 8 % af de samlede sundhedsudgifter i Danmark³.

Iflg. Sundhedsstyrelsens rapport fra 2015, Monitorering af vækst hos 0-5 årige, er 10 % af danske førskolebørn overvægtige⁴.

I 2003 udgav Sundhedsstyrelsen: Den nationale handlingsplan mod svær overvægt⁵ og i 2006 lavede DSAM i samarbejde med sundhedsstyrelsen en vejledning til almen praksis om opsporing og behandling af førskolebørn i almen praksis⁶.

Den nye tendens er at fedme er en kronisk sygdom og bør behandles som sådan med livslang kontrol og behandling⁷. Bruger vi vejledningen fra 2006 og behandler vi børn i alderen 0-5 år for overvægt i almen praksis?

Formål

Formålet med denne opgave er todelt.

Del 1:

Via et datastudie hos to lægepraksisser i Aarhus og Hedensted at undersøge om der laves intervention hos de børn der har forhøjet BMI ved 5 års undersøgelsen.

Del 2:

Udarbejdelse af en instruks for behandling af børn med overvægt i almen praksis ud fra tilgængeligt litteratur på området.

Litteratursøgning

Litteratursøgningen blev lavet i den elektroniske database pubmed i februar måned 2017. Følgende MESH søgeord blev anvendt: obesity, children, preeschool, general practice, intervention, Denmark. Primært danske artikler blev anvendt som omfattede vores målgruppe, førskolebørn. Derudover har vi søgt på

overvægt, børn og unge på Sundhedsstyrelsen hjemmeside, Statens institut for folkesundhed, WHO og Danmarks statistik.

Definition af overvægt ved børn

Overvægt ved børn defineres ud fra en alders- og køns- bestemt Body Mass Index (BMI) kurve^{1,4,6,8}.

I Danmark har overvægt ved børn tidligere været defineret ud fra en BMI kurve baseret på de tidligere længde og vægtskurver. Overvægt i vejledningen defineres som et BMI over 90 % percentilen og svær overvægt som et BMI over 99 % percentilen⁶.

I 2012 udgav The international obesity task force nye BMI-kurver for de 2-18-årige. I disse kurver defineres grænseværdierne som den percentil, der svarer til et BMI på henholdsvis 25 og 30 kg/m² ved 18 års alderen⁸.

Iflg. de nye kurver ligger grænserne for ISO-BMI-25 og 30 lidt højere end de tidl. Kurvers 90-og 99 % percentil. Man finder således lidt færre børn overvægtige og svært overvægtige ude fra disse.

En typisk BMI udvikling er en stigning fra fødslen til omkring 6-9 månedersalderen, derefter et gradvist fald til 5-7 årsalderen. Her efter vil der igen ske en gradvis stigning til voksenalder omkring 18 årsalderen. Tidspunktet hvor kurven begynder at stige igen ved 5-7 årsalderen kaldes *Adiposity rebound*. Jo tidligere barnets adiposity rebound indtræffer, desto større er risikoen for at barnet bliver overvægtigt senere i livet⁴.

I

< 2 årige:

Der anvendes vægt- for længde- kurver. Barnet skal her ligge over 97-percentilen.

2-5 årige:

Overvægt ved de 2-5 årige defineres ved et BMI over 90 % percentilen og svær overvægt ved et BMI over 99 % percentilen.

BMI udregnes som ved voksne som:

$$\text{vægt i kg} / (\text{højde i meter} \times \text{højde i meter})^3$$

Se vækstkurver.dk

6-18 årige:

Overvægt defineres ved de 6-18 årige ud fra de køns-og alders specifikke ISO-BMI/IOTF-grænseværdier. Overvægt er her et BMI $\geq$ ISO-BMI/IOTF-25 og svær overvægt et BMI $\geq$ ISO-BMI/IOTF- 30.

Se vækstkurver.dk

Man kan ikke vurdere et barns vægtudvikling ud fra en måling, man skal i stedet se på vægtudviklingen.

BOKS 1

Danmark har man valgt at definerer overvægt forskelligt ud fra 3 aldersgrupper^{4,9}:

Del 1

Opsporing

Alle danske førskolebørn tilbydes syv forebyggende helbredsundersøgelser hos deres praktiserende læge. Deltagelsesprocenten til disse undersøgelser ligger i gennemsnit på 93-95 % frem til 1 års alderen. Herefter falder den frem til 4 års-alderen ned til 65 % og stiger igen ved 5 års undersøgelsen til ca. 80 % i perioden 2000-2004⁹.

Der ligger ingen forebyggende undersøgelser efter 5 års undersøgelsen da det kommunale system med sundhedsplejeske overtager når børnene begynder i skole. Undersøgelsen hos sundhedsplejersken ligger i løbet af det første skole år. For de ældste skolebørn kan der gå over et år mellem 5 års undersøgelse hos den praktiserende læge og den første undersøgelse hos sundhedsplejersken.

I 2007 lavede Sundhedsstyrelsen en evaluering af børneundersøgelserne i almen praksis. I undersøgelsen blev 900 børneundersøgelser beskrevet af praktiserende læger og forældrene til børnene. Det fremgik af resultaterne at 100 % ved undersøgelsen fik målt højde og vægt. Heraf blev 99 % indskrevet på højde og vækstkurver. Af undersøgelsen fremgik det, at det var både lægens- og forældrenes forventning at barnet skulle måles og vejes og udviklingen evalueres på barnets kurver¹⁰.

Undersøgelsen viste at de praktiserende læger er gode til at få målt og vejset barnet ved børneundersøgelserne. Samt at forældrene inden undersøgelsen har en forventning om at barnets vækst vil blive evalueret. Spørgsmålet er således om de praktiserende læger forholder sig til børnenes BMI og om vejledningen fra 2006 anvendes i de tilfælde hvor barnet ligger over 90% percentilen på BMI kurven.

Dette er undersøgt af Andersen MK et al.¹¹, som i perioden januar 2009-januar 2010 udførte et kohorte studie i Region Midt. Studiet havde til formål at vurdere hvordan alment praktiserende læger opsporede og håndterede overvægtige børn ved 5 års børneundersøgelsen. 1135 børneundersøgelser blev inkluderet. Ud af disse blev 171 børn vurderet overvægtige af den praktiserende læge, vægtproblematikken blev italesat hos 58% af disse. Der blev lavet op følgende aftaler i 12 % af tilfældene. Vejledningen fra 2006 blev anvendt i 6 % af tilfældene.

Ud af de 171 som de praktiserende læger vurderede overvægtige var 147 overvægtige ifølge BMI dvs. ca. 86 %, samtidig var der 44 børn som de praktiserende læger vurderede normale vægtige, der var overvægtige (41 børn) eller svært overvægtige (3 børn) ifølge BMI.

Det var den gennemgående holdning ved de praktiserende læger der deltog i undersøgelsen, at opsporing og behandling af de overvægtige førskolebørn er en opgave der skal ligge i almen praksis. Trods dette følte de ikke at de var klædt på til opgaven¹¹. I flere undersøgelser har man spurgt de praktiserende læger, hvilke barrierer der er for at behandle overvægt i almen praksis. Svarerne er nogenlunde enslydende. Det er mangel på tid, de føler sig ikke klædt på til opgaven, der er ikke ressourcer til opgaven, de har ikke erfaring med at de interventioner de laver er effektive^{10,11}.

I en forskningstræningsopgave fra 2013 undersøgte 3 hoveduddannelseslæger i almen medicin hvorvidt forhøjet BMI ved 5 års børneundersøgelsen bliver italesat. På årgang 2007 i deres 3 respektive praksis fandt

de i alt 258 børn. Ud af disse havde 204 børn været til 5 årsundersøgelse. 26 børn havde BMI over 90 % percentilen, hvilket ikke blev påtalt i journalen i 81 % af tilfældene. Hos 15 % blev der lavet et journalnotat angående overvægt men ingen form for intervention. Hos 4 % blev der lavet journalnotat og intervention. Ved 60 % af de overvægtige 5-årige havde børnene allerede et BMI over 90 % percentilen ved 3 årsundersøgelse og 66 % ved 4 års undersøgelsen¹².

Fundende fra denne opgave er således i tråd med fund i de tidligere studier omtalt ovenfor.

Vi ønskede at lave et ny studie for at evaluere, om vi i 2016 er blevet bedre til at anvende vejledningen og italesætte forhøjet BMI ved 5 års børneundersøgelsen.

Metode

Designet er et retrospektivt deskriptivt studie. Studie populationen inklusiv kønsfordeling beskrives i flowdiagram. I beregninger blev BMI af rundet til 1 decimal.

Der er indsamlet data fra 2 læge praksis.

Lægerne i Midtbyen med 3 ydre nummer og 5700 tilmeldte patienter, har NOVAX lægesystem. I dette system blev der lavet søgning på alle børn født i 2011 som således blev 5 år i 2016. I systemet blev der derefter genereret liste med alle BMI målinger på disse børn. Listen blev gennemgået, børn med BMI over 90% percentilen ved 5 års børneundersøgelsen identificeret og på disse børn blev BMI ved 4 og 3 års børneundersøgelsen ligeledes noteret.

Hedensted Lægehus med 1 ydrenummer og 9 kapaciteter der har 15600 tilmeldte patienter, har Emar lægesystem. I dette system blev der lavet søgning på cpr. nummer hvor der i 2016 ved taget en ydelse med nummer 8127 (profylakse ydelse for 5 års børneundersøgelse). Dette resulterede i en liste på 288 børn. Listen blev gennemgået og børn som ikke var født i 2016 sorteret fra, herefter var der 146 børn tilbage. Journaler for disse blev gennemgået. Højde og vægt ved 5 års børneundersøgelse blev brugt til at udregning BMI. Hos Børn med BMI over 90% percentilen blev højde og vægt ved 4 og 3 års børneundersøgelse ligeledes registeret og BMI udregnet.

På børn med BMI over 90% percentilen blev journalnotater gennemlæst med henblik på der var registeret at barnet havde forhøjet BMI eller var overvægtigt og om der var foretaget intervention i form af f.eks. planlagt vægtkontrol, kostvejledning eller om familien blev motiveret til motion. Vi har udelukkende registreret, om der er foretaget intervention eller ej og ikke vurderet kvaliteten af en eventuel intervention.

Tabel 1 Sundhedsstyrelsens grænser for BMI blev anvendt⁶

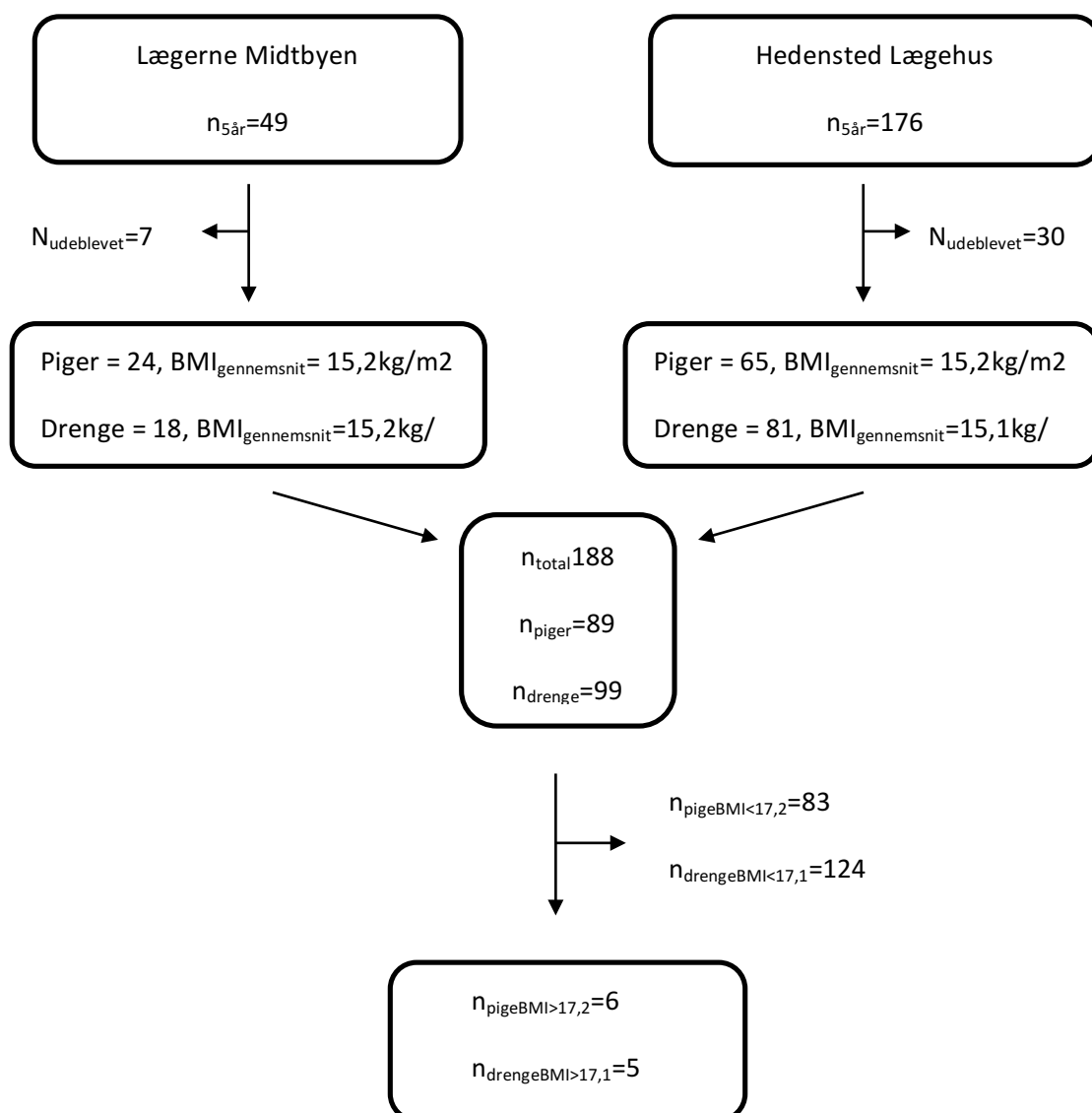
BMI (kg/m ²) 90%percentil = overvægt	3år	4år	5år
Piger	17,7	17,3	17,2
Drenge	18	17,2	17,1

Data (køn og BMI ved 3,4 og 5 års undersøgelsen) blev registeret og analyseret i excel.

Resultater

I de to lægepraksis blev der fundet 225 børn i årgang 2011. Af disse havde 37 ikke fået foretaget 5 års børneundersøgelse, svarende til en deltagelse procent på 84%. Af de fremødte 188 børn, 89 piger og 99 drenge, var der registreret højde og vægt på samtlige børn. Gennemsnit BMI på drenge og piger var det samme i de to praksis, 15,2 for piger og henholdsvis 15,1 og 15,2 for drenge. Der blev fundet 11 børn med BMI over 90% percentilen, svarende til 5,85%. Heraf var de to børn fra Lægerne i Midtbyen sv.t. 4,76% og 9 børn fra Hedensted Lægehus sv.t. 6,16%.

Figur1 Flowdiagram beskrivende studiepopulationen



BMI på de 11 overvægtige børn ved henholdsvis 5, 4 og 3 års børneundersøgelsen fremgår af tabel 2 hvor det desuden er anført hvorvidt en intervention i forhold til barnets vægt var registreret i journalnotater.

Tabel 2 Tabel over BMI* ved 3,4 og 5 års undersøgelse samt om intervention fremgik af journalnotat

Køn	BMI 5år	BMI 4år	BMI 3år	Intervention
Pige	18,4	18,5	19,5	Delvis**
Pige	18,9	16,4	Mangler	Nej
Pige	17,7	18,2	17,1	Nej
Pige	18,7	18,5	Mangler	Nej
Pige	18,3	18,8	19,0	Nej
Pige	18,0	18,6	19,8	Nej
Dreng	17,5	16,3	Mangler	Nej
Dreng	17,4	18,3	18,6	Nej
Dreng	17,3	18,2	18,2	Nej
Dreng	17,4	19,3	Mangler	Nej
Dreng	17,2	16,5	16,7	Nej

* Bmi i enheden kg/m²

* *vægten blev påtalt ved 3 og 4 års undersøgelsen, men ikke ved 5års undersøgelse selvom barnet var steget på BMI kurven siden sidste måling.

Ved ingen af de 11 overvægtige børn var der ved 5års undersøgelsen i journalen registreret at barnet havde forhøjet BMI eller var overvægtigt og der blev ikke planlagt opfølgning i form af for eksempel vægtkontrol. Såfremt der var talt med forældrene og barnet om kost og motion var det ikke registreret i journalen. Ved et barn var vægten påtalt ved både 3 og 4års børneundersøgelsen og der var talt med forældrene om mad og motion. Der var ikke journalført opfølgning på dette ved 5 års undersøgelsen eller planlagt yderligere vægtkontrol selvom barnet var steget yderligere på BMI kurven.

Otte ud af 11 børn (sv.t. 72%) med forhøjet BMI ved 5års børneundersøgelse havde forhøjet BMI ved 4 års undersøgelsen. Fem ud af de 7 børn (sv.t. 71%) hvorfra der er data fra 3 års undersøgelsen, havde allerede her forhøjet BMI. Der mangler data for 5 børn fra 3 års børneundersøgelse.

Diskussion af egne data

Vores studie genfinder tidligere fund, nemlig at forhøjet BMI ikke bliver påtalt ved 5 års børneundersøgelsen samt at 72% af de overvægtige børn allerede havde forhøjet BMI ved 4 års undersøgelsen.

Der er ikke gennemgået notater fra børn med BMI < 90% percentilen og vi ved derfor ikke om der hos disse børn har været talt med kost og vægt. Tidligere undersøgelser har vist at der ikke altid er overensstemmelse mellem de børn lægen vurderer overvægtige og de som har forhøjet BMI^{10,11}.

Vi har heller ikke oplysninger om BMI hos de børn som er udeblevet fra 5 års undersøgelsen. I vores studie drejer det sig om 37 børn (16,4 %). Vores deltagelse procent på 84% ved 5 års børneundersøgelsen ligger

tæt på den deltagelse procent på 80 % som blev fundet Sundhedsstyrelsens evaluering af børneundersøgelse i 2007⁹. Grethe Søndergaard et al. har i et register studie undersøgt, hvilke børn som ikke deltager i børneundersøgelserne og fandt en stigende odds ratio for manglende deltagelse hos børn af forældre uden for arbejdsmarked, med lavt uddannelsesniveau og især ved en kombination af disse. Manglende deltagelse stigende med faldende husstandsindkomst.¹³ Andre undersøgelser af har vist at overvægt har en social slagside, således at der i familier med lavt uddannelsesniveau og indkomst er større risiko for overvægt^{6,15}. En tese kan således være at der blandt de børn som er udeblevet fra 5 års undersøgelsen vil være børn med forhøjet BMI. Er dette tilfælde kan det være en del af forklaringen på at andelen af overvægtige børn i studiet er mindre (5,85%) end forventede 10%⁴. Vi har ikke undersøgt tidligere målte BMI på børn som er udeblevet. Det kunne være interessant at kigge på disse, samt at indkalde børnene og veje og måle dem.

Hos lægerne i Midtbyen anvendes NOVAX lægesystem, i dette er det muligt at se BMI kurver sammen med længde/vægtkurver. Dette er ikke muligt i Emar lægesystem, hvor det kræver en særskilt udregning og indtegning at vurdere børnenes BMI ifølge gældende anbefalinger. I Emar systemet ligger der således en væsentlig teknologisk udfordring i at anvende BMI kurver frem for Else Andersens vækstkurver (højde/vægt – kurver). Dog gør tilgængeligheden af BMI kurver ikke, at det forhøjede BMI italesættes hos de overvægtige børn hos Lægerne i Midtbyen.

Vi har ikke undersøgt hvilken viden lægerne i de to praksis har af om opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn. Vi ved ikke om den manglende intervention skyldes manglende kendskab til anbefaling om anvendelse af BMI kurver, eller om der er barrierer der gør at et forhøjet BMI ikke italesættes overfor forældrene. I et tidligere dansk studie har man interviewet læger og sygeplejersker i praksis angående børn og overvægt. I undersøgelsen blev det påpeget, at det var svært at sige til forældrene at deres barn var overvægtigt. Læger og sygeplejersker var nervøse for at miste forældrenes tillid og at de kunne finde på at skifte læge. Desuden påpegede de at der skulle bruges en del tid og energi, da det var en lang proces og de manglende en konkret evidensbaseret vejledning der ville give resultater¹¹.

Vi finder ikke forskel i andelen af overvægtige børn i de to praksis. Lægerne i Midtbyen er en by praksis. Hedensted Lægehus har blandet patienten sammensætning med såvel velstillende som socialt udsatte familier.

En svaghed i vores undersøgelse er, at vi har vurderet børnene på BMI-kurverne med udgangspunkt i at børnene var 5,0 år ved 5 års undersøgelsen. I praksis kan børnenes alder på tidspunktet varierer således at deres BMI reelt kan tegnes mere specifikt ind på kurverne. Det vil dog ikke give de store forskelle i vores resultater, da det blot er måneder der er til forskel.

Del 2

Der er lavet mange studier omkring børn og overvægt internationalt. Der er desværre ikke lavet mange der omhandler intervention i almen praksis, om det virker og hvad der konkret virker. Vi tager i denne del udgangspunkt i den danske forskning der har været de seneste år.

Holbækmodellen

I Danmark har der særligt været fokus på Holbæk-modellen¹⁴, der er udsprunget fra Enheden for overvægtige børn på børneafdelingen i Holbæk. Enheden blev etableret i 2007 og deres metode er siden blev udbredt til Enheden på Hillerød sygehus og en del kommunale behandlingsenheder.

Metoden bygger på The Children's Obesity Treatment protocol (TCOCT), Holbæk, som bygger på anbefalinger fra The American Academy of Pediatrics, The American Medical Association, og the Centers for Disease Control and Prevention samt cochrane reviews^{15,16}.

Denne model betragter overvægt som en kronisk sygdom, der er kompliceret af en række neuroendokrine hormonsystemer der påvirker et vægttab, hvilket er yderligere vanskeligt gjort af medicinske- samt psykosociale faktorer^{15,16}.

Metoden er udviklet til en hospitals-setting hvor man initelt kun behandlede svært overvægtige børn med BMI > 99 % percentilen, men er senere tilpasset og udrullet i de kommunale tilbud med de mindre overvægtige børn. Aldersgruppen gik fra 3 år og til der var succes.

Metoden består i en familiebaseret intervention, hvor det er hensigten at hele familien deltager på lige fod i programmet. Flere studier har vist at intervention over for hele familien er mere effektivt end intervention blot for barnet. Behandlingen består overordnet i at reducerer kalorieindtaget, øge graden af fysisk aktivitet og ændre tidligere uhensigtsmæssige vaner i familien. I et pædiatrisk regi udelukker man inden opstart at overvægten skyldes en medicinsk lidelse, der i så fald tages hånd om. Medicinsk og kirurgisk behandling af overvægt har ikke plads i behandlingen¹⁴.

I de oprindelige undersøgelser udført af Enheden i Holbæk, udført på børn med BMI > 99 % percentilen, opnåede man en reduktion i BMI ved 68,7 % af deltagerene efter 1 år og 62,5 % efter 2 års behandling. Der var et drop out på 20 % der ikke kom videre end 2. undersøgelse. Samlet set en retentions rate på 75 % efter 2 år. BMI SDS-faldt 0,25 (95%SI 0,16;0,35) ved pigerne og 0,40 (95%SI 0,27;0,52) ved drengene. Drengene tabte sig mere end pigerne. De yngste piger tabte sig mere end de ældre piger. Dropouts var i gennemsnit 1 år ældre. Det gennemsnitlige tidsforbrug pr. barn pr. år var 5,4 timer¹⁵.

Senere blev metoden overført til Hillerød sygehus, på samme målgruppe. I 2010-2013 blev resultater herfra opgjort og BMI fald som det var set på Holbæk sygehus, blev genfundet. BMI SDS-faldt 0,24 (95%SI -0,33;-0,15) ved pigerne og 0,40 (95%SI -0,56;-0,25) ved drengene. Der var her et dropout på 38 % over en 2 årig periode. Det gennemsnitlige tidsforbrug pr. barn pr. år var 4,5 timer. Der var mindre drop out ved de yngste børn men ellers ingen forskel i succes i henhold til alder. Studiet observerede, at der var et større vægttab ved børn, hvor der ikke var overvægt ved begge forældre eller kun en forælder var overvægtig. Piger der boede med begge forældre tabte sig mere, der var ingen forskel ved drengene i relation til dette. Børn hvor

begge forældre var overvægtige iht. BMI havde et højere BMI som udgangspunkt. Der sås et højere BMI ved børn af forældre med lavere socioøkonomisk status¹⁶.

I 2012 blev metoden udrullet til en række kommuner. Der blev lavet en opgørelse efter 1,5 års behandling. Ved denne opgørelse fandtes en BMI reduktion ved 74 % af børnene. BMI SDS-faldt 0,18 (95%SI 0,12;0,25) ved pigerne og 0,38 (95%SI 0,30;0,45) ved drengene. Der var et drop out på 31 % i perioden. Man brugte i gennemsnit 4,5 timer pr. barn pr. år¹⁷.

Der er rapporteret stigning i livskvalitet, ved de børn der har deltaget i en kommunalbaseret intervention bygget på Holbæk-modellen¹⁸.

Interventionen har været ens for alle uanset alder, køn og socioøkonomisk status^{15,16,17}.

Der er således set gode resultater ved ovenstående undersøgelser. Der har dog ikke været en kontrolgruppe i nogen af undersøgelserne og det er således ikke undersøgt om børnene havde tabt sig tilsvarende uden interventionen^{15,16,17}.

I 2015 blev der publiceret et studie om tidlig intervention overfor børneovervægt i almen praksis. 80 overvægtige børn i alderen 5-9 år og deres familier deltog i studiet. Børnene blev allokeret til model 1 eller model 2. I model 1 var der månedlig konsultationer i almen praksis i studiets første år med fokus på livstilsvaner, diæt og fysisk aktivitet. I studiets andet år var konsultationerne hver 2. måned. De praktiserende læger og sygeplejesker fik undervisning i programmet inden opstart. I model 2 blev konsultationer fra model 1 suppleret med 3 undervisningssessioner ved en diætist, en psykolog og en fysioterapeut på hver 3 timer. Efter 2 år fandtes ingen signifikant forskel i ændring af BMI SDS mellem de to grupper. Der fandtes et fald i BMD SDS på 0.20 (95%SI -0.38;-0,01) i model 1 og 0.26 (95%SI -0,44;-0,09) i model 2. Disse fald i SDS viser, at det ved intervention i almen praksis er muligt at reducere BMI hos børn¹⁹.

Kommunale projekter

I mange kommuner findes tilbud til overvægtige børn og deres familier, men der mangler evalueringer af disse. 8 kommuner kører projekter efter Holbækmetoden. Det er endnu for tidligt til, at der er lavet en samlet evaluering, men det tyder på at der er resultater¹⁷. Følgende øvrige projekter for børn og unge er i gang: *Nordlet-projektet* som foregår i 5 nordjyske kommuner, *Trin for trin ned af overvægtstrappen* der foregår i 5 vestjyske kommuner og *Shared care* projektet der afprøves i 8 kommuner i hovedstadsområdet. 14 af landets 19 børneafdelinger tilbyder en eller anden form individuel familiebaseret indsats til børn med svær overvægt. Der er således tilbud i alle regioner. Da der er tale om langvarige forløb er der flere steder lang ventetid. Derudover kan lang transporttid til for eksempel sygehus afdelingerne vanskeliggøre behandlingen for især socialt svage familier. Julemærkehjemmene skaber fine resultater på den korte bane, men børnene har svært ved at fastholde et vægttab når de vender hjem igen²⁰. Holbækmetoden er den eneste sygehusbaseret indsats der er evalueret.

Såvel i det kommunale regi som i sekundærsektoren efterspørges en tværfagligt indsats på tvær af alle sektorer. Det er samarbejdspartnerne opfattelse, at almen praksis mangler i dette samarbejde og de oplever at de tilbud som findes ikke anvendes af de praktiserende læger²¹.

Hvorfor skal vi sætte ind over for børn med overvægt i almen praksis?

- Vi har kendskabet til familien og oftest hele familien i praksis.
- Vi kan sætte ind tidligt fordi vi har familien fra før fødslen og indtil skolealderen i et forebyggende regi.
- Der er en forventning fra forældrene om at det er en opgave vi kan løse^{10,11}.
- Der er et mindre dropout jo mindre børnene er^{15,16}.
- Der er et større fald i BMI jo yngre børnene er¹⁵.
- Der er ved anvendelse af holbækmodellen også set vægttab ved forældrene, så vi kan behandle hele familien²².
- Vi skal have styr på overvægt inden skolealderen hvis vi skal undgå psykiske følger og øvrige følgesygdomme i den videre opvækst^{2,15,23}.
- Overvægt er en sygdom som skal behandles på lige fod med andre sygdomme^{7,15}.

Metode

Der findes ikke nyere anbefalinger til anvendelse i praksis end Sundhedsstyrelsen vejledning fra 2006. Flere studier har vist, at de redskaber som Holbækmodellen anvender giver signifikant reduktion i BMI. Vi har søgt at udvikle en konkret vejledning med de elementer fra TCOCT, som vi finder kan overføres til og anvendes i almen praksis.

Mange tilbud i kommunalt regi bygger på Holbækmodellen og familierne vil således opleve en rød tråd når/hvis de fortsætter over i kommunalt regi efterfølgende.

Målet er at opnå vægtstabilisering.

- Vi har udarbejdet en instruks der indeholder en konkret oversigt over de elementer der skal indgå i de enkelte konsultationer samt kontrolhyppigheden. Instruksen er bygget op omkring opsporing ved 5 års børneundersøgelsen. Kontrol-intervallerne er de samme som i den kommunale udgave af Holbæk-modellen¹⁷. Elementerne i undersøgelserne tager udgangspunkt i den pædiatriske Holbækmodel, men er tilpasset forholdene i almen praksis.
- Vi har lavet et spørgeskema som udleveres i starten af forløbet. Spørgeskemaet indeholder spørgsmål omkring familien og familiens vaner og bygger på Overvægtskemaet der er udviklet af Adipositasudvalget under Dansk pædiatrisk selskab¹⁴.

- Vi har lavet en skabelon, hvori den konkrete plan for patienten skal nedskrives som en kontrakt mellem lægen og familien.
- Vi har lavet en informationsfolder med konkrete kortfattede råd til familien angående kost og fysisk aktivitet. Disse er taget fra Holbækmetodens retningslinjer og suppleret med information og råd fra hjemmesiden www.Enletterebarndom.dk der er lavet af Sundhedsstyrelsen.

Vi anvender BMI kurver, hvor overvægt defineres som BMI over 90 % percentilen og svær overvægt over 99 % percentilen svarende til aldersgruppen, ligesom i vejledningen fra 2006 og Holbækmetoden (se boks 1).

Instruksen angiver hvorvidt konsultationen skal varetages af en læge eller den eventuelt kan varetages af praksispersonale.

Instruks til almen praksis

Se bilag 1,2, 3 og 4

Diskussion

Vores forslag til hvordan en intervention i almen praksis kan se ud og udføres i praksis, er som anført primært funderet på Holbæk metoden. De gode resultater der er lavet på holbækmetoden har den store svaghed i forskningsmæssig sammenhæng, at der ikke har været en kontrolgruppe. Det er derfor uvist, om der ville have været en BMI reduktion og en stigning i børnenes livskvalitet under alle omstændigheder. Internationalt er der lavet en del forskning på området som har vist meget forskellige resultater. Flere studier har vist at en multidisciplinær familiebaseret indsats kan være med til at give og fastholde et vægttab¹⁴.

Vores litteratursøgning mangler reviews. Dette kan skyldes enten at disse artikler endnu ikke er publiceret, eller at vi mangler søgeord/MESH-ord i vores søgning. Søgning kunne have inkluderet andre databaser end Pubmed. Vi har fundet 5 studier, som har undersøgt effekten af intervention på førskolebørn i almen praksis, heraf 1 dansk studie. Det er i flere af artiklerne svært at gennemskue, hvad deres intervention har bygget på af konkrete tiltag. Dertil kommer at de forebyggende tilbud til børn varierer fra land til land og sundhedssystemerne er bygget forskelligt op. Det er en svaghed for vores forslag, at det primært bygger på en dansk metode og ikke underbygges af flere internationale studier. Dette opvejes til dels af at holbækmetoden bygger på anbefalinger fra The American Academy of Pediatrics, The American Medical Association, og the Centers for Disease Control and Prevention samt flere cochrane reviews¹⁴.

Gennemgående for alle studiedesigns og interventioner hvor der observeres vægttab er, at det ikke er store BMI reduktioner man ser. Fokuserer vi på førskolebørnene, må det vigtigste må dog være, at der sættes ind tidligt i deres liv således at gode livsstilsvaner kan implementeres inden dårlige skabes.

Vores instruks er bygget på DPSK guidelines¹⁴, men tilpasset et almen praksis setup. Det betyder at vi har undladt en del af de mere specialiserede somatiske undersøgelser. Vi laver en screening som anbefalet af DPSK og Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2006. Er der ud fra denne mistanke om medicinsk årsag til barnets overvægt eller er barnet svært overvægtigt med BMI > 99 % percentilen, skal barnet henvises til videre behandling i pædiatrisk regi. Den praktiserende læge har allerede mange anamnesticke oplysninger i om graviditet, amning/flaskeernæring og familiære dispositioner, hvorfor en del spørgsmål er undladt i det spørgeskema som indgår i vores instruks.

Vi tager udgangspunkt i 5 års børneundersøgelsen. Dette er den sidste forebyggende undersøgelse i almen praksis inden børnene overgår til den kommunale sundhedspleje. Instruksen vil kunne anvendes til både yngre og ældre børn med vægtproblemer som ønsker forløb hos deres praktiserende læge. Det kan diskuteres om praktiserende læger ud over de forebyggende børneundersøgelser, skal påtale eventuel overvægt ved konsultationer hvor barnet kommer med f.eks. bevægeapparatsklager, mavesmerter og hovedpine. Desuden kan det være relevant at spørge til børns vægtstatus, hvis forældrene er overvægtige eller har type II diabetes.

Praktiserende læger har i flere studier givet udtryk for, at de manglende kompetencer på området. I studie udført af Andersen et al. fik lægerne en instruktion til samtalen med forældre samt til behandlingsforløbet. Lægerne følte sig herefter bedre klædt på til opgaven¹¹. I vores studie fandt vi 11 børn ud af 188 børn der var overvægtige. Det er således få børn den enkelte læge kommer til at behandle om året og der kan derfor være en udfordringen i, at få erfaring og rutine. Det kan derfor overvejes om opgaven skal ligge på få hænder i den enkelte praksis. Vægtkontroller kan foretages af praksispersonale, men den indledende vurdering og undersøgelse af børn med forhøjet BMI skal foregå hos en læge. Lægen skal her vurdere om der kan være medicinsk sygdom som årsag til overvægten.

De læger der har deltaget i de danske undersøgelser var primært yngre kvindelige speciallæger i almen medicin og deltageprocenten var kun på 17 % ud af de inviterede læger¹¹. Det er nærliggende at tænke, at disse læger har haft en interesse for området. Netop en interesse i området er vigtig, da det ikke er et område med hurtige resultater, men en langsommelig proces. Såfremt den enkelte læge erkender, at det ikke er et område han/hun mestre, vil det være mere hensigtsmæssigt at henvise barnet til de kommunale tilbud i stedet. Dette kan også være relevant ved familieforhold, som kræver en tværfaglig kommunalindsats.

Tendensen aktuelt er, at overvægt hos børn skal anses som en kronisk sygdom^{7,15}. Dette er et skifte fra den tidligere opfattelse, hvor behandling af børn med overvægt var en forebyggende indsats. Det er vores opfattelse at dette paradigmeskift endnu ikke er implementeret i almen praksis. Hvis overvægt er en kronisk sygdom og forældrene ikke medgår aktivt til behandling af denne, er det så omsorgssvigt? Ville vi accepterer, hvis forældre undlod at behandle deres barn med diabetes og ville praktiserende læger undlade at behandle et barn med diabetes?

Vores instruks er tilpasset til en klinisk hverdag i almen praksis. Instruksen er endnu ikke testet i den kliniske hverdag. Der bør derfor laves en evaluering samt evt. tilretning af instruksen efter en forsøgsperiode. Tidsforbrug er en udfordring i almen praksis. Følges instruksen i den nuværende form er tidsforbruget ca. 2 timer pr barn pr år.

Konklusion

Der er stigende overvægt i verden og en stigende overvægt blandt børn helt ned i førskolealderen i Danmark. Angriber vi ikke overvægtsproblematikken tidligt tager børnene overvægten med videre i livet^{15,23}. Dette medfører en række psykosociale og somatiske komplikationer med negative konsekvenser for den enkelte men også for samfundet²⁰.

Vi er gode til at trække børnene til de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis, men fortsat dårlige til at behandle overvægt i almen praksis. Dette underbygges i vores datastudie.

Vi håber at vi med vores instruks kan være med til at gøre behandlingen i almen praksis mere håndgribelig så praktiserende læger vil påtage sig opgaven.

Der er fortsat behov for mere forskning på området, samt en evaluering af om ovennævnte instruks fungerer i den praktiske hverdag og giver resultater. Evidensen for hvad der virker er fortsat svag og omdiskuteret. Det er et område, hvor det er svært at skabe evidens blandt andet pga. et stort frafald i forløbene.

Vi har valgt at bygge vores vejledning op omkring Holbækmetoden, da den har nogle håndgribelige elementer der allerede er implementeret i mange kommuner på nuværende tidspunkt. Det giver derfor god mening, at der skabes en rød tråd fra almen praksis til kommunalt regi og sekundærsektoren som efterspurgt i Kora-rapporten; Indsatser til børn og unge med overvægt fra 2016²¹.

Vi kender familien, vi har dem fra starten og de kommer til os til de forebyggende børneundersøgelser. Det er vores opgave at finde dem, vores opgave at italesætte problematikken og vores opgave at finde et tilbud til dem enten i eget regi, kommunalt regi eller i sekundærsektoren.

Litteraturliste

¹ www.who.int/factascheeds

² Julie Tonsgaard Kloppenborg, Jens Christian Holm. Svær overvægt hos børn og unge, ugeskrift for læger, 2016;178:v06160432.

³ Folkesundhedsrapport, udgivet af institut for Folkesundhed, 2007.

⁴ Monitorering af vækst hos 0-5årige børn, udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2015.

⁵ Den nationale handleplan mod svær overvægt, udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2003.

⁶ Opsporing og behandling af overvægt hos før skolebørn, vejledning udgivet af DSAM og Sundhedsstyrelsen, 2006

⁷ www.institutforFolkesundhed.dk. emne: overvægt og fedme

⁸ T.J Cole and T-Lobstein, Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity, *Pediatric Obesity*. 2012 Aug;7(4):284-94.

⁹ Kortlægning og evaluering af sundhedsordninger for børn og unge, udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2005.

¹⁰ Evaluering af børneundersøgelser i almen praksis, udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2007.

¹¹ Merethe Kousgaard Andersen, Bo Christensen and Jens Søndergaard. Care for overweight children attending the 5-year preventive child health examination in general practice, *Family Practice* 2013, 30:48-50.

¹² Anne-sofie mols, Dorthe Deding og Rikke Kristoffersen, Bruger vi børneundersøgelserne til at finde de overvægtige børn, og udføres der intervention? *Speam opgave*, 2013

¹³ Gerthe Søndergaard, Sofie Bjerring-Sørensen, Susan Ishøy Michelsen, Ole Schnor and Anne-Marie Nybo Andersen Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: a register-based study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2008; 26(1): 5-11.

¹⁴ A Johansen, J-C. Holm, M Kjærsgaard, L M Larsen et al. Danish clinical guidelines for examination and treatment of overweight and obese children and adolescents in a pediatric setting. *Danish medical journal* 2015;62(5):c5024

¹⁵ J-C. Holm, M Gamborg, D S Bille, H N Grønbaek L C Ward et al. Chronic care treatment of obese children and adolescents. *Pediatr Obes* 2011 Aug;6(3-4).

¹⁶ S W Most, B Højgaard, G Teilmann, J Andersen, M Valentiner et al, Adoption of the children's obesity clinic's treatment (TCOCT) protocol into another Danish pediatric obesity treatment clinic, *BMC pediatric* 2015; 15:13.

¹⁷ Møllerup PM, Gamborg M, Trier C, Bøjsøe C, Nielsen TR, Baker JL, Holm JC. A hospital-based child and adolescent overweight and obesity treatment protocol transferred into a community healthcare setting, *PLoS One*. 2017;12(3):e0173033

¹⁸ P M Møllerup, T R. H. Nielsen, C Bøjsøes, J T Kloppenborg, J L. Baker et al. Quality of life improves in children and adolescents during a community-based overweight and obesity treatment. *Qual Life Res* 2017 Feb 17. doi: 10.1007/s11136-017-1504-x.

-
- ¹⁹ L M Larsen, N T Hertel, C Mølgaard, R D Christensen, S Husby Ang et al. Early intervention for childhood overweight: A randomized trial in general practice, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2015 Jul; 33(3): 184-190
- ²⁰ L Kierkegaard, J Ammitzbøll, S G Lauemøller, K A Nielsen and P Due. Kortlægning af livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt i regioner og kommuner. Statens institut for Folkesundhed 2017.
- ²¹ Marie Brandhøj Wiuff og Betinna Højgaard; Indsatser til børn og unge med overvægt, KORA 2016
- ²² Trier C, Dahl M, Stjerneholm T, Nielsen TR, Bøjsøe C et al. Effect of a Family-based Childhood Obesity Treatment Program on Parental Weight Status. *PloS One*. Aug25;11
- ²³ Helle N. Grønæk, Jens Christian Holm. Psykologiske konsekvenser af svær overvægt hos teenagere. *Ugeskrift for læger* 20.juni 2011.

INSTRUKS: BEHANDLING AF OVERVÆGT HOS BØRN

Diagnosekode: T83, T82,T07

FORMÅL:

Vægtstabilisering og derved BMI reducere ved førskolebørn i almen praksis

DEFINITION:

BMI > 90% percentilen ved 5 års børneundersøgelsen. Piger > 17,2kg/m² og Drenge > 17,1kg/m²

1.KONSULTATION: 5 ÅRS BØRNEUNDERSØGELSE, YDELSE 8217

- Formål: At identificere børn med forhøjet BMI
- Indhold:
 - Udregning af BMI. Ved alle børn som ligger over 90%percentilen skal der aftales en ny tid til en forebyggelses konsultation inden for 1 måned
 - Der udleveres spørgeskema, som medbringes udfyldt til forebyggelses konsultation
- [se bilag](#)

2.KONSULTATION: FOREBYGGELSE KONSULTATION, YDELSE 0120

- Formål: Risikovurdering og udarbejdelse af plan
- Form: 30 minutter ved læge
- Indhold:
 - Optegne BMI-kurve + gennemgå spørgeskema
 - Henvise til pædiater ved børn som opfylder et af nedenstående kriterier:
 - Dyskrine træk
 - Højde under gennemsnit
 - Psykomotiske udviklingsforsinkelse
 - Pludselig vægtstigning
 - Overspisning / konstant søgen efter mad / aparte spiseadfærd
 - BMI>99%percentil
 - Piger > 19,2kg/m²
 - drenge > 18,6 kg/m²
 - Udarbejdelse og udlevering af plan samt informations folder [-se bilag](#)
 - Overvej henvisning til kommunalt tilbud ved komplicerede familieforhold/behov for tværfaglig kommunal indsats
 - Aftal ny tid inden for 6-8 uger

VEND

3. KONSULTATION: VÆGTKONTROL, YDELSE 0101

- Formål: Vægtkontrol
- Form: 15 minutter ved læge / sygeplejeske
- Indhold:
 - Mål højde + vægt, udregn BMI og indsæt på BMI kurve
 - Opfølgning på udleveret punkt plan og tilpasning af plan
 - Aftale ny tid inden for 6-8 uger

4.KONSULTATION: STATUS INDEN SKOLESTART, YDELSE 0101

- Formål: Evaluering af forløb
- Form: 15 minutter ved læge
- Indhold:
 - Mål højde + vægt, udregn BMI og indsæt på BMI kurve
 - Stillingtagen til om barnet forsat skal følges i praksis eller overgå til kontrol ved sundhedsplejeske
 - Overleverig til sundhedsplejeske
 - Korrespondance (ydelse 3201)

KOMMUNALETILBUD

Der er i Region Midt 18 tilbud til familier, børn og unge med overvægt. Nogle kræver henvisning andre ikke. Man finder et overblik over dem alle på sundhed.dk

INSPIRATION: WWW.ENLETTEREBARNDOM.DK

Baggrunds oplysninger

Mor: højde:_____cm vægt:_____kg BMI:
Far: højde:_____cm vægt:_____kg BMI:

Søskende:

Bor hos: mor og far:_____ mor_____ far_____

Kost, de sidste to dage

Morgenmad:

Formiddag:

Frokost:

Eftermiddagsmad/snack:

Aftensmad:

Før sengetid:

Kosten generelt

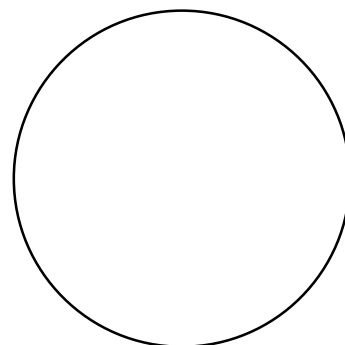
Grønsager: nej_____ ja_____ antal gange pr. uge:_____

Frugt: antal pr dag:_____

Antal portioner til aftensmaden:_____

Fastfood:_____pr.mdr slik/is:_____pr.uge

Tegn mængden af kød, pasta/ris/kartofler og grønt:



Drikkevarer:

Sodavand, juice, saftevand og kakao: _____ glas pr. uge

Mælk, glas pr dag: _____ skummet: ____ mini: ____ let: ____ sød: ____

Fysisk aktivitet

Sportsgren: _____ timer pr uge

Andet (trampolin, leg, løb og cykle/gå til børnehave): _____ timer/uge

Skærmtid: timer pr dag: _____ før kl 17: _____

Søvn

Sengetid til hverdag: _____ Op til hverdag: _____

Medicin: Ja ____ nej ____ hvilken: _____

Udfyldes af barn:

Hvordan har du det for det meste derhjemme: **sæt X**

Meget glad

glad

midt i mellem

ikke glad



Vidste du:

At mange overvægtige børn har det svært socialt.

Faktisk fortæller de selv, at det største problem ved deres overvægt er, at de er ekstra udsatte for drilleri og mobning.

At problemer med overvægt i barndommen ofte forsætter ind i voksen livet.

Faktisk bliver

70%

af de overvægtige børn overvægtige som voksen.

At undersøgelser har vist, at forældre til overvægtige børn i større grad har tendens til at tilskrive børns overvægt "hvalpefedt" og forvente, at overvægten forsvinder af sig selv som børnene vokser.

At den nyeste forskning om overvægt hos børn viser, at livsstilsforandringer hos

hele familien

er den bedste måde at sikre varligt vægttab hos børn.

ANBEFALINGER TIL VÆGTSTABILISERING



Hvert 5. barn i Danmark er overvægtigt.
Tag ansvar for dit barns vægt og giv dit barn sunde vaner for livet.

Find mere information på:
www.enletterebarndom.dk

Kostråd

Generelle råd:

- Brød og pasta bør altid være fuldkornsvarianter. Hvidt brød bør undgås.
- Ingen smør eller dressing på brødet.
- Pålæg med maks. 6 % fedt.
- Indtagelsen af fibre i gram pr. dag skal minimum udgøre alder + 5.
- Grøntsager/salater bør indtages i store mængder.
- Maksimalt 2 stykker frugt om dagen.
- Væskeindtagelsen bør bestå af vand og ½ l skummetmælk om dagen.
- Ingen læskedrikke.
- 4-6 måltider pr dag
- Morgenmad er obilatorisk
- Aftensmåltid serveres efter T-modellen, måltidet kan startes med at barnet drikker et stort glas vand. En enkelt portion er at fortrække. Efter indtagelse af 1. Portion skal barnet vente mindst 20 minutter før 2. portion:



Andre råd:

- Fast food maks. en gang om måneden.
- Slik og andre søde sager maks. en gang om ugen og i meget begrænsede mængder.
- Spis ikke foran tv/pcC/PlayStation o.l.

Aktivitet og motion

- Maksimalt 2 timers skærmtid (tv, pc, mobiltelefon osv.)
- Skærmtid først efter kl. 17.
- Mindst én times daglig motion.
- Holdsportsaktiviteter bør tilskyndes.

Søvn

- Ingen skærmtid efter sengetid.
- Børn på 4-6 år har forsat et søvnbehov på mellem 10-12 timer og bør derfor ligges i seng mellem kl 19-20.

PLAN



Kost

- 1
- 2



Motion

- 1
- 2



Skærmtid

- 1
- 2