

Bruger vi børneundersøgelserne til at finde de overvægtige børn, og udføres der intervention?



Anne-Sofie Jans Hagen Mols

Dorthe Deding

Rikke Kristoffersen

Forskningstræning

Almen Medicin - Aarhus Universitet

Juni 2013

Vejleder: Merethe Kousgaard Andersen

INTRODUKTION

Overvægt er et helbredsproblem for både børn og voksne globalt. Overvægt udgør en helbredstrussel, da det kan forårsage såvel fysiske som psykiske komplikationer hos det enkelte individ. Således kan det have store omkostninger for den enkelte og for samfundet(1,3).

I Danmark findes ingen central registrering af vægt og højdemålinger foretaget hos læger eller sundhedsplejen. Flere danske undersøgelser, alle lavet inden for de sidste ti år, viser, at prævalensen af overvægt blandt børn i fem til otte års alderen er mellem 13 % og 21 % (3,4,5). I en stor københavnsk undersøgelse fremgår det, at antallet af overvægtige børn i perioden fra 1947 til 2003 har været stigende (3).

Udvikling af overvægt hos langt de fleste børn og unge er forårsaget af en positiv energibalance, her ved menes, at der indtages mere energi end der forbruges. Kun hos en ganske lille gruppe, mellem 1-2 % af alle overvægtige børn, skyldes det genetiske syndromer, hvor overvægt er forekommende. Heri blandt skal nævnes Prader Willi, Down syndrom, Duchennes muskeldystrofi, Bardet-Biedls syndrom og Fragilt X syndrom (1,2). Det er vigtigt at identificere de få, der har en tilgrundliggende sygdom, derfor bør man ved børneundersøgelserne være særlig opmærksom på lille højde, dyskrine træk, forsinket psykomotorisk udvikling og pludselig vægtstigning ved børn. Andre tilstande, der ligeledes kan forårsage overvægt, er endokrine forstyrrelse som cushing, hypothyroidisme og hyperadrenocortisme og børn i medicinsk behandling med f.eks. epilepsimedicin og glucocorticoider (1,2).

Der er endnu ikke vist en klar mendelsk arvegang i overvægt, men arvegangen synes at være fordelt på mange gener. Den såkaldte evolutionsteori beskriver, at de personer, der genetisk var bedst til at udnytte energien i føden og egnet til at opbygge fedtdepoter, er de gener, der har overlevet. Det moderne liv, med let tilgang til fødevarer og mangel på fysisk aktivitet fører til "for god energiøkonomi" og kan virke fedmefremkaldende (13).

Overvægt hos børn medfører øget risiko for fedme i voksenalderen (1,17). Svær overvægt allerede i barndommen kan have fysiske konsekvenser og er forbundet med øget risiko for komplikationer fra forskellige organsystemer (1,17). Ligesom hos voksne er overvægt en risikomarkør for hjertekarsygdomme, som hypertension og dyslipidæmi. Type 2-diabetes, hvor hyperinsulimæmi er et tidligt tegn ses også, men specielt hos børn med familiær disposition. I de seneste år er der registreret børn med leverpåvirkning og begyndende fedtlever og dermed øget risiko for senere cirroseudvikling. Andre fedmerelaterede komplikationer er gener fra bevægeapparatet, tidlig menarche og blødningsforstyrrelser hos piger (1,17).

Udover fysiske komplikationer kan overvægt have store psykosociale konsekvenser der kan føre til isolering, nedsat livskvalitet, mobning og drillerier og negativ kropsopfattelse (16). Derudover ses der en stigmatisering af overvægtige i samfundet (16).

Body mass index (BMI), korrigeret for alder og køn bør anvendes ved børn til definition af overvægt. DSAM definerer overvægt med BMI over 90 % percentilen. BMI anvender den totale kropsvægt og tager ikke hensyn til andelen af fedt- og muskelvæv eller hensyn til fedtfordelingen på kroppen.

Undersøgelser viser at, hvis BMI begynder, at krydse percentiler opad før fem års alderen, er der en øget risiko for senere fedme (1).

Flere undersøgelser tyder på, at man i almen praksis har svært ved at opspore de overvægtige børn. Disse har vist, at alment praktiserende læger har barrierer såvel i forhold til at opspore overvægt ved ikke konsekvent at udregne BMI, som i forhold til intervention imod overvægten, blandt andet i frygten for forældres reaktion (7). Et Australsk studie viste, at intervention ved kontrolvejning og motiverende samtaler i Almen praksis, ikke fører til signifikante vægttab(8).

I Danmark tilbydes alle børn op til fem år regelmæssige børneundersøgelser ved speciallæge i almen medicin. 83 % af alle børn deltager ved fem års alderen (12). I 2006 udgav DSAM vejledning ”Opsporing af overvægt og Fedme hos før skolebørn”. De tidligere omtalte danske undersøgelser viser dog, at der fortsat er mange overvægtige børn ved skolestart. Formålet med vores forskningsopgave er at undersøge om man i almen praksis bruger de rutinemæssige børneundersøgelser til at finde de overvægtige børn, og om der foregår en intervention.

Vi vil desuden gerne undersøge om børn, der er overvægtige ved fem års børneundersøgelsen, allerede var overvægtige ved tre års børneundersøgelsen. Da det vil være hensigtsmæssigt, så tidligt som muligt at opspore stigning i vækstkurven hos barnet, så intervention kan iværksættes før overvægten udvikles.

MATERIALE OG METODE

Der er indsamlet data fra tre lægehuse i henholdsvis Horsens, Juelsminde og Brædstrup. Disse repræsenterer tilsammen 12 ydernumre og har i alt 20.079 tilmeldte patienter.

I de respektive patientjournaler MedWin og XMO søgte vi på alle børn fra årgang 2007. Børn fra 2007 blev registreret med CPR nummer. Hos de børn, hvor der var lavet fem års børneundersøgelse, blev der noteret køn, højde, vægt og beregnet BMI. Hos børn med BMI over 90 % percentilen, blev BMI ligeledes anført ved to, tre og fire års undersøgelsen med henblik på, at identificere eventuel overvægt ved tidligere børneundersøgelser.

Vi registrerede om, der ved fem års børneundersøgelsen var lavet et notat i journalen, der omhandlede BMI eller overvægt hos de børn, der havde BMI over 90 % percentilen. Ligeledes blev registreret, 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. Vi tager i dette studie ikke stilling til interventions form og kvalitet.

Til registrering ved fem års undersøgelsen blev Dansk Pædiatrisk Selskabs grænser for BMI anvendt:

Tabel 1

BMI (kg/m ²)	Piger (kg)	Drenge (kg)	Percentil (%)
Overvægt	17,3	17,1	90%
Svær Overvægt	18,3	17,9	97%
Fedme	19,2	18,6	99%

Data blev opbevaret og analyseret i EXCEL

Tabel 2

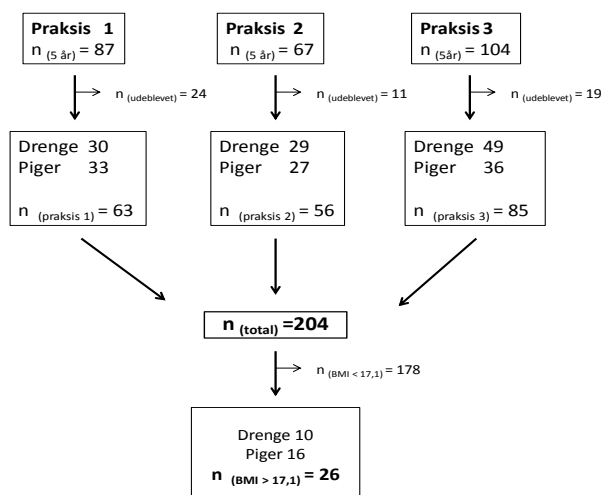
CPR	Køn	Højde (5 år)	Vægt (5 år)	BMI (5år)	BMI (4år)	BMI (3år)	BMI (2år)	Intervention	Journalnotat
-----	-----	-----------------	----------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Designet er et beskrivende studie, hvor data vil blive behandlet deskriptivt. Selektion af populationsgruppen vil blive illustreret ved et flowchart. Der vil i diagrammet blive taget hensyn til kønsfordelingen. Derudover vil kønsfordelingen blive illustreret ved cirkeldiagrammer. Kønsfordelingen vil blive angivet i forhold til baggrundspopulationen og overvægt. Relevante prævalensberegninger vil blive angivet.

Databehandlingen blev foretaget i Excel. BMI værdierne blev afrundet nedad til nærmeste hele tal for at optimere den grafiske fremstilling. Fordelingen af antallet af børn i forhold til BMI illustreres ved søjlediagrammer. Variationen mellem de tre praksis illustreres ligeledes ved et søjlediagram. Endelig fokuseres der på, om praktiserende læger, som faggruppe, er opmærksomme på at notere overvægt i journalen samt iværksætte intervention. For en sub-population ses der på udviklingen af overvægt i forhold til alder, så vi kan angive et estimat for på hvilket alderstrin, at man skal være opmærksomme på udvikling af overvægt.

RESULTATER

I de tre lægehuse blev der registreret 258 børn i årgang 2007, svarende til 1,3 % af patientgrundlaget. Af de 258 børn havde 54 børn ikke fået foretaget fem års børneundersøgelse, mens de resterende 204 børn var undersøgt og registeret med fyldestgørende data. 26 børn havde en BMI over 90 % percentilen (figur 1).



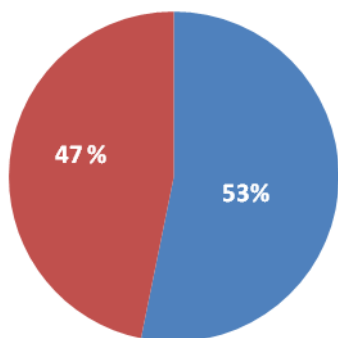
Figur 1: Flowdiagrammet viser selektionen af vores population.

Af de overvægtige ($n = 26$) er kønsfordelingen 16 piger og 10 drenge.

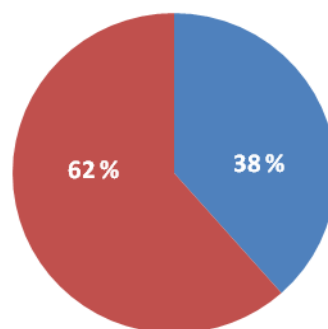
Blandt de 204 børn fandt vi at 9,3 % var overvægtige, 2 % var svært overvægtige og 1,5 % var fede, altså en samlet prævalens på 12,8 %

Blandt de 204 børn der havde fået foretaget børneundersøgelse var henholdsvis 47 % piger og 53 % drenge. Kønsfordelingen blandt de overvægtige børn var 62 % piger og 38 % drenge (figur 2). Prævalensen af overvægt blandt piger var 16,6 % og blandt drenge 9,3 %.

Kønsfordelingen for alle

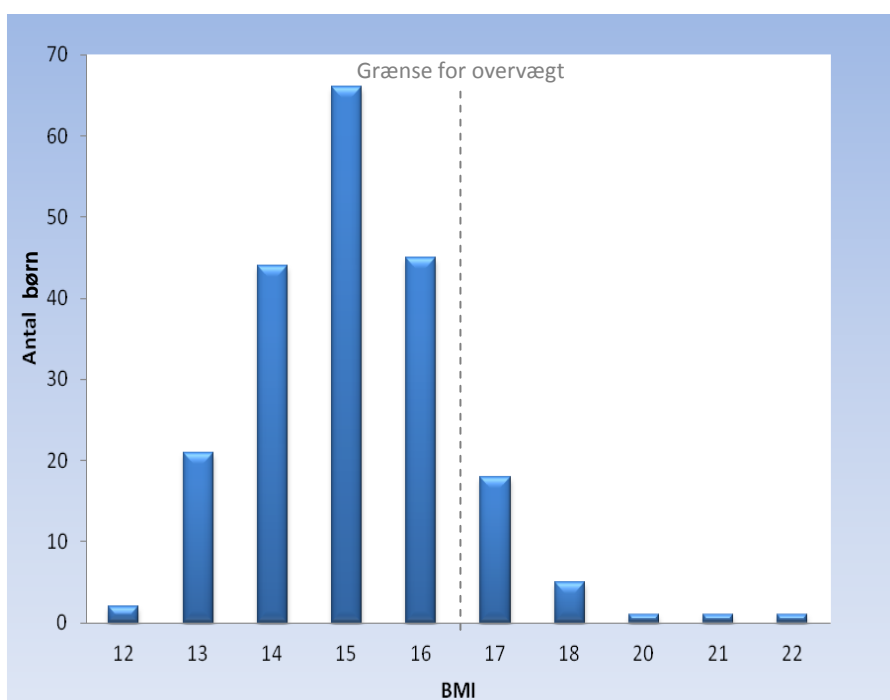


Kønsfordelingen ved BMI > 17



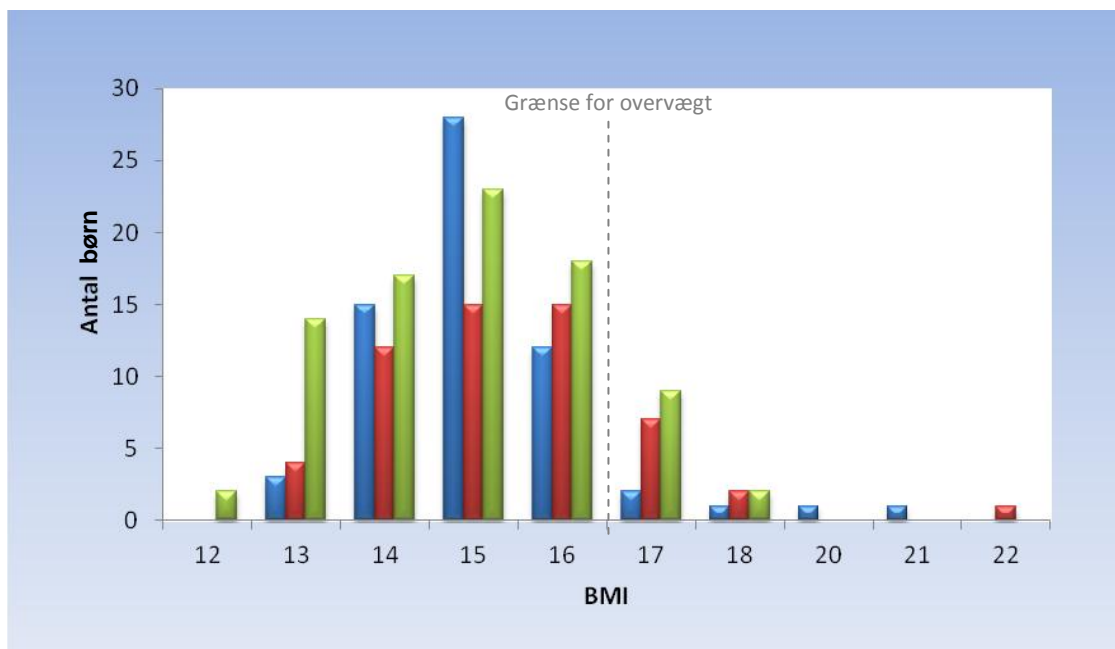
Figur 2: Kønsfordelingen venstre: i forhold til den totale population (n = 204). Højre: i forhold til de overvægtige (n=26)

Når man kigger på hele gruppen af børn i undersøgelsen, som har fået foretaget børneundersøgelse ligger de fleste med et BMI omkring 15. Kurven er meget tæt på at være normal fordelt, dog med en hale mod højere BMI (figur3).



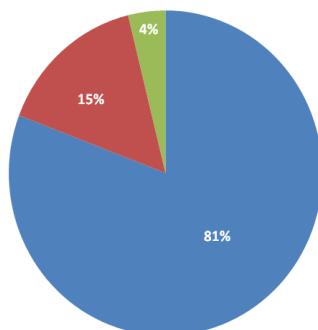
Figur 3: Fordelingen af 5-årige i forhold til deres BMI. Figuren illustrerer en normal fordeling med en gennemsnit omkring BMI = 15, dog med en "hale" mod de overvægtige.

Som det fremgår i figur 4. Er der individuelle forskelle imellem de tre praksis. Der ses stort set normalt fordelte kurver for de tre praksis individuelt, men det bemærkes at de svært overvægtige børn alle kommer fra landpraksis.



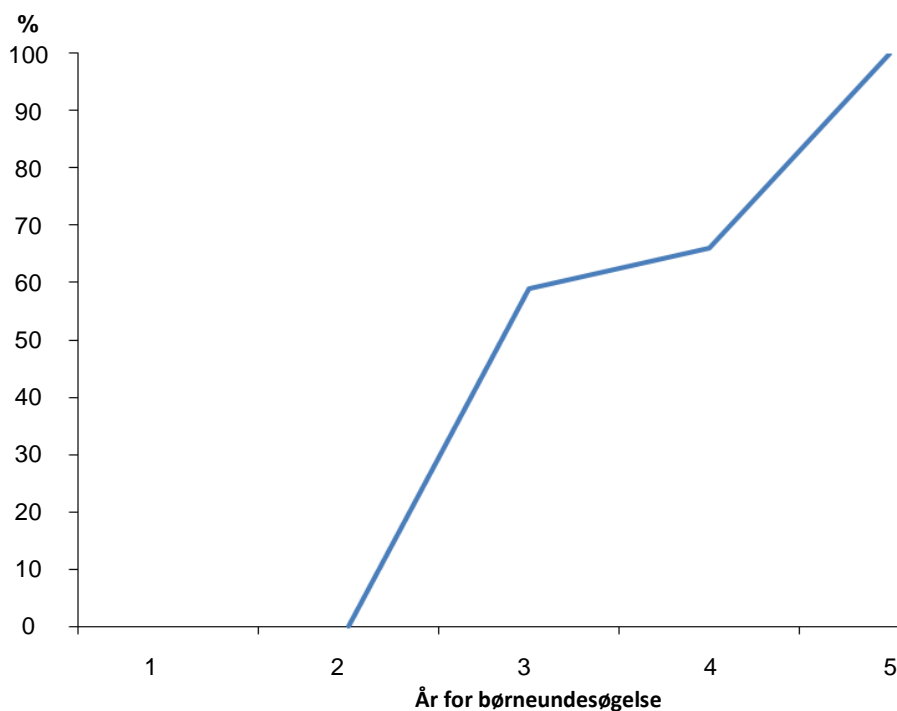
Figur 4: Antallet af børn (n = 204) fordelt i forhold til BMI underinddelt efter praksistilhørsforhold. Blå = Praksis 1 (Praksis er beliggende i landzone). Rød = Praksis 2 (Praksis er beliggende i landzone). Grøn = Praksis 3 (Praksis er beliggende i byzone)

Hos de 26 børn med BMI over 90 percentilen blev der hos 81 % (n=21) ikke registreret et journalnotat, der omhandlede overvægt eller intervention. Hos 15 % (n=4) blev der registreret journalnotat angående overvægten, men ingen form for intervention. Kun i 4 % (n=1) blev der registreret både journalnotat og intervention i forhold til barnets overvægt (figur 5).



Figur 5: Cirkeldiagrammet viser fordelingen af de overvægtige børn (n = 26) i forhold til outcome (foretog vi os noget). Blå = Ingen handling (n=21). Rød = Notat skrevet i journalen (n=4). Grøn = Journalnotat skrevet & intervention foretaget (n=1)

I Figur 6 er der lavet retrospektiv BMI registrering hos de overvægtige børn ved fem års undersøgelsen (n=26). Her ses at ingen havde udviklet overvægt i to års alderen. Mens der ved tre og fire års undersøgelsen var henholdsvis 60 % og 59 % af børnene, der havde udviklet overvægt. Der skal dog gøres opmærksom på, at der manglede oplysninger fra knapt halvdelen af de overvægtige børn (n=11).



Figur 6: Retrospektiv BMI stigning hos de børn, der ved 5 års børneundersøgelsen havde et BMI > 90-percentilen. Kun for 15 børn af de 26, som vi fandt overvægtige ved 5 års undersøgelsen havde vi kontinuerlig data på.

DISKUSSION

Vores dataanalyse bekræfter prævalensen af overvægtige fra tidligere danske undersøgelser, som dog først er foretaget i indskolingen (3,4). Vores studie antyder, at det er muligt at identificere de overvægtige børn ved fem års børneundersøgelsen hos de praktiserende læger, altså et til to år før indskolingen.

Vi kan konstatere, at tendensen i denne undersøgelse, som i tidligere undersøgelser viser, at man i almen praksis ikke er tilstrækkelige opmærksomme på opsporing af overvægt ved børneundersøgelserne, og at der sjældent iværksættes intervention (10).

Vores studie viser, at flertallet af børnene med forhøjet BMI ved fem års undersøgelsen også havde forhøjet BMI ved tre års undersøgelsen (5). Dette antyder, at det er muligt allerede ved tre års børneundersøgelsen at forudsige, hvilke børns vægtudvikling, man skal være særligt opmærksomme på (5).

Kønsfordelingen viser, ligesom i tidligere undersøgelser(3-4), at piger er i større risiko for at blive overvægtige end drenge (figur 4). Desuden ses en tendens til, at de mest overvægtige børn kommer fra de mindre urbaniserede områder, hvilket også er vist i studiet af Kølby et al. (4). Dette forklarer Kølby med, at dem der bor i landzonerne er fra lavere sociale lag.

Styrker ved dette studie er, at vi har haft adgang til datamateriale på børn fra en årgang fra tre mellemstore praksis fordelt på både land og by. Opgørelsen er baseret på retrospektivt materiale, således at ingen af lægerne på undersøgelsestidspunktet var bekendt med, at de målte værdier ville danne grundlag for dette studie. Det gør studiet blindet, lægernes barriere for opsporing af overvægt har ikke kunnet påvirke studiet.

Andelen af femårige, der møder op til børneundersøgelsen, synes at være høj, hvilket formentlig hænger sammen med, at der ved denne undersøgelse samtidig foretages vaccination. Det er også den sidste undersøgelse inden børneundersøgelserne overgår til sundhedsplejersken. Vi har erfaring med, at forældrene på dette tidspunkt er meget opmærksomme på deres børns syn og hørelse, idet undersøgelsen ligger forud for skolestart.

Endnu en styrke er datakvaliteten, idet der hos alle de inkluderede i alle tilfælde var noteret højde og vægt. En svaghed ved studiet er at der er brugt forskellige vægte, hvilket kan give misklassifikation. Der er heller ikke taget højde for, om børnene havde tøj og sko på ved vejningen.

Der er ved udregning af BMI ikke korrigeret for nøjagtig alder, hvilket kan forskyde resultaterne.

Populationsstørrelsen er lille, set i forhold til det samlede antal femårige i Danmark, hvilket selvfølgelig gør validiteten af studiet svagere. Derudover er der heller ikke korrigeret for social status, etnisk herkomst og komorbiditet, hvilket muligvis kan have betydning for ekstrapolering af data (3). Da vi kan have en formodning om, at der i disse børnegrupper kunne være en ophobning af overvægtige.

Vi har inkluderet 79 % af børneårgang 2007, der var tilmeldt praksis. Inklusionskriteriet var fremmøde til fem års børneundersøgelsen. Vi har ikke haft mulighed for at følge op på de udeblivende børn. Man kan formode, at der blandt de udeblevne kan være flere overvægtige børn, idet der i denne gruppe er flere fra socialt dårligere stillede familier (3). Det at have et overvægtigt barn kan formentlig også være en barriere for at komme til børneundersøgelsen i sig selv (10).

Prævalensen af overvægtige femårige samlet er i vores studie 12,8 %, hvilket er vist i tilsvarende studier (3,4,5). Vores formodning om, at man i almen praksis ofte overser overvægtige børn bliver bekræftet. Der registreres højde og vægt, men disse målinger bruges ikke til vurdering af børnenes eventuelle overvægt, da der ikke er registreret BMI udregning i journalnotatet eller foretages intervention i forhold til overvægten. Hos 81 % af de overvægtige børn er overvægten ikke noteret, til trods for at der foretaget måling af højde og vægt (Figur 5). BMI tager ikke højde for fedtfri masse og fedtfordelingen, da det kan have haft en betydning for om lægerne vurderede, at barnet var overvægtigt eller ej. Vi finder det bemærkelsesværdigt, at der kun hos et overvægtigt barn ud af 26 børn er foretaget intervention (figur 5).

Vores studie viser, at hhv. 60 % og 66 % af de femårige overvægtige børn allerede havde BMI over 90 % percentilen ved hhv. tre års og fire års undersøgelsen. Vores studie antyder således, at man i almen praksis skal være meget opmærksom på BMI stigningen ved treårs undersøgelsen. Ingen børn var overvægtige ved to års undersøgelsen. Et tilsvarende studie fra Ålborg blandt treårige, fandt samme prævalens som i vores

studie (6). Det kunne være interessant, at lave en undersøgelse, der belyser vægtudviklingen af hele den treårige børnegruppe frem til fem års børneundersøgelsen.

Der foreligger sparsom evidens for effekten af intervention mod overvægt hos børn. Viden om vægttabets betydning for barnets udvikling og sundhed er ligeledes ringe belyst. En mere omfattende monitorering af overvægt og fedme hos børn, vil muligvis være med til at synliggøre vigtigheden af og mulig effekt af de tiltag, der foretages ved børneundersøgelserne.

Vores studie kan danne basis for yderligere undersøgelser. Vi finder det interessant at sammenligne de overvægtige børn ved fem års børneundersøgelsen med de overvægtige børn ved udskolingen. Altså, er det de samme børn, der forbliver overvægtige? Vi bør overveje grundigt, om det er hensigtsmæssigt at afslutte de overvægtige børn i almen praksis ved femårsbørneundersøgelsen, da mange undersøgelser viser, at udviklingen stiger yderligere i skolealderen (3,4).

Hvordan kan vi ved børneundersøgelserne have mere fokus på de overvægtige? Som beskrevet i tidligere undersøgelser, kan der være mange barrierer for ikke at opspore og foretage intervention. Skal vores tankegang være mere akademisk? Tilsvarende hvordan vi agerer på forhøjet kolesteroltal eller et forhøjet blodtryk. Hvis lægerne konsekvent udregnede BMI, ville dette synliggøre barnets overvægt. Herved kunne man få et redskab til nemmere, at påpege problematikken overfor forældrene. Af de journalnotater vi fandt i vores studie, omkring børn med forhøjet BMI, var flere af børnene beskrevet som "velproportioneret", hvilket muligvis tyder på klinisk fejlskøn, eller udtryk for, at BMI ikke er fyldestgørende for vurdering af overvægt. Meget muskuløse børn kan, måske udelukkende vurderet ved BMI, fejltolkes som overvægtige. Børn med BMI indenfor normalområdet, men øget taljemål, også kaldet "tyndfedt" bliver i BMI udregningsmodellen muligvis ligeledes fejlvurderet.

Desuden kan manglende redskaber til intervention være en barriere. Her kunne der både generelt, men også på praksisniveau laves instrukser som f.eks. patientvejledninger, flowcharts med interventionstiltag og klare tidsmæssige kontrolopfølgninger. Desuden kunne man tilbyde en forbyggende konsultation for hele familien, da barnets livsstil afhænger af familiens livsstil og trivsel.

Alment praktiserende læger har stort kendskab til deres patienter, hvilket muligvis kan medføre, at det kan være svært at tale om usund livsstil. Overvægt er ofte et tabubelagt emne og frygt for at såre familien kan være årsager til denne tilbageholdenhed. Som læge kan man nemt komme til at lyde bedrøvede og stigmatiserende overfor overvægtige, hvilket ligeledes kan være en barriere.

Tidspresset ved en forbyggende børneundersøgelse kan ligeledes være en barriere for ikke at tage et evt. forhøjet BMI op som emne. Afsat opfølgende konsultation vedrørende forhøjet BMI og en medfølgende økonomisk overenskomst aftale kunne være med til at sætte mere fokus på vigtigheden af intervention.

Journalssystemet kunne med fordel have indbygget percentilerne, så tilgængeligheden bliver bedre. Vi mangler som faggruppe redskaber til effektiv evidensbaseret intervention, hvilket er kilden til en bedre behandling af vores patienter.

For at optimere behandlingen af overvægt, kunne man lave en systematisk monitorering for at opnå viden om udviklingen af overvægt blandt børn, om hvorvidt forbyggende indsats reducerer forekomsten af overvægt og fedme.

KONKLUSION

I vores studie noterer alment praktiserende læger ikke overvægt hos 81 % af de børn, der kom til fem års undersøgelse. Der foretages kun intervention hos et barn ud af 26 overvægtige børn. Vi finder desuden grundlag for, at man skal have særlig fokus på børns BMI i tre års alderen, da tendensen viser, at overvægten grundlægges i denne alder.

REFERENCER

1. K. Michaelsen, C. Mølgaard et al.. Forebyggelse og behandling af fedme hos børn og unge. Ugeskr Læger 168/2 s172-175
2. The international Association for the Study of Obesity. Obesity reviews 5
3. Pearson et al.. Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003. Ugeskr Læger 2005 s158-162
4. L. Kølby, T. Maschoreck et al.. Mange overvægtige børn i Sønderjylland. Ugeskr Læger 171/17 s 1409-1413.
5. M. Aarup, I. Sokolowski et al. Prævalens af overvægt og fedme blandt treårige i Aalborg Kommune samt beskrivelse af risikofaktorer. Ugeskr Læger 170/6 s 452-453.
6. L. Larsen, N. Hertel. Prevalence of overweight and obesity in Danish preschool children over a 10-year period: a study of two birth cohorts in general practice. Acta Pædiatrica 2012 101, s201-207
7. H. Elliott and J. Horn. Barriers to the management of obesity in children. Australian family physician. Vol 38,6, jun 2009. S460-464
8. M. Wake, L. Baur et al.. Outcomes and costs of primary care surveillance and intervention for overweight or obese children: the LEAP 2 randomised controlled trial. BMJ 2009;339:b3308
9. Andersen Kousgaard Andersen, Christensen Bo, and Jens Søndergaard. Care for overweight children attending the 5-year preventive child health examination in general practice. Family Practice 2013;30:48-55
10. Andersen Kousgaard Merete, Christensen Bo et al.. Evaluation of general practitioners' assessment of overweight among children attending the five-year preventive child health examination: A cross-sectional survey.
11. Horsens sundby.dk/app/doc/materiale_21043032.pdf.
12. T.Sørensen, P. Due et al.. Monitorering af forekomsten af fedme. Ugeskr Læger 170/5 s 317-320.
13. O. Pedersen og T. Sørensen. Fedmens genetik. Ugeskr læger 168/2 s150-152
14. S. Mercer. How useful are clinical guidelines for the management of obesity in general practice. British Journal of General Practice, November 2009. S 863-868
15. B. Gerner, Z. McCallum et al.. Are general prationers equipped to etect child overweight/obesity? Survey and audit. Journal of Paediatrics and child health 42(2006)206-211
16. Birgit Vollmer-Larsen Nicalsen. Overvægt og fedme. Ugeskr Læger 2005 s1145-1148
17. Den danske fedmeepidemi. København. Ernæringsrådet. 2003

BILAG

PROTOKOL TIL STUDIET:

Bruger vi børneundersøgelserne til at finde de overvægtige børn – og er der intervention.

Af Anne Sofie Mols, Rikke Kristoffersen og Dorthe Deding

Introduktion.

Overvægt er et helbredsproblem for både børn og voksne globalt. Overvægt udgør en helbredstrussel, idet overvægt og fedme øger risikoen for såvel fysiske, som psykiske helbredsproblemer (1, 2). Flere undersøgelser viser at prævalensen af overvægt blandt børn i 5 – 8 års alderen er mellem 13 % og 21 % (3,4,5) og at antallet af overvægtige børn er stigende (3).

Overvægt, forårsaget af en positiv energibalance, i barndommen fører ofte til overvægt og fedme i voksenalderen(1). Det vil derfor være hensigtsmæssigt, hvis man så tidligt som muligt opsporer stigning i vækstkurven hos barnet, så intervention kan iværksættes før overvægten udvikles(1, 6). Flere undersøgelser tyder på, at man i almen praksis har svært ved at opspore de overvægtige børn, samt at den alment praktiserende læge har barrierer i forhold til intervention imod overvægten(7). Et Australsk studie viste at intervention ved kontrol vejning og motiverende samtaler i Almen praksis, ikke fører til signifikante væggtab(8). Det vil derfor være interessant, at undersøge om børn, der er overvægtige ved 5 års børneundersøgelsen, allerede var overvægtige ved 3 års børneundersøgelsen. Så indsatsen mod overvægt bliver forebyggende.

I Danmark tilbydes alle børn op til 5 år regelmæssige børneundersøgelser ved Speciallæge i almen medicin og 83 % af alle børn deltager ved 5 års alderen(12). I 2006 udgav DSAM vejledningen ”Opsporing af overvægt og Fedme hos før skolebørn”, alligevel er mange børn overvægtige ved skolestart. Formålet med vores forskningsopgave er at undersøge om man i almen praksis bruger de rutinemæssige børneundersøgelser til at finde de overvægtige børn og om der foregår en intervention?

Formål

1. At undersøge, om de praktiserende læger finder de overvægtige børn ved 5 års børneundersøgelsen.
2. At undersøge om der i journalnotatet er beskrevet intervention hos det overvægtige barn eller ej.
3. At undersøge BMI ved børneundersøgelserne ved 4,3 og 2 år, hos de børn vi i undersøgelsen fandt overvægtige ved 5 års børneundersøgelsen.

Materiale og metode:

Vi er 3 læger i uddannelsesstilling til almen medicin. Vi er tilknyttet tre lægehuse i henholdsvis Horsens, Juelsminde og Brædstrup. Vore uddannelsespraksis repræsenterer tilsammen 12 ydernumre, i alt 20.079 tilmeldte patienter.

Vi søgte i de respektive patientjournaler MedWin og XMO. Her søgte vi på alle børn fra årgang 2007. Vi registrerede alle børn fra 2007, noterede CPR numre og fandt deres journaler. Hos de børn hvor der var lavet 5 års børneundersøgelse registrerede vi køn, højde, vægt og BMI. Hos de børn med BMI over 90 % percentilen, registrerede vi ligeledes BMI ved 2, 3 og 4 års undersøgelsen med henblik på, at identificere eventuel overvægt ved tidligere børneundersøgelser.

Vi registrerede om der ved 5 års børneundersøgelsen var lavet et notat i journalen, der omhandlede BMI eller overvægt hos de børn, der havde BMI over 90 % percentilen. Vi registrerede ligeledes 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. Vi tager i dette studie ikke stilling til interventions form og kvalitet.

Vi brugte Dansk Pædiatrisk Selskabs grænser for BMI:

Tabel 1

BMI (kg/m ²)	Piger (kg)	Drenge (kg)	Percentil (%)
Overvægt	17,3	17,1	90%
Svær Overvægt	18,3	17,9	97%
Fedme	19,2	18,6	99%

Data blev opbevaret og analyseret i EXCEL Tabel 2.

CPR	Køn	Højde (5 år)	Vægt (5 år)	BMI (5år)	BMI (4år)	BMI (3år)	BMI (2år)	Intervention	Journalnotat
-----	-----	--------------	-------------	-----------	-----------	-----------	-----------	--------------	--------------

Designet er et beskrivende studie, hvor data vil blive behandlet deskriptivt. Selektion af populationsgruppen vil blive illustreret ved et flowchart. Der vil i diagrammet blive taget hensyn til kønsfordelingen. Derudover vil kønsfordelingen blive illustreret ved cirkeldiagrammer. Kønsfordelingen vil blive angivet i forhold til baggrundspopulationen og overvægt. Relevante prævalensberegninger vil blive angivet.

Databehandlingen vil blive foretaget i Excel. BMI-værdierne er afrundet nedad til nærmeste hele tal for at optimere den grafiske fremstilling. Fordelingen af antallet af børn i forhold til BMI illustreres ved søjlediagrammer. Variationen mellem de tre praksis illustreres ligeledes ved et søjlediagram. Endelig

fokuseres der på, om vi som praktiserende læger er opmærksomme på at notere overvægt i journalen samt iværksætte intervention. For en sub-population ses der på udviklingen af overvægt i forhold til alder, så vi kan angive et estimat for på hvilket alderstrin, at vi skal være opmærksomme på udvikling af overvægt.

Tidsplan, aftaler, opgaver og projektgruppe:

Vejleder: Merethe Kousgaard Andersen, Projektgruppe nr. 8.

Tidsplan: Materiale indsamling inden 1. april. Maj måned er brugt til artikelskrivning.

Arbejdsfordeling: Læsning af artikler samt indtastning af data er foregået individuelt. Skriveprocessen og databehandlingen er lavet i samarbejde på de tildelte kursusdage.