

Forskningstræningsprojekt feb. 2019

Af Trine Helms og Janni Dons

Vejleder Bo Christensen



Hvor mange overvægtige førskolebørn har vi i praksis, hvordan håndteres overvægtsproblemerne hos børn i praksis i dag og hvilke mulige samarbejdspartnere har vi?

Indholdsfortegnelse:

Baggrund.....	3
Metode.....	4
Resultater.....	5
-Andelen af overvægtige børn.....	5
-Interventioner iværksat i praksis.....	6
-Mulige samarbejdspartnere.....	7
Diskussion.....	9
Konklusion.....	11
<i>Bilag 1</i>	12
Litteraturliste.....	15
Bilag.....	16

Titel

Hvor mange overvægtige førskolebørn har vi i praksis, hvordan håndteres overvægtsproblemerne hos børn i praksis i dag og hvilke mulige samarbejdspartnere har vi?

Baggrund

Overvægt anses for et af tidens helt store sundhedsmæssige problemstillinger.

Antallet af overvægtige børn og voksne er støt stigende (7) og allerede i førskolealderen er hyppigheden så stor, at hver enkelt praksis jævnligt er i berøring med disse patienter.

Et estimat på omkring 10% af børnene helt nede i 3-års alderen var således overvægtige i Danmark jf. studie i 2012 (7) og intet tyder på at udviklingen er vendt (10).

Den systematiske opsporing er et af formålene med børneundersøgelsesprogrammet og da tilslutningen hertil generelt er høj (11), er her en oplagt mulighed for at iværksætte sundhedsfremmende tiltag ved påvisning af overvægt.

Begynder barnets BMI at krydse percentiler opad før 5-års-alderen, er der forøget risiko for overvægt og fedme i voksenalderen (1).

Ikke blot den biologiske konsekvens af fedme underbygger tidlig indsats. Anskues fedme ud fra den bio-psyko-soziale model, ses en betydende risiko for psykosociale problemstillinger på såvel kort som langt sigt. Fra drilleri og mobning til social isolation og lavt selvværd (1).

Der foreligger sparsomt evidens i forhold til virksomme tiltag overfor fedme hos børn i aldersgruppen (1,4,5).

Et nyere review (fra USA) af litteratur fra 2005-2012 viser at problemstillingen er vanskeligt håndterbar i praksis alene. Blandt hovedpointerne fremgår at indsatsen kræver såvel forældreinvolvering, som en tværfaglig og samfundsbaseeret indsats sideløbende med vægtregistrering og oplysning om sund livsstil for børn. (3)

Behandlingsstrategierne til overvægtige børn omfatter primært konventionelle kostråd, råd om øget fysisk aktivitet og adfærdændringsteknikker i kombination. (1,4).

Dette er egentlig ikke ny viden, men kan være svært at imødekomme i forbindelse med selve børneundersøgelsen (11) og selv med DSAM's 8-trins-model finder vi, at der er behov for en simplificeret opstartsplan og en oversigt over henvisningsmuligheder til en styrket tværfaglig indsats.

Vi ønsker derfor, med denne opgave, at belyse de faktiske forhold i vores praksis. Vi vil undersøge om andelen af overvægtige børn i vores praksis, afspejler prævalensen på landsplan.

Vi vil gennemgå journalnotater på overvægtige børn, for at afdække hvordan problemstillingen håndteres ved fund af overvægt ved børneundersøgelserne hos de 3-, 4- og 5-årige børn, samt hvilke samarbejdspartnere der gøres brug af. Derudover ønsker vi at belyse eksisterende samarbejdspartnere i vores kommuner.

Metode:

Der er indsamlet data fra 2 lægehuse i henholdsvis Videbæk og Struer, med i alt 11.493 tilmeldte patienter.

Begge lægehuse har patientjournaler i XMO, og i søgesystemet "Patientstatistik" søgte vi patienter i årgangene 2007 til 2013. Herefter blev hver enkelt patient slået op, og under fanen "Børneundersøgelser" i laboratoriekortet registreret med BMI ved 3, 4 og 5 års børneundersøgelser. Hos alle børn der på et tidspunkt havde BMI over 90% percentilen, blev det registreret om der forelå journalnotat omkring BMI eller overvægt. Ligeledes blev det registreret, om der var foretaget intervention og, i så fald, hvilke interventioner der var iværksat.

Resultaterne blev samlet i Excel i følgende skema:

TABEL 1

CPR	Køn	BMI 3 år	BMI 4 år	BMI 5 år	Journalnotat	Intervention
-----	-----	----------	----------	----------	--------------	--------------

Vi har benyttet Dansk Pædiatrisk Selskabs vækstkurver og grænser for BMI. Da grænserne er forskellige i forhold til køn, var det nødvendigt at kønsinddele børnene for at registrere overvægt. Dog er kønsfordelingen ikke vigtig i vores opgave og der vil i opgaven ikke differentieres yderligere mellem køn.

Vi valgte at inkludere patienter, som havde deltaget i mindst en af børneundersøgelserne ved 3 år, 4 år eller 5 år.

TABEL 2

BMI (kg/m ²)	Piger 3 år	Piger 4 år	Piger 5 år	Drenge 3 år	Drenge 4 år	Drenge 5 år	Percentil (%)
Overvægt	17,6	17,4	17,2	17,8	17,5	17,4	90%
Svær overvægt	19,4	19,2	19,2	19,5	19,2	19,3	99%

Til undersøgelse af interventionsmuligheder i vores lokalområder, foretog vi opslag på www.sundhed.dk, hvor vi via "Sundhedstilbud", kunne få et overblik over tilbud til overvægtige børn i henholdsvis Ringkøbing-Skjern og Struer kommune.

Desuden udarbejdede vi standardiserede mails til Børneafdelingen, Regionshospitalet Herning, Ernæringsenheden Vest og Sundhedsplejen i begge kommuner (se bilag).

Resultater

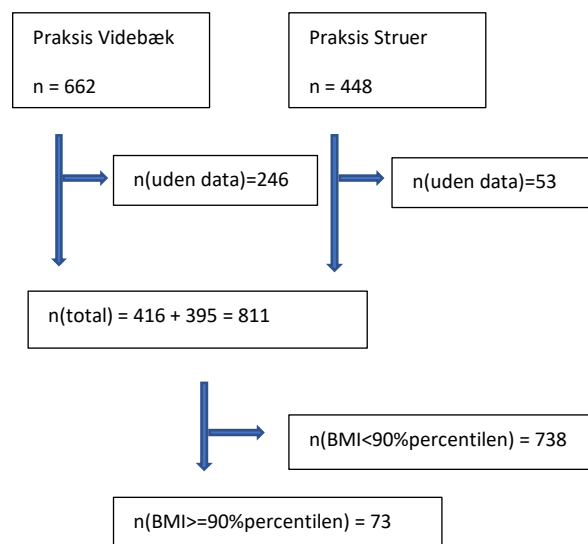
Andelen af overvægtige børn i praksis

I alt fandt vi 1110 børn, svarende 9,6% af tilmeldte i Praksis.

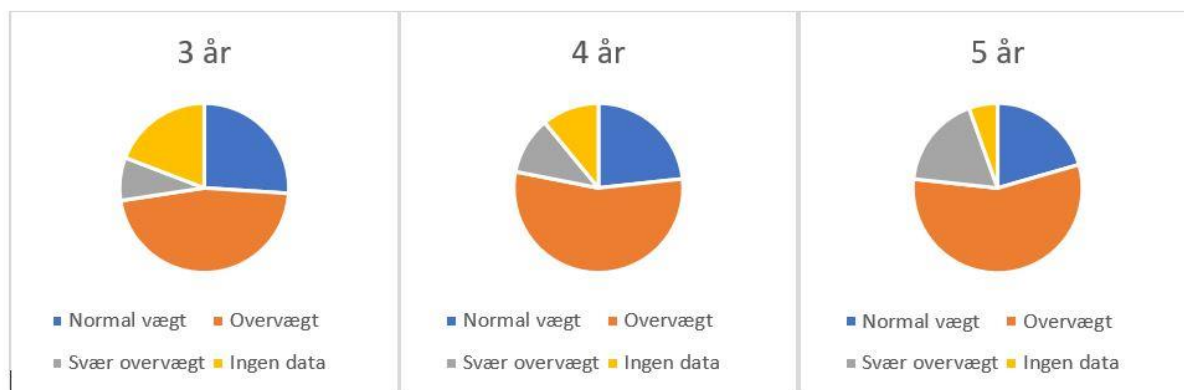
Heraf var der 299 børn uden data, svarende til 27% af det samlede antal. Disse blev ekskluderet fra studiet.

Af de inkluderede børn, $n=811$, fandt vi 73 børn som opfyldte kriteriet for overvægt ved 1 eller flere børneundersøgelser, svarende til 9%.

TABEL 3



FIGUR 1



Fordelingen af data ved hhv. 3 års, 4 års og 5 års børneundersøgelserne

Ud af de 73 inkluderede børn ses at antallet af børn med overvægt og svær overvægt stiger med alderen, hvor ca. halvdelen af børnene var overvægtige ved 3 års undersøgelsen mens dette stiger til ca. $\frac{3}{4}$ ved 5 års undersøgelsen.

Ud fra data ses i øvrigt at fremmøde til alle 3 børneundersøgelser ligger på 67%.

Interventioner iværksat i praksis

Vi har undersøgt hvorvidt overvægt og svær overvægt blev registreret som opmærksomhedspunkt i journalnotatet i forbindelse med børneundersøgelsen.

Hos de overvægtige 3-årige, ses at der i 12,5% af tilfældene, blev registreret i journalnotatet at barnet var overvægtigt. Hos de 4- og 5-årige er tallene hhv. 21% og 22%.

TABEL 4

	3 år	4 år	5 år
Antal overvægtige	40	48	54
Journalnotat antal (%)	5 (12,5%)	10 (21%)	12 (22%)
Intervention antal (%)	0 (0%)	3 (6,25%)	10 (18,5%)

Der blev iværksat forskellige interventioner. For overvægtige børn ved 3 års undersøgelsen, ses at der ikke i noget tilfælde blev iværksat intervention.

Ved 4 og 5 års undersøgelsen ses at forskellige interventioner blev iværksat:

- Rådgivning om kost og motion i forbindelse med børneundersøgelsen (2)
- Opfølgende kostvejledning hos læge (2)
- Opfølgende kostvejledning hos sygeplejerske (2)
- Henvi sning til kommunalt tilbud (3)
- Vægtkontrol i Praksis (2)
- Henvi sning til diætist (2)

Mulige samarbejdspartnere

Jævnfør gældende sundhedsaftale, skal kommunerne tilbyde opfølgende forebyggelse af sygdomsspecifik eller tværdiagnostisk karakter, mens almen praksis' indsats er målrettet den medicinske forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvi sning til kommunale tilbud. (12)

Pædiatrisk afdeling

Målgruppe defineret ved henvisningskriterier (DSAM og dansk pædiatrisk selskab):

Overvægtige børn med BMI > 99 percentilen

BMI > 90 percentilen og et af følgende ledsagekriterier

Pludselig vægtstigning

Længde/højdevækst under middel

Tegn på endokrin sygdom (striae, moonface, moonface, træthed, initiativløshed)

Forsinket psykomotorisk udvikling

Synsforstyrrelser og hovedpine

Persisterende overspisning eller søgen efter mad

Behandlingsmetode og forløb:

Ambulant fremmøde til vurdering, udredning og behandling af eventuelt underliggende sygdom. Er der tale om "simpel overvægt" henvises patienten til kommunalt tilbud via. brevudveksling med sundhedsplejersken.

Dette iht. gældende sundhedsaftale, hvori det er politisk besluttet, at hospitalerne kun skal inddrages i de tilfælde, hvor der er brug for specialiseret forebyggelse eller behandling. Der er ingen midler til diætist eller fysioterapeut på sygehuset. (bilag+12).

Ernæringsenheden Vest

Målgruppe: svært overvægtige børn med anden ernæringsrelateret sygdom fx diabetes, hypertension, dyslipidæmi, fødemiddelallergi/intolerance m.fl.

Metode: Rådgivning ved klinisk diætist.

Forløb: Ukendt

Suplende: Det bemærkes at der tidligere har eksisteret et tilbud i form af indsatsen "STOR". Behandlingsforløbet bestod fem ambulatoriebesøg ved klinisk diætist og fysioterapeut. Dette behandlingsforløb er lukket ned i hospitalsregi og overflyttet til kommunerne i Vest klyngen. Her benyttes dog ikke samme strukturerede fremgangsmåde (11).

Tilbud i kommunerne

Struer kommunes overvægtsklinik.

Målgruppe: børn og unge mellem 3-17 år, der gerne vil have hjælp til et vægttab.

Behandlingsmetode: "Holbæk-modellen"

Forløb:

Forundersøgelse på sundhedscenter Struer

måling af vægt, højde, talje, blodtryk, fedtprocent

udfyldelse af spørgeskema

individuel tilpasset plan om kost og motion

Opfølgning 6 gange det første år ved sundhedsplejerske eller kostvejleder. Det videre forløb aftales individuelt.

Ringkøbing-Skjern kommunes overvægtsklinik

Målgruppe: Familier med overvægtige børn fra 3 års alderen og opefter.

Behandlingsmetode: "Holbækmetoden"

Forløb: Ukendt. Fortsat i opstartsfasen.

Diskussion:

I alt fandt vi at andelen af overvægtige børn, i overensstemmelse med landsgennemsnittet, var 9%.

Ved 3 års undersøgelsen forelå notater på 12,5% af børnene og der blev ikke iværksat intervention overhovedet. Ved 4 års undersøgelsen forelå notater på 21% af børnene og der blev iværksat intervention i 6,25% af tilfældene. Ved 5 års undersøgelsen forelå notater på 22% af børnene og der blev iværksat intervention i 18,5% af tilfældene.

Håndteringen af de overvægtige børn i praksis i dag, begrænser sig til 5 forskellige metoder.

Hos nogle børn er problemstillingen blot italesat i forbindelse med børneundersøgelsen (n=2).

Enkelte børn ses til vægtkontrol (n=2) eller kostvejledning i praksis, hos enten læge (n=2) eller sygeplejerske (n=2). Få henvises videre til kommunalt tilbud (n=3) og en mindre andel til diætist (n=2).

Det pålægger kommunerne at varetage opfølgning og vejledning af familier med overvægtige børn.

I vores områder varetages opgaven af overvægtsklinikker, som er drevet af sundhedsplejersker og tager udgangspunkt i Holbæk-modellen (se bilag).

De praktiserende læger kan henvise familier hertil, men familierne kan også selv tage kontakt.

Der foreligger specifikke henvisningskriterier for udredning af svært overvægtige børn i pædiatrisk regi.

Styrker ved studiet

Det er en styrke at opgørelsen af data er baseret på retrospektivt materiale, svarende til en blindet undersøgelse, idet ingen af de involverede læger og patienter på undersøgelsestidspunktet var bekendte med at de målte værdier ville danne grundlag for denne opgørelse.

Vi finder i god overensstemmelse med prævalensen på landsplan at andelen af overvægtige børn i vores praksis ved 3-5 års børneundersøgelserne udgør 9,6 %. Dette underbygger vores teori om, at fedmeproblematikken nu er så omfattende, at den enkelte praksis jævnligt er i kontakt med børn i fokusgruppen. Vi finder dermed belæg for at børneundersøgelsen er et relevant udgangspunkt for tidlig opsporing af overvægt hos børn.

Det er bemærkelsesværdigt at der ved 3-års undersøgelsen kun er foretaget specifikke journalnotater omhandlende vægt hos 12,5% og ingen interventioner iværksat. Antallet af overvægtige børn hvor der er foretaget vægtrelaterede journalnotater udgør fortsat kun hhv. 21 og 22% ved 4- og 5-årsundersøgelsen, hvor der samlet set er iværksat intervention hos hhv. 18,5%. Vi finder således et stort potentiale for forbedret fokus og øget handling på de faktisk fundne vægtforhold.

Svagheder ved studiet

Vi finder overordnet behov for yderligere studier i forhold til vurderingen af effekten af de iværksatte fedmereducerende initiativer på sigt.

Holbæk-metoden vinder i øjeblikket stor udbredelse i Danmark og er udgangspunktet for de interventioner der finder sted i vores kommunale fedmeklinikker. Metoden har vist lovende resultater i opstartsfasen, men der mangler, også her, studier efter længere tids followup. Herunder vurdering af behovet for

vedligehold, samt diskussion af effektmål i studierne, som med fordel kunne omfatte sociale aspekter, såsom oplevet livskvalitet, fremfor udelukkende BMI.

Der er en pågående debat omkring etikken bag at tilbyde behandling uden dokumenteret langtidseffekt.

Omvendt er der ligeledes argumenter for det modsatte, nemlig at det er uetisk ikke at tilbyde intervention selvom resultaterne ved forebyggende indsats, i hvert fald set ud fra BMI, er nedslående. De negative konsekvenser af overvægt er veldokumenterede. Vi har som læger jvf. lægeløftet forpligtiget os til "at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn". Det er nærliggende herunder at tolke et etisk ansvar, der også omfatter forebyggende livsstilsforbedrende tiltag. Da livsstilen grundlægges i barndommen, er selv få forbedringer heri, i forebyggelsesperspektiv, en succes.

Der er i vores gennemgang ikke korrigeret for betydende comorbiditet, familiære ressourcer eller andre forhold som i nogle tilfælde ville kunne forsvare, at der ikke er iværksat intervention på undersøgelsestidspunktet.

Der er belæg for at tro, at de socioøkonomiske forhold i barnets familie har betydning for deltagelsen i alle børneundersøgelser (11). Dette er uheldigt, da netop de børn der har størst risiko for overvægt, er ud af familier med mindst tilbøjelighed til at deltage.

I vores population var det nødvendigt at udelukke en overraskende stor ubeskrevet andel af patienter, hvor der ingen data forelå. Det har ikke været muligt indenfor studiets rammer at undersøge baggrunden for de manglende data. Det må formodes at denne gruppe omfatter både passanter, ny-tilmeldte patienter, fraflyttede patienter, evt. fejloprettede patienter, men også tilknyttede patienter med udeblivelse fra alle 3 børneundersøgelser. Det kunne være interessant at kende størrelsesordenen på den sidstnævnte gruppe.

Fremmøde til alle 3 børneundersøgelser var, i vores praksis, helt nede 67%, hvilket ligeledes er en overraskende stor udeblivelsesandel. Der er i vores undersøgelse ikke korrigeret for socioøkonomiske forhold eller etnicitet, hvilket kunne relevant til vurderingen af frafaldet.

Der gøres i vores praksis intet systematisk arbejde for at indkalde patienterne til børneundersøgelserne, hverken generelt eller specifikt hos udeblevne børn fra børneundersøgelserne. Det formodes at iværksættelse af indkaldelse, særligt den specifikke til udeblevne børn, ville højne deltagelsen og dermed opsporingen af overvægt, ikke mindst i de resourcesvage familier (12).

Det er bemærkelsesværdigt at der ved 3-års undersøgelsen kun er foretaget specifikke journalnotater omhandlende vægt hos 12,5% og ingen interventioner iværksat. Antallet af overvægtige børn hvor der er foretaget vægtrelaterede journalnotater udgør fortsat kun hhv. 21 og 22% ved 4- og 5-årsundersøgelsen, hvor der samlet set er iværksat intervention hos hhv. 18,5%. Vi finder således et stort potentiale for forbedret fokus og øget handling på de faktisk fundne vægtforhold.

Konklusion

Problemet med overvægt er så omfangsrigt at der, trods sparsom evidens for interventioner på området, er behov for at der handles nu, samtidig med at initiativerne bliver nøje evalueret med henblik på at opnå erfaringer til løbende at bedre indsatsen (8).

Prævalensen af overvægtige børn ved 3-, 4- og 5-årsundersøgelsen i vores materiale var 9%.

Der ses ingen systematisk håndtering af de børn hvor der påvises overvægt i praksis. De eksisterende samarbejdspartnere i kommunen inddrages kun yderst sjældent. Således ses bemærkelsesværdigt kun 3 patienter henvist til kommunalt tilbud og 2 patienter henvist til diætist. Der er på intet tidspunkt henvist til pædiatrisk vurdering selvom 12 børn ved 5-års undersøgelsen opfylder kriterierne hertil.

Der er meget sparsom evidens for interventioner overfor overvægt hos børn i det hele taget. De mest lovende resultater ses ved tværfaglig indsats og mangler fortsat vurdering af effekten ved follow-up over længere tid, der foreligger stort set intet materiale på dokumenteret effekt efter en periode på mere end 2 år. Der foreligger til gengæld massivt materiale, som viser, at selv en meget intensiv indsats i praksis alene, næppe ændrer på BMI på sigt (3).

Der eksisterer tilgængelige tilbud til netop vores målgruppe i form af overvægtsklinikker i kommunalt regi. Udfordringen er i høj grad opsporing af overvægtige børn i aldersgruppen og henvisning til klinikkerne, idet sundhedsplejersken typisk afslutter sin kontakt med familien når barnet er ca. 10 måneder (se bilag). Den specialiserede indsats på pædiatrisk afdeling, begrænser sig til udelukkelse af underliggende sygdom, hos en specifikt udvalgt undergruppe defineret ved henvisningskriterierne (se bilag).

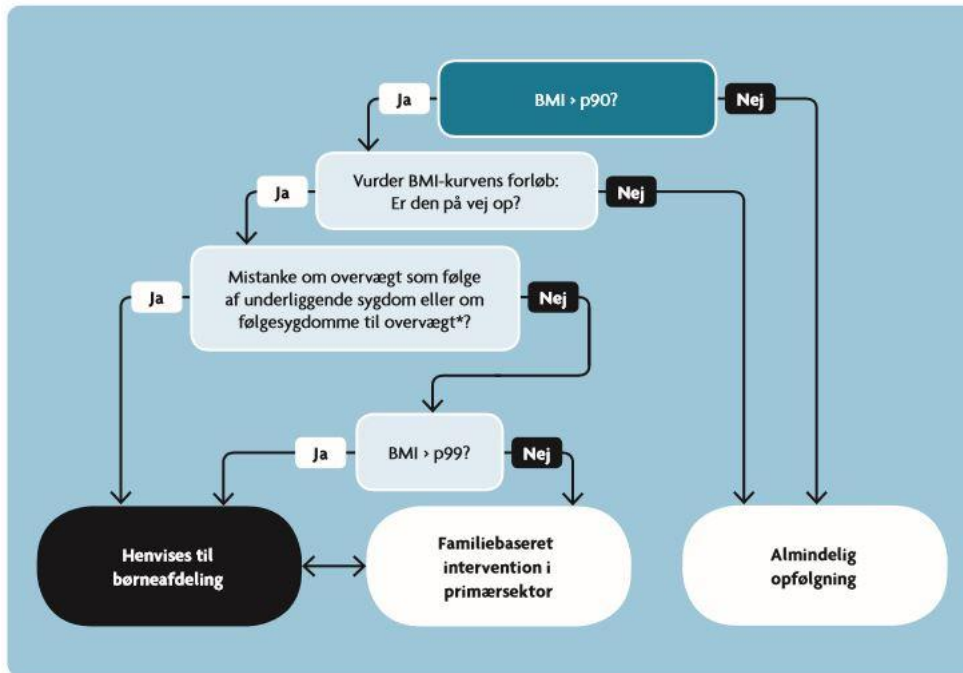
Det er muligt for familier med overvægtige børn at tage direkte kontakt til en overvægtsklinik. Vi vurderer at egen læge med fordel kunne spille en større rolle for formidling af kontakt hertil, da denne formidling i vores materiale var så godt som ikke eksisterende. Kun 2 af de 73 børn, hvor der konstateredes overvægt, blev sendt videre til kommunalt tilbud. Vi vurderer at der generelt er behov for oplysning om overvægtsklinikernes eksistens, da den ekstremt lave omtale heraf i journalmaterialet, kunne tyde på manglende kendskab hertil. En påstand der dog bør underbygges ved specifik rundspørge hos alment praktiserende læger i området, hvilket ligger udenfor rammerne af denne opgave.

Vi har, ud fra mulighederne for intervention i området, sammensat et forslag til håndtering i praksis. Til trods for manglende dokumenteret effekt, antager vi, at størstedelen af de overvægtige børn, vil have gavn af tilbud om opfølgning ved overvægtsklinikkerne. I enkelte tilfælde, herunder familier med manglende motivation og/eller betydende comorbiditet, kan der tilbydes opfølgning i praksis. Herunder har vi, ud fra dansk pædiatrisk selskabs vejledning til udredning ved svær overvægt fra 2016, lavet en skitse til udgangspunkt for samtalen (se bilag 1). Denne har dog behov for at blive afprøvet og tilrettet til almen praksis, samt løbende evalueret når der tilkommer større viden på området.

Bilag 1:

Forslag til fremgangsmåde i praksis

Ved BU udføres følgende screening:



*Der henvises til børneafdeling ved;

- Svær overvægt (BMI > p99)
- Overvægt (BMI > p90) og samtidig et af følgende kriterier:
 - Pludselig vægtstigning
 - Længde/højdevækst under middel
 - Tegn på endokrin sygdom (striae, moonface, træthed, initiativløshed)
 - Forsinket psykomotorisk udvikling
 - Synsforstyrrelser og hovedpine
 - Persisterende overspisning og søgen efter mad

- Ved behov for familiebaseret intervention i primærsektor fastlægges opfølgende kontrol hos sygeplejerske gerne allerede efter 1 uge til anamnestic uddybning.
- Objektiv undersøgelse forventes udført ved BU inkl. anamnestic udspørgen til organspecifikke symptomer.
- U-stix og/eller HbA1C på lab ved specifik mistanke om DM
- BT ved svær fedme

1. opfølgning v. sygeplejerske (kun begge forældre):

- disponering (adipositas, hjerte/karsygdomme og diabetes)
- forældres højde og vægt
 - Inkl. udregning af target-højde
 - Piger: gennemsnittet af forældrenes højde fratrækkes 7 cm.
 - Drengene: gennemsnittet af forældrenes højde tillægges 7 cm.
- socialt
 - hjemme
 - børnehaven
- andre forhold som familien tillægger betydning (herunder organspecifikke klager)
- Hvor ses første relevante indsatsområde? Kost/motion/søvn? Familiens egne overvejelser samt evt. grov screening ad vaner.

Herudfra stillingtagen til hvilken af nedenstående 2 opfølgingsmodeller;

- 1) henvisning til opfølgning hos sundhedsplejerskes overvægtsklinik
 - hvor der vurderes behov for tværfaglig indsats med fokus på hele familien og tæt kontakt hertil under hele forløbet (dette formodes at være flertallet).
- 2) opfølgning hos sygeplejerske m interesse heri (ad pæd.anbefalinger) i egen klinik
 - hvor minimale interventioner vurderes at være hensigtsmæssigt grundet andre betydende problematikker, herunder svær komorbiditet, manglende motivation/lyst til deltagelse i kommunalt tilbud el.lign.

2. opfølgning v. sygeplejerske forældre+barn, såfremt opfølgningen skal foregå i egen klinik:

- Gennemgang af kostvaner
 - Morgen
 - Formiddag
 - Middag
 - Eftermiddag
 - Aften
 - Sengetid?
 - Grøntsager ja/nej ___ gange i ugen
 - Grøn salat ja/nej ___ gange i ugen
 - Frugt ___ antal frugtportioner pr. dag
 - Portionsstørrelser (aften): lille __ mellem __ stor __ og antal __
 - Fastfood __ pr mdr.
 - Snacking __ pr. uge (slik, kager, chokolade, kiks, chips)

- Måltidernes gang
 - Spises der samlet ___ eller individuelt ___?
 - Kræsenhed ja ___/nej ___
 - Trøstespisning ___ Overspisning ___ oversprungne måltider ___

- Gennemgang af drikkevaner
 - Sodavand ___ pr uge, Juice ___ pr uge, lste ___ pr uge, Saftevand ___ pr uge
 - Kakao ___ pr uge, drikkeyoghurt ___ pr uge,

- Kvantificering af fysisk aktivitet / inaktivitet
 - Daglig transportform (går, cykler, kører i bil).
 - Stillesiddende skærmaktiviteter
 - computer og playstation ___ t/uge
 - tv ___ t/dgl.
 - Fysisk aktive timer ___ timer/dgl evt sportsaktivitet ___ t/uge
 - Legemuligheder i nærmiljøet (indendørs ja/nej ____, udendørs ja/nej __)

Aktuelle aftaler:

Næste opfølgning om _____ uger/mdr.

Litteraturliste / Kilderegister:

- 1) DSAM's vejledning "Overvægt hos førskolebørn 2006"
- 2) Sundhedsstyrelsens vejledning "monitorering af vægt hos 0-5årige børn"
- 3) Michaela et al.: Expanding the Role of primary Care in the Prevention and Treatment of Childhood Obesity: a review of Clinic- and Community-Based Recommendations and Interventions. 2013
- 4) Evidens for livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt
- 5) Sheryl et al.: two-year follow-up of a primary care-based intervention to prevent and manage childhood obesity: the High Five for Kids study
- 6) Kortlægning af livsstilsinterventioner – statens institut for folkesundhed (oversigt over tilbud i kommunerne) fra år 2017
- 7) L M Larsen et al; "prævalensen af overvægt og fedme hos danske førskolebørn over en 10-års periode" 2012
- 8) Kim et al; "Forebyggelse og behandling af fedme hos børn og unge", artikel, ugeskrift for læger 2006.
- 9) Stock et al; 2005 "childhood obesity; a simple equation with complex variables"
- 10) e-sundhed.dk; den nationale børnedatabase (vægtudvikling ved indskoling over de seneste år)
- 11) dansk pædiatrisk selskabs adipositas retningslinje 2016
- 12) Marie et al. "Indsatser til børn og unge med overvægt" med udgangspunkt i Region Midtjylland, udarbejdet via. KORA 2016 (Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning).
- 13) Epstein et al. Decreasing Sedentary Behaviors in Treating Pediatric Obesity. 2000.
- 14) Heide et al.: Six to success: Improving Primary Care Management of Pediatric Overweight and Obesity 2014

Nyttige links i øvrigt:

Adipositasforeningens hjemmeside: adipositasforeningen.dk

Dansk Selskab for Adipositasforskning: dsaf.dk

Foreningen af kliniske diætister: daetist.dk (rammeplan: børn med overvægt)

Billedmateriale om "Små skridt" findes på sst.dk (til samtale herunder etniske kulturer)

Bilag

Oversigt:

Øvrige kommunale tilbud

Udsendte e-mails og mailsvar

Holbæk-metoden

Øvrige fundne kommunale tilbud:

Familiecentret Ringkøbing-Skjern

Er et visiteret tilbud til alle familier i Ringkøbing-Skjern Kommunen med børn og unge i alderen 0-18 år.

Familiecentret yder dagbehandling til familier med børn og unge op til 18 år, som har et særligt behov for hjælp, støtte og behandling. Et forløb i et af Familiecentrets tilbud kan variere i tid og intensitet og vil blive tilrettelagt med udgangspunkt i den konkrete families behov for hjælp og støtte.

Det er alene medarbejdere i Socialrådgivningen der kan visitere til Familiecentrets tilbud.

Team Spæd- og småbørn og familie – Ringkøbing Skjern kommune

Varetager alle primære ydelser og arbejdsopgaver i forhold til spæd og småbørn 0 – 6 år og deres familier - herunder også En God Start 0 – 3 år.

Kontaktperson: Christina Christiansen

BULT – Børn og Unge Lidt for Tunge – Sundhedscenter Vest Tarm

Målgruppe: Familier med overvægtige børn i skolealderen.

Metode: "Holbækmodellen".

Forløb: kombination af individuelle samtaler og holdundervisning. Inden deltagelse på holdet afholdes en individuel samtale med familien om vaner og plan for ændringer. Både i den individuelle vejledning og i holdundervisningen lægges der stor vægt på forældrenes rolle og deltagelse i forløbet.

Tilmelding: Sundhedscenter Vest Tlf. 99 74 10 34 sundhedscenter.vest@rksk.dk

Udsendte mails:

Brev til team- og fagkoordinator for Familiecentret Ringkøbing Skjern Kommune.

Hej Christina!

Vi er to hoveduddannelseslæger i almen praksis som ønsker at sætte fokus på overvægt hos førskolebørn i hhv. Ringkøbing-Skjern og Struer kommune.

I den forbindelse fandt vi det specifikke tilbud "BULT" Børn og Unge Lidt for Tunge, fra skolealderen, - findes der et specifikt tilbud til (svært-) overvægtige førskolebørn (alder 3-6 år)?

I så fald hvilket og hvad indgår?

Hvis ikke, findes der så alternative uspecifikke tilbud som i øjeblikket varetager støtte og rådgivning til disse familier?

Vi håber du vil afsætte 5 min. til at svare på ovenstående. Forhåbentlig vil dit svar være med til at skabe større overblik og dermed sammenhæng i indsatsen til disse familier. Resultatet skulle gerne blive en "køgebog" til praksis over handlemuligheder, når der konstateres overvægt hos børn.

Ambitiøse hilsner..

Janni og Trine

Hej Trine

Dette er ikke noget som jeg har et kendskab til.

Jeg tænker at du skal tage kontakt til leder af sundhedsplejen, Jette Haislund.

Med venlig hilsen

Christina Christiansen
Team- og fagkoordinator ved Spæd - og småbørnsteamet
Familiecentret Ringkøbing-Skjern

Brev til Børneafdelingen Herning

Børn og overvægt - et stadigt mere vedkommende tema...

Vi er to hoveduddannelseslæger i almen praksis som ønsker at sætte fokus på disse børn, med særligt fokus på tidligt opsporet overvægt i førskolegruppen. I forbindelse med dette arbejde kunne det være interessant at høre lidt fra Jeres vinkel i forhold til hvilke specifikke tilbud/indsatser findes i hospitalsregi? (ambulatorie/fysioterapeut/diætist)

hvem/hvornår giver det mening at henvise til Jer?

(DSAM har følgende vejledning til hvornår der skal henvises: Enten: Svær overvægt $p > 99$ Eller: Overvægt OG en af følgende; pludselig vægtstigning, længde/højdevækst under middel, tegn på endokrin sygdom (striae, moonface, træthed, initiativløshed), forsinket psykomotorisk udvikling, synsforstyrrelser og hovedpine, persisterende overspisning og søgen efter mad) - indvendinger eller inputs modtages gerne.

Foreligger der instrukser/baggrundsmateriale som kunne ligge til grund for rådgivning og intervention?

Vi håber I vil afsætte lidt tid til at svare på ovenstående.

Forhåbentlig vil Jeres svar være med til at skabe større overblik og dermed sammenhæng i indsatsen til disse familier. Resultatet skulle gerne blive en "kogebog" til praksis over handlemuligheder, når der konstateres overvægt hos børn.

Ambitiøse hilsner..

Svar: Fra Luise Borch, HU pædiatri, tilknyttet pæd.endo.-ambulatoriet

Der er kun tilbud om at blive set i endoamb som led i udredning af om der ligger noget sygdom til grund for overvægten, eller det blot er simpel overvægt. Vi ser som regel kun børnene en gang og hvis den kliniske undersøgelse og biokemi tyder på simpel/almindelig overvægt uden tilgrundliggende endokrinologisk sygdom ligger behandlingsansvaret i kommunen, hvilket er politisk bestemt. Vi skriver derfor brev til sundhedsplejersken, som skal rådgive familien om tilbud i den enkelte kommune.

Der er ingen midler til diætist eller fysioterapeut på sygehuset.

hvem/hvornår giver det mening at henvise til Jer? Hvis i finder vejledningen om børn med overvægt på dansk pædiatrisk selskabs hjemmeside, ligger der svar på de fleste af jeres spørgsmål.

(DSAM har følgende vejledning til hvornår der skal henvises: Enten: Svær overvægt $p > 99$ Eller: Overvægt OG en af følgende; pludselig vægtstigning, længde/højdevækst under middel, tegn på endokrin sygdom (striae, moonface, træthed, initiativløshed), forsinket psykomotorisk udvikling, synsforstyrrelser og hovedpine, persisterende overspisning og søgen efter mad) - indvendinger eller inputs modtages gerne.

Foreligger der instrukser/baggrundsmateriale som kunne ligge til grund for rådgivning og intervention? Hvis i finder vejledningen om børn med overvægt på dansk pædiatrisk selskabs hjemmeside, ligger der svar på de fleste af jeres spørgsmål.

Vi håber I vil afsætte lidt tid til at svare på ovenstående. Forhåbentlig vil Jeres svar være med til at skabe større overblik og dermed sammenhæng i indsatsen til disse familier. Resultatet skulle gerne blive en "kogebog" til praksis over handlemuligheder, når der konstateres overvægt hos børn.

Ambitiøse hilsner..

Brev til sundhedsplejerskerne i Ringkøbing-Skjern Kommune.

Hej!

Børn og overvægt - et stadigt mere vedkommende tema i sundhedssektoren...

Vi er to hoveduddannelseslæger i almen praksis som ønsker at sætte fokus på disse børn. Som læge i almen praksis har man qua børneundersøgelserne gode muligheder for at opspore overvægt tidligt hos børn i førskolealderen. Vi har dog indtryk af at der sjældent iværksættes (den nødvendige) intervention omkring familien, hvilket vi ønsker at ændre på... ☺

I den forbindelse kunne det være interessant at høre lidt fra Jeres vinkel.

Hvor stor kontaktflade har I til børnefamilier med børn i denne målgruppe?

Er overvægt et tema I arbejder med hos disse familier?

Har I noget materiale der ligger til grund for evt. vejledning af disse familier? (Kost, motion, andet?)

Har I oplevet at blive kontaktet af praksis-læger, med henblik på at arbejde med problemstillingen hos en specifik familie?

Hvilke muligheder har I for at gribe fat i problemstillingen (i forhold til ressourcer, fx mulighed for at afsætte x-antal besøg/telefonrådgivning, fremmøde til "åben konsultation")?

Deltog I i projektet 2012-2014, hvor det var muligt at henvise overvægtige børn og familier til diætistisk behandling i Herning Kommune? (Og i såfald, er det noget der arbejdes videre med?)

Vi håber I vil afsætte lidt tid til at svare på ovenstående. Forhåbentlig vil Jeres svar være med til at skabe større overblik og dermed sammenhæng i indsatsen til disse familier. Resultatet skulle gerne blive en "kogebog" til praksis over handlemuligheder, når der konstateres overvægt hos børn.

Ambitiøse hilsner..

Kære Trine.

Jeg beklager det sene svar herfra. Jeg har tilføjet svarerne med rødt – ses nedenfor.

Overvægt er en problematik, som vi igennem mange år har stået meget famlende overfor. Vi synes ikke noget af det vi har budt ind med, har hjulpet. Vi har nu lagt os i slipstrømmen af kommuner, der indfører Holbæk-modellen . Den kan vi tilbyde til familier med børn fra 3 års alderen, der har overvægts problematikker. Vi er netop startet op og ser lige nu tilgang af børn i skolealderen.

Hvis du har brug for mere, må du gerne kontakte mig for yderligere.

Venlig hilsen

Jette Haislund

Leder af sundhedsplejen

Børn og Familie

Sundhedsplejen

Dyrvigsvej 9

6920 Videbæk

Brev til sundhedsplejerskerne i Struer Kommune

Hej Brita!

Børn og overvægt - et stadigt mere vedkommende tema i sundhedssektoren...

Vi er to hoveduddannelseslæger i almen praksis som ønsker at sætte fokus på disse børn. Som læge i almen praksis har man qua børneundersøgelserne gode muligheder for at opspore overvægt tidligt hos børn i førskolealderen. Vi har dog indtryk af at der sjældent iværksættes (den nødvendige) intervention omkring familien, hvilket vi ønsker at ændre på... 😊

I den forbindelse kunne det være interessant at høre lidt fra Jeres vinkel.

Hvor stor kontaktflade har I til børnefamilier med børn i denne målgruppe?

Er overvægt et tema I arbejder med hos disse familier?

Har I noget materiale der ligger til grund for evt. vejledning af disse familier? (Kost, motion, andet?)

Har I oplevet at blive kontaktet af praksis-læger, med henblik på at arbejde med problemstillingen hos en specifik familie?

Hvilke muligheder har I for at gribe fat i problemstillingen (i forhold til ressourcer, fx mulighed for at afsætte x-antal besøg/telefonrådgivning, fremmøde til "åben konsultation")?

Vi er opmærksomme på at der eksisterer en overvægtsklinik i Struer kommune, samt at denne bygger på Holbæk modellen.

Er det muligt at få tilgang til noget af det materiale der benyttes her?

Hvor mange børn ses årligt i klinikken, i førskolealderen (3-6 år) cirka?

Har I et fast struktureret forløb (kan se der står 6 samtaler)?

Hvordan opstår første kontakt til klinikken, er det primært via. sundhedsplejersken, selvhenvendelse eller evt. fra almen praksis?

Deltog I i projektet 2012-2014, hvor det var muligt at henvise overvægtige børn og familier til diætistisk behandling i Herning Kommune? (Og i såfald, er det noget der arbejdes videre med?)

Vi håber du vil afsætte 5 min. til at svare på ovenstående. Forhåbentlig vil dit svar være med til at skabe større overblik og dermed sammenhæng i indsatsen til disse familier. Resultatet skulle gerne blive en "kogebog" til praksis over handlemuligheder, når der konstateres overvægt hos børn.

Ambitiøse hilsner

Trine og Janni

(Intet svar modtaget)

Kære Lone Viggers - eller rette vedkommende

Vi er to hoveduddannelseslæger i almen praksis som ønsker at sætte fokus på tidligt opsporet overvægt i førskolegruppen.

Vi er undervejs støt på information om at der er eller har været et tilbud kaldet "STOR" i Ernæringsenheden, Hospitalsenheden Vest. Angiveligt med et behandlingsforløb bestående af fem ambulatoriebesøg ved klinisk diætist og fysioterapeut. Findes dette stadig?

Eller er der andre specifikke tilbud/indsatser i Jeres regi?

I såfald hvem/hvornår giver det bedst mening at henvise til Jer?

Foreligger der instrukser/baggrundsmateriale som kunne ligge til grund for rådgivning og intervention i primærsektor?

Vi håber I vil afsætte lidt tid til at svare på ovenstående. Forhåbentlig vil Jeres svar være med til at skabe større overblik og dermed sammenhæng i indsatsen til disse familier. Resultatet skulle gerne blive en "kogebog" til praksis over handlemuligheder, når der konstateres overvægt hos børn.

Ambitiøse hilsner..

Janni Dons og Trine Helms

14.15 (for 50 minutter
siden)

Lone Viggers,
ernæringschef, klinisk
diætist, NHH-
kandidat, MPA
24/1 2019



Tak for jeres mail dejligt at i har fokus på dette vigtige område☺og dejligt at i vil lave en "kogebog" til praksis. sig endelig til, hvis jeg kan hjælpe med noget.

Se mine svar nedenfor.

Kære Lone Viggers - eller rette vedkommende

Vi er to hoveduddannelseslæger i almen praksis som ønsker at sætte fokus på tidligt opsporet overvægt i førskolegruppen.

Vi er undervejs støt på information om at der er eller har været et tilbud kaldet "STOR" i Ernæringsenheden, Hospitalsenheden Vest. Angiveligt med et behandlingsforløb bestående af fem ambulatoriebesøg ved klinisk diætist og fysioterapeut. Findes dette stadig?

Dette behandlingsforløb er lukket ned i hospitalsregi hos os og overflyttet til kommunerne i vores klynge. Du bruger dog ikke den strukturerede måde, som vi anvendte. Jeg ved at Viborg sygehus, stadig har et tilbud til overvægtige børn og deres forældre. Holbæk sygehus har også et tilbud til overvægtige børn og deres familier.

Jeg synes det er oplagt at starte intervention i primærsektor fx hvis I opsporer børnene i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser. Jeg synes også samarbejdet i primær sektor skal være multidisciplinært/tværfagligt med deltagelse af læge, kliniks diætist, fysioterapeut og også gerne psykolog, hvor der er behov for det.

Jeg synes måske det kunne være relevant for jer at kontakte Sigrid Bjerge Gribsholt som er formand for Dansk selskab for Adipositasforskning (dsaf@dsaf.dk)

Eller er der andre specifikke tilbud/indsatser i Jeres regi?

Vi har alene tilbud om ernæringsbehandling ved klinisk diætist af svært overvægtige børn med anden ernæringsrelateret sygdom fx diabetes, hypertension, dyslipidæmi, fødemiddelallergi/intolerance m.fl.

I såfald hvem/hvornår giver det bedst mening at henvise til Jer?

Foreligger der instrukser/baggrundsmateriale som kunne ligge til grund for rådgivning og intervention i primærsektor?

Det ved jeg ikke, tjek evt. sst.dk.

Vi håber I vil afsætte lidt tid til at svare på ovenstående. Forhåbentlig vil Jeres svar være med til at skabe større overblik og dermed sammenhæng i indsatsen til disse familier. Resultatet skulle gerne blive en "kogebog" til praksis over handlemuligheder, når der konstateres overvægt hos børn.

Superrelevant og god ide. jeg deltager gerne i et møde for uddybning, hvis I finder det relevant.

Ambitiøse hilsner..

Jannie Dons og Trine Helms

Holbæk-metoden, som beskrevet på Holbæk Sygehus' hjemmeside

Behandlingen

Behandlingen indebærer kun 5 timers konsultationer per barn per år. Med denne indsats reduceres graden af overvægt hos 65-85% af børnene, i både primær og sekundær sektor, deres forældres grad af overvægt samt børnenes forhøjede blodtryk, kolesteroler, fedtlever og derudover forbedres børnenes livskvalitet.

"Der er særligt tre ting, der er vigtige at forstå. Det er, at man ser svær overvægt som en sygdom. Det er, at når man taber sig, så har kroppen et genialt system, der betyder, man lynhurtigt tager på igen. Det vil man, fordi det faktisk er farligt at tabe sin fedtmasse, så kroppen har et meget aggressivt hormonsystem til at genskabe fedtmassen. Og så er det pædagogikken om, hvad vi gør," siger Jens-Christian Holm.

"Overvægtige børn i almindelighed bliver forsømt. De er ofte ensomme og mange af dem deltager ikke i aktiviteter med deres jævnaldrende. De mangler selvtillid. Med denne ordning er der reelt håb for, at de kan tabe sig og blive glade for livet," siger Jens-Christian Holm til BBC.

15-20 enkle regler

Måden, hvorpå han og holdet på Børneafdelingen i Holbæk har hjulpet børnene, er meget enkel – og meget effektiv: Holdet udvikler en skræddersyet plan til hvert enkelt barn med 15-20 ændringer, der alle skal implementeres på en gang. Planen udvikles på baggrund af en samtale med barnet og forældrene omkring barnet og familiens madvaner og livsstil.

Blandt grundreglerne er, at barnet skal spise magert kødpålæg og skære ned på frugtindtaget. For eksempel skal frugt om eftermiddagen erstattes af havregryn eller en rugbrødsmad.

Middagsmaden skal serveres på tallerkenen og bestå af halvt grøntsager, en fjerdedel brune ris, pasta eller kartofler og en fjerdedel kød eller fisk. Der skal gå min. 20 minutter før barnet får serveret en evt. anden portion, da kroppen først skal have mulighed for at mærke, om den er mæt.

Fastfood, slik, chips og sodavand er ikke forbudt, men der er begrænsninger på.

Motion er en vigtig del af reglerne: Gå eller cykl til skole, gå til mindst en fysisk aktivitet og bevæg dig efter skole.

Resten af livet

"Selvom reglerne kan virke restriktive, så er det i bund og grund et udtryk for omsorg. Vi ved godt alle sammen, at det er ikke synd for børnene, at de ikke må spise slik. Men det er til gengæld synd for dem, hvis de får lov til at spise for meget slik."

"Børnene og deres forældre er nødt til at forstå, at behandlingen gælder 24/7 resten af livet. Ligesom med alle andre sygdomme, går det galt, hvis man glemmer sin medicin. På samme måde er det med overvægt, hvis man glemmer reglerne et halvt eller et helt år. Hvis man derimod er vedholdende hele livet, så får man ikke blot en højere livskvalitet. Man kommer også til et leve et længere og lykkeligere liv."

Familiens opbakning er afgørende

Det centrale for Holbæk-modellens succes er, at forældre og børn tager alle kost- og leverådene til sig og gør dem til deres egne valg og altså selv lærer at styre efter de nye leveregler. Det lykkes, og så er gevinsten endda dobbelt.

"Vores omsorg for dem bliver til en egenomsorg, som de får for deres eget liv, og det gælder ikke kun børnene. Forældrene er så centrale i processen, at de oftest selv lægger deres livsstil om. Vores forskning viser derfor også, at forældrene også taber sig markant, og at børnene i øvrigt derudover slipper af med deres forhøjede blodtryk, for høje kolesteroltal, og at de forbedrer deres livskvalitet, appetit og kropssopfattelse."

Holdbækmetoden, uddybet ved KORA's materiale

5.2 Beskrivelse af Holbæk-metoden

Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Børneafdelingen, Holbæk Sygehus, igangsatte i 2008 et behandlingstilbud til overvægtige børn og unge. Behandlingstilbuddet, også omtalt som Holbæk-metoden, er udviklet af børnelæge Jens-Christian Holm, som er den ansvarlige for overvægtsbehandlingen af børn og unge på Holbæk Sygehus. Metoden er blevet betegnet som et paradigmeskrift i forhold til hidtidige indsatser, da den tager afsæt i en forståelse af, at overvægt er en kronisk sygdom³³. Holbæk-metoden samt amerikanske ekspert anbefalinger danner endvidere grundlaget for Dansk Pædiatrisk Selskabs vejledning fra 2015 om behandling af svært overvægtige børn og unge (Johansen et al. 2015).

I de følgende afsnit beskrives behandlingsmetoden og de opnåede effekter.

5.2.1 Målgruppe

Målgruppen omfatter overvægtige børn og unge (3-22 år). Tilbuddet er løbende blevet ændret fra oprindeligt at omfatte overvægtige og svært overvægtige (90-percentilen) til kun at inkludere svært overvægtige (99-percentilen). Der tages imidlertid imod børn og unge mellem 90- til 99-percentilen, hvis de henvises (personlig kommunikation). Overvægtige defineres som et BMI over 90-percentilen i henhold til Nysom et al.'s (2001) danske køns- og aldersspecifikke BMI-referencekurver (Holm et al. 2011). De overvægtige børn og unge henvises til behandlingstilbuddet af praktiserende læger, skoler, kommuner og børneafdelinger (ibid.).

5.2.2 Beskrivelse af behandlingsmetoden

Holbæk-metoden er en familiecentreret, multidisciplinær, individorienteret behandling, hvor behandlingsplanen er baseret på en fysiologisk forståelse af den hormonelle regulering af kroppens fedtmasse og dennes modarbejdelse mod vægtreduktion (Holm 2012). Hele barnets og den unges familie inddrages i behandlingen, og de inviteres til at deltage i konsultationerne. Det betones i beskrivelsen af metoden, at kommunikationen til børnene og de unge og deres forældre er ærlig og direkte baseret på en empatisk, dybdegående og omfavnende pædagogisk tilgang (Stjerneholm et al. 2015). Det fremhæves yderligere, at metoden er baseret på en mere direkte og konfronterende pædagogik, hvor der på en gang sættes fokus på samtlige af de livsstilsændringer, der vurderes at skulle til for opnåelse af vægttab. Den pædagogiske tilgang bliver beskrevet nærmere i en bog, som er under udarbejdelse og forventes færdig primo 2017 (personlig kommunikation).

Den første samtale Ved den første samtale gives der indledningsvis en kort beskrivelse af den hormonelle regulering af fedtmassen i kroppen. Formålet er at give familierne en forståelse af, hvorfor det er så svært at reducere fedtmassen, og ikke mindst hvad der skal til, for at et vægttab lykkes over tid. Holbæk-metoden tager som nævnt afsæt i en forståelse af, at overvægt er en kronisk sygdom. I Stjerneholm et al. (2015) indikeres det, at det har en motiverende effekt på deltagerne og deres familie, at overvægt forklares som en kronisk sygdom, og vægttab forklares som reguleret af komplekse hormonsystemer, da det fjerner skyld- og skamfølelse fra familien.

Ved den første samtale foretages yderligere en gennemgang af barnets levevis og familiens individuelle udfordringer hvad angår vægtkontrol. Her spørges der bl.a. ind til kostvaner (fx indtagelse af slik, sodavand, morgenmad og portionsstørrelse), sengetider samt oplysninger om spiseforstyrrelser, aktivitets- og inaktivitetsvaner, herunder tidsforbrug foran fjernsyn og computer. Derudover spørges ind til sociale forhold såsom mobning samt livskvalitet målt på en

³³ Dette er i tråd med den amerikanske lægeforening, der har anerkendt overvægt som en sygdom (American Medical Association House of Delegates 2013), den canadiske lægeforening 9.10.2015, samt det europæiske ekspertråd (COTF under EASO).

49

visuel, analog skala (Johansen et al. 2015, Mollerup [2012]). Svarene anvendes til at udforme en individualiseret behandlingsplan (beskrevet nedenfor) (Holm et al. 2011). Endvidere foretages en objektiv undersøgelse indbefattende måling af højde, vægt, taljemål, hoftemål og blodtryk (Johansen et al. 2015, Mollerup [2012]).

Individualiseret behandlingsplan Helt centralt i behandlingen er den individuelle behandlingsplan, som udarbejdes til hvert barn til sidst i den første konsultation. Behandlingsplanen skræddersyes specifikt til det enkelte barn på baggrund af oplysninger om barnets/den unges og familiens daglige rutiner (Holm et al. 2011). Behandlingsplanen viser konkret, hvilke ting barnet skal ændre. Typisk består behandlingsplanen af 10-20 punkter, der beskriver, hvilke kost- og adfærdsændringer barnet og den unge med forældrenes hjælp skal gennemføre (ibid.). Målet med behandlingsplanen er at reducere barnets kalorieindtag og samtidig øge den fysiske aktivitet for herigennem at opnå et væggtab (Johansen et al. 2015). For at sikre et væggtab vurderes det nødvendigt, at der er kontrol med de fleste faktorer vedrørende vægtreduktion, dvs. ernæring, aktivitet, inaktivitet, sukkersøde indtag og sukkertrang, energirige ernæringsemner, spiseforstyrrelse, psykosocial funktion m.m. på én gang (Holm 2012). Dette er bevæggrunden for, at der ved behandlingens begyndelse opstilles så mange enkelte livstilsændringspunkter, som barnet og dets familie skal efterleve, frem for alternativt at introducere dem trinvis. Grundelementer i forhold til udformningen af livstilsændringerne i behandlingsplanen er skitseret i Boks 5.1.

Boks 5.1 Skitsering af grundelementerne i behandlingsrådene i Holbækmetoden

Grundelementerne vil i den konkrete individuelle behandlingsplan blive formuleret som fx 1) ikke chokopops, guldorn etc., 2) i stedet havregryn, havregrød, rugfræs, minifras eller ristet rugbrød med 1-6 % pålæg

Kostråd (formål at reducere kalorieindtag)

Råd i forhold til de enkelte måltider:

- 4-5 (6) måltider pr. dag, der bør sikre moderat mæthed hele dagen.
- Morgenmad bør indtages dagligt og bør bestå af fuldkornsprodukter (brød) med fedtfattigt pålæg, havregryn, fuldkorns morgenmadsprodukter, æg og fedtfattig mælk.
- Frokost: Fuldkornsbrød med fedtfattigt pålæg og grøntsager.
- Mellemmåltider: Fuldkornsprodukter (brød, havregryn etc.), grøntsager. Pålæg (helst fedtfattig – optimalt 6 % fedt).
- Aftensmad: Måltider bør serveres i begrænsede portioner i henhold til T-model eller "sund tallerken model", hvilket vil sige, at grøntsager udgør halvdelen af portionen, 25 % udgøres af korn eller stivelsesholdige grøntsager, mens de sidste 25 % udgøres af magre proteiner.

Måltidet kan indledes med indtagelse af et stort glas vand. Der skal helst kun serveres én portion. Efter indtagelse af den første portion skal barnet vente mindst 20 minutter, før en anden portion overvejes serveret.

Generelle råd vedrørende fødeindtagelse:

- Brød og pasta bør altid være fuldkornsvarianter. Hvidt brød bør undgås.
- Ingen smør eller "spreads" på brødet. Smør anbefales helt fjernet fra hjemmet.
- Magert pålæg med maks. 6 % fedt.

50

Boks 5.1 Skitsering af grundelementerne i behandlingsrådene i Holbækmetoden

- Fibre svarende til fiber 5+ gram-reglen, dvs. 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. Det anbefales, at læskedrikke fjernes fra hjemmet.

Andre råd vedrørende fødeindtagelse:

- 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/motion i forhold til at sikre stigende energiforbrug/reduceret inaktivitet

- Maksimalt 2 timer skærmtid (tv, pc, mobiltelefon osv.) dagligt foruden skolens arbejde. Denne begrænsning er aldersafhængig (yngre børn bør begrænses til en endnu kortere skærmtid).
- Tidsovervågning, fx anvendelse af mobiltelefon som et redskab til at sikre, at skærmtiden overholdes.
- Skærmtid først efter kl. 17 (med undtagelse af skolerelateret skærmtid).
- Mindst én times daglig motion (skal medføre en betydelig stigning i puls/at barnet kommer til at svede. Hver session skal vare mindst 20 minutter).
- Holdsportsaktiviteter bør tilskyndes.
- Daglig transport til og fra skole bør ske til fods/på cykel, hvis dette ikke udgør en trafikrelateret fare.
- Mange familier har positiv effekt af at bruge skridttællere.

Søvn

- Ingen skærmtid efter sengetid.
- Alderssvarende sengetid og antal timers søvn.

Kilde: (Johansen et al. 2015).

Behandlingsplanen, som familien arbejder med frem til næste konsultation, udleveres skriftligt til familien (Mollerup 2012). Den efterfølgende behandling tager dels udgangspunkt i ændringer i højde og vægt, dels hvorledes behandlingsplanen er blevet implementeret i patientforløbet (Holm et al. 2011). Der følges således op på, om patienten følger behandlingsplanen, og eventuelle udfordringer i forhold til efterlevelse af behandlingsplanen forsøges håndteret.

51

Familieinddragelse er centralt Det er yderligere centralt, at hele barnets/den unges familie inddrages i behandlingen³⁴. Familien som helhed bør således støtte initiativet og være involveret i behandlingen, herunder overholde de samme kostråd som patienten (Johansen et al. 2015). Foruden fokus på ernæring og fysisk aktivitet kan det også være relevant at adressere elementer som forkælelse og omsorgssvigt i forbindelse med behandlingen (Holm 2012).

Hvem varetager behandling? Behandlingen varetages af børnelæge, diætist samt eventuelt sygeplejerske, psykolog eller socialrådgiver. Den første samtale i behandlingsforløbet varetages af børnelægen. Barnet/den unge og dets familie ses herefter på skift af de involverede personalegrupper afhængig af den enkeltes behov (Holm 2012).

Frekvens for kontakt og varighed af indsatsen Børnene og deres forældre kommer til ambulant vejledning hver 6.-8. uge afhængig af barnets/forældrenes behov. Behandlingsforløbet varer, indtil behandlingsmålet er opnået. Behandlingsmålet er vilkårligt sat til en BMI under 75-percentilen for køn og alder (Holm et al. 2011). Børnene kan således blive i behandlingen i flere år – indtil de er 22 år, hvis der er behov for det. Hvis en patient udebliver ca. 3 gange fra planlagte konsultationer, afsluttes forløbet automatisk (afhængig af kontakt og årsager).

Ressourceforbrug De involverede sundhedsprofessionelle medarbejdere anvender tilsammen i gennemsnit 5,4 timer pr. patient pr. år (Holm et al. 2011).

5.2.3 Dokumentation

Der pågår løbende dokumentation og forskning i forhold til behandlingsmetodens resultater. Siden igangsættelsen af behandlingsmetoden i 2008 er der således løbende foretaget en bred og systematisk dataindsamling. Enheden for Overvægtige Børn og Unge råder således over en database, hvor der samles relevante oplysninger om børnenes/de unges madvaner, fysisk aktivitets- og inaktivitetsniveau

samt fysisk, psykisk og social udvikling. Endvidere indsamles der biologiske prøver af blod, urin, spyt og afføring, som opbevares i Den Danske Biobank for Overvægtige Børn³⁵.

Den omfattende dataindsamling har allerede dannet grundlag for en lang række forskellige videnskabelige artikler. Artikler omhandlende dokumentation af effekten bliver omtalt i det følgende afsnit.

5.2.4 Effekt

Af Holm et al. (2011) fremgår det, at 68,7 % af patienterne opnår en reduktion af BMI SDS efter et års behandling ved Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Holbæk Sygehus. Den gennemsnitlige reduktion i BMI SDS er i studiet henholdsvis 0,23 for pigerne og 0,32 for drengene (begge reduktioner signifikante, $p < 0.0001$). Resultatet for etårs-opfølgningen er baseret på data fra 265 overvægtige børn og unge. Kun 26 af patienterne var efter et år droppet ud af behandlingen, hvilket svarer til en fastholdelsesprocent på 91,2 %, som må siges at være meget flot. Resultaterne af toårs-opfølgningen i studiet viser, at 62,5 % af patienterne har tabt sig, mens 25 % er droppet ud. Det skal bemærkes, at resultaterne for toårs-opfølgningen kun er baseret på opgørelse af data fra 24 patienter på grund af, at der ikke havde været flere patienter involveret i behandlingen i to år ved opgørelsestidspunktet.

34 Som udgangspunkt forsøges hele familien inddraget, men der stilles ikke krav til, at de er involveret.

35 Den Danske Biobank for Overvægtige Børn indeholder både materiale for normal- og overvægtige børn.

52

Studier fra Holbæk Sygehus har ligeledes vist signifikant forbedring af kolesteroltallene (Nielsen et al. 2012), lavere blodtryk (Hvidt et al. 2014) samt reduktion af fedt i lever og muskler (Fonvig et al. 2015). Endvidere tyder det på, at behandlingen ud over at reducere vægten også forbedrer livskvaliteten hos patienterne samt påvirker forældrenes grad af overvægt positivt (personlig kommunikation, artiklen er i anden reviewrunde).

Der er ikke inkluderet en kontrolgruppe i effektstudierne af Holbæk-metoden, hvilket er en klar metodisk svaghed. Den manglende inklusion af en kontrolgruppe gør principielt, at den observerede reduktion i BMI SDS ikke kan konkluderes at være et resultat af behandlingen, men reelt kan skyldes andre faktorer. Set i lyset af, at effekterne genfindes ved implementering af Holbæk-metoden andre steder (se næste afsnit 5.2.5), og det faktum, at det generelt er svært at vise effekter af overvægtsindsatser, gør det imidlertid svært at negligere effekterne fra Holbæk Sygehus.

5.2.5 Udbredelse

Der har igennem de senere år været en stor interesse for Holbæk-metoden nationalt såvel som internationalt. I Danmark er Holbæk-metoden således blevet implementeret både som hospitalsbaseret indsats (Børne- og Ungeafdelingen, Hillerød Hospital), som shared care-indsats mellem hospital og kommuner (Børne- og Ungeafdelingen Hillerød Hospital³⁶ og Børneafdelingen Regionshospitalet Randers) samt som ren kommunal indsats i en række kommuner³⁷.

Resultaterne fra Hillerød Hospital (hospitalsbaseret indsats), baseret på data fra 313 inkluderede svært overvægtige³⁸ børn og unge, viser en gennemsnitlig reduktion i BMI SDS på 0,30 hos drenge og 0,19 hos piger efter et års behandling (Most et al. 2015). Efter to års behandling ses en reduktion i den gennemsnitlige BMI SDS på 0,40 hos drengene og 0,24 hos pigerne. Alle resultater er signifikante ($p < 0,0001$). Fastholdelsesraten i behandlingen er henholdsvis 76 % og 57 % efter et og to års behandling. Mediantiden for sundhedspersonalets tidsforbrug er 4,5 timer pr. år pr. patient (interval fra 0,5-25,4 timer) (ibid.). Resultaterne fra Hillerød Hospital er ikke baseret på et kontrolleret studie, men overordnet genfindes resultaterne fra den oprindelige effektevaluering af Holbæk-metoden ved Holm et al. (2011).

Enheden for Overvægtige Børn og unge, Børneafdelingen, Holbæk Sygehus igangsatte i 2012 et pilotprojektet med 8 kommuner. Formålet var at undersøge, om behandling efter Holbækmetoden er lige så effektiv, hvis den varetages af kommunerne, som når den foregår på en børneafdeling. I den kommunale behandling er det sundhedsplejersker og kostvejledere, der følger de overvægtige børn og unge³⁹. For at sikre, at den kommunale indsats foretages efter principperne i Holbæk-metoden, har de kommunale sundhedsplejersker og kostvejledere løbende modtaget oplærings- og undervisningsdage på Børneafdelingen på Holbæk Sygehus samt modtaget supervision lokalt af sygeplejerske fra Børneafdelingen (Region Sjælland 2012). En opgørelse over de foreløbige resultater af Holbæk-metoden anvendt i kommunalt regi indikerer, at metoden også er effektiv, når den anvendes i en kommunal setting (Møllerup &

36 Børne- og Ungeafdelingen, Hillerød Hospital, har siden 2011 haft tre samarbejdsprojekter med kommuner. Det første med Helsingør og Rudersdal Kommuner (2011-2015), det andet med Frederiksberg og Halsnæs Kommuner (2013-2016), og det tredje med Frederikssund, Fredensborg, Furesø, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød og Rudersdal Kommuner (2014-2017) (Vestergaard 2016, Andersen, Højgaard & Teilmann 2014). 37 Otte kommuner har indgået etableret overvægtsklinikker i samarbejde med Holbæk Sygehus. Samarbejdet har handlet om uddannelse af og sparring til de kommunale fagpersoner samt dataindsamling og -behandling med henblik på at dokumentere, om behandlingsresultaterne fra Holbæk Sygehus kan reproducere i kommunalt regi (Møllerup [2012]) De otte kommuner er: Kalundborg, Stevns, Holbæk, Slagelse, Kolding, Vejle, Horsens og Hedensted. Andre kommuner har gennemgået kursusforløb med personale fra Holbæk Sygehus og har etableret indsats, der i forskellig grad tager afsæt i Holbæk-metoden. 38 Inklusionskriteriet var patienter mellem 5-18 år med en BMI over 99-percentilen i henhold til Nysom et al.'s (2001) danske køns- og aldersspecifikke BMI-referencekurver eller en stigning i BMI på mere end 5 percentiler over en 2-årig periode. 39 De inkluderede børn og unge er mellem 3-18 år og har en BMI over 90-percentilen for køn og alder.

Holm 2014). Sundhedspersonalet i kommunerne bruger i gennemsnit 6 timer pr. barn pr. år (ibid.). Det kan endvidere oplyses, at der er tre artikler på vej vedrørende Holbæk-metoden i kommuneregiet, som efter sigende skulle vise vægttab, reduceret grad af forhøjet blodtryk samt forbedret livskvalitet (personlig kommunikation).

I ovenstående eksempler på udbredelsen af Holbæk-metoden har Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Børneafdelingen, Holbæk Sygehus, været direkte involveret i implementeringen af metoden, og den implementerede metode svarer med få modifikationer til den oprindeligt anvendte metode. Holbæk-metoden har endvidere igennem de senere år dannet inspiration for mange kommuner og hospitaler, der har implementeret metoden i mere eller mindre modificeret grad. De afrapporterede effekter af Holbæk-metoden kan imidlertid kun forventes opnået, hvis den fulde metode implementeres. For indsats inspireret af Holbæk-metoden, men som kun indeholder delelementer fra denne, kræves selvstændige effektevalueringer for at kunne udtale sig om effekten heraf.

5.4 Opsamling

Holbæk-metoden synes at være lovende, både når den er forankret i hospitalsregi og i kommunalt regi. Hermed ikke sagt, at andre af de indsats, som kommunerne tilbyder til børn og unge med overvægt, ikke har effekt. Effekten heraf mangler imidlertid at blive dokumenteret. Det kan i den sammenhæng nævnes, at der er givet forholdsvis mange midler til Satspuljer med overvægtsfokus, men at disse er karakteriseret ved, at midlerne tilbageføres til socialt sårbare grupper i form af projektaktiviteter for disse borgere, og at de ikke kan anvendes til forskning. Der mangler således i høj grad forskning inden for området