



Klinisk vejledning

Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn



**Dansk Selskab for Almen Medicin – 2006
i samarbejde med Sundhedsstyrelsen**



Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn

Vejledningen er udarbejdet af
Pia Müller, speciallæge i almen medicin

Sekretariatsbistand

Lars Bjerrum, speciallæge i almen medicin og klinisk farmakologi, ph.d., konsulent for DSAM's kliniske vejledninger.

Anette Lindblad, sekretær for DSAM's kliniske vejledninger.

Tatjana Hejgaard, cand.brom., ph.d., akademisk medarbejder ved Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen (fra januar 2006).

Ulla Hølund, dr.odont., specialkonsulent ved Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen (indtil januar 2006).

En stor tak til nedenstående panel af kolleger og andre specialister, der har bidraget til, at vejledningen er i overensstemmelse med gældende aftaler om god klinisk praksis i Danmark.

Connie Brunsgård, speciallæge i almen medicin, kommunallæge

Kenneth Christiansen, klinisk diætist

Helle Grønbæk, psykolog

Marianne Nexmann, speciallæge i almen medicin, praksiskonsulent

Inge Lissau, seniorforsker, tandlæge, ph.d.

Lise Lundberg, bloklæge i almen medicin

Camilla Meyer, sundhedsplejerske

Kim Fleischer Michaelsen, professor, dr.med.sci.

Bettina Schotte, sundhedsplejerske

Lone Viggers, ernæringschef, klinisk diætist

Mie Aarup, speciallæge i almen medicin

Vejledningen er finansieret af og udarbejdet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Fonden for Tidsskrift for praktisk lægegering

Illustrationer: Catalina Ramón Klint

Sats og grafisk tilrettelæggelse: Lægeforeningens Forlag

Tryk: Zeuner Grafisk as, Odder

Oplag: 6.500 eksemplarer

ISBN: 87-91244-07-2

1. udgave – 1. oplag

© DSAM 2006

Vejledningen kan ses og bestilles hos www.dsam.dk, hos www.sst.dk eller hos Månedsskrift for Praktisk Lægegering, www.mpl.dk tlf. 3526 6785

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resume	5
Indledning	6
Vejledningens opbygning	9
De 7 kliniske trin	10
Klinisk trin 1 – Vurder vægtudviklingen hos barnet	10
Klinisk trin 2 – Vurder årsagen til den positive energibalance	13
Klinisk trin 3 – Vurder vægtrelaterede følgesygdomme	16
Klinisk trin 4 – Afgør, hvor vigtigt det er for barnets helbred at håndtere vægten, og beslut niveauet for behandling	17
Klinisk trin 5 – Fastlæg strategien for behandling af barnet og familien	20
Klinisk trin 6 – Vejled om behandlingsmål	28
Klinisk trin 7 – Gennemgå vægthåndteringsplanen	29
Det tværfaglige samarbejde	31
Nyttige adresser og supplerende litteratur	33
Litteraturliste	35

Forord

Denne vejledning er et værktøj til støtte i forbindelse med håndtering af overvægtige børn i almen praksis. Vejledningen er udarbejdet i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og er baseret på udenlandsk evidensbaseret materiale.

Den praktiserende læge har en nøgleposition i arbejdet med at forebygge og behandle overvægt hos børn. I forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser ved 3-, 4- og 5-års-alderen er det vigtigt, at lægen indtager rollen som sundhedsfaglig støtteperson i forbindelse med vægtproblemer hos børnene. En del af opgaven går ud på, at forældrene får den rette hjælp til at arbejde med problemstillingen i hjemmet og i barnets øvrige nære omgivelser. Lægen kan motivere familien til en livsstil, der forebygger svær overvægt, og hvis overvægten er opstået, har lægen en vigtig rolle med hensyn til at stille diagnosen, motivere til behandling og følge op på indsatsen. Den praktiserende læge har i det arbejde mulighed for samspil med en række aktører i kommunen, herunder den kommunale sundhedstjeneste.

I henhold til den nye Sundhedslov (per 1. januar 2007), får kommunen større ansvar for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, jf. §§ 118-126. Kommunen får således ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og skal sikre rammer og tilbud, der fremmer den sunde livsstil. Det er derfor forventeligt, at mange kommuner vil gøre en indsats over for de overvægtige børn og deres familier. Det er vigtigt, at lægen er underrettet om sådanne kommunale indsatser. Den praktiserende læge kan fx foreslå familien at genoptage kontakten til den kommunale sundhedstjeneste.

Det er vort håb, at vejledningen kan støtte og inspirere og gradvist vil blive implementeret i arbejdet med den voksende gruppe af overvægtige børn, der ses i almen praksis.

December 2006

Sundhedsstyrelsen
Else Smith, konst. medicinaldirektør

Dansk Selskab for Almen Medicin
Roar Maagaard, formand



Resume

Forebyggelse og behandling af overvægt hos førskolebørn er en fælles opgave for familien og de sundhedsprofessionelle. Den praktiserende læge har en særlig opgave med hensyn til opsporing og behandling hos førskolebørn, idet hun/han møder hovedparten af denne børnepopulation ved de forebyggende børneundersøgelser.

Vejledningen er opbygget i 7 kliniske trin, hvor den praktiserende læge ved 1. kliniske trin ser på barnets aktuelle vægt og højde og sætter målene i forhold til tidligere målinger. For børn under 2 år bruges højde/vægt-kurverne til hjælp i diagnosticeringen af overvægt, idet en værdi over 97-percentilen kan angive overvægt, og en værdi over 99-percentilen kan angive fedme. For børn fra 2-års-alderen bruges BMI-kurver i diagnosticeringen, hvor et BMI over 90-percentilen angiver overvægt og et BMI over 99-percentilen angiver fedme.

Finder den praktiserende læge en u hensigtsmæssig vægtudvikling hos barnet, giver de efterfølgende trin 2-4 forslag til, hvordan hun/han kan vurdere årsagen til overvægten og de vægtrelaterede gener af overvægten samt nødvendigheden af intervention. Trin 5-7 giver forslag til handlemuligheder og hjælp til beslutningen om strategi for at støtte familien i interventionen, som kræver små livsstilsændringer for hele familien over lang tid.



Indledning

Vejledningen er tænkt som et redskab til de praktiserende læger til at fremme arbejdet med opsporing og behandling af overvægt og fedme hos børn med henblik på at forbedre sundheden i den danske børnepopulation.

Prævalensen af overvægt og fedme vokser i epidemisk omfang, og på verdensplan findes ca. 1 milliard overvægtige og ca. 300 millioner svært overvægtige mennesker. Hos voksne er der konsensus om at anvende Body Mass Index (BMI) beregnet som vægten i kg/højden i meter² til at vurdere kropsvægten og bestemme graden af overvægt. Ifølge WHO defineres overvægt som et BMI >25, og fedme som et BMI >30 hos voksne. Hos voksne er BMI-kategorierne fastlagt ud fra studier om dødelighed.

Terminologien omkring overvægt og fedme er vanskeliggjort af, at der kan ligge en stigmatisering i betegnelsen »fed«, hvorfor der i denne vejledning også benyttes formuleringen »svær overvægt« i nogle sammenhænge i stedet for »fed«.

Definition af forekomst

I litteraturen samt i klinisk praksis findes der flere måder, hvorpå man kan definere overvægt og fedme hos børn. Et ideelt mål for definition af kropsfedme bør være præcist, entydigt og acceptabelt, tilgængeligt og veldokumenteret. Ingen af de eksisterende målemetoder opfylder disse kriterier for børn. Internationalt er der generelt konsensus om, at aldersrelateret BMI bør bruges, idet BMI er signifikant associeret med kropsfedme hos børn. Børn og unges overvægtsgrad klassificeres ud fra andre BMI-grænser end voksnes, fordi børns BMI varierer meget med alderen.

Denne vejledning anbefaler, at de praktiserede læger anvender aldersrelaterede BMI-kurver med tilsvarende percentiler for børn >2 år. For børn <2 år anvendes højde/vægt-kurver (se side 10-11). På BMI-kurverne defineres overvægt som BMI-værdier over 90-percentilen og fedme som BMI-værdier over 99-percentilen. På højde/vægt-kurverne defineres overvægt hos et barn som BMI-værdier over 97-percentilen og fedme som BMI-værdier over 99-percentilen.

WHO offentliggjorde nye idealkurver for vækst for børn i alderen 0-6 år i april 2006. Disse indeholder også BMI-kurver. Der er endnu ikke taget stilling til, om disse kurver skal bruges til vækstmonitorering i primærsektoren, og det er endnu uvist, hvordan disse værdier ligger i forhold til de eksisterende danske kurver.

Forekomst og udvikling af overvægt og svær overvægt blandt børn i Danmark

Et WHO-koordineret studie, Health Behavior in Schoolchildren (HBSC), viser, at forekomsten af overvægt og fedme hos danske skolebørn ligger lavt i forhold til andre europæiske lande (1). I Høje Taastrup Kommune gennemførte Sundhedsplejen i 2004 et projekt, hvor samtlige 650 3½-årige børn fik tilbudt besøg

af en sundhedsplejerske for blandt andet at finde ud af, hvor mange af børnene i denne aldersgruppe, der var overvægtige. 81% tog imod tilbuddet. Man fandt 5% overvægtige børn, mens der i børnehaveklasserne var 10-12% overvægtige børn (2).

I Danmark foretages der systematisk monitorering af højde og vægt hos børn i almen praksis ved de profylaktiske børneundersøgelser, men disse data registreres ikke nationalt.

I skolealderen måles og vejes børn og unge af skolesundhedstjenesten. En undersøgelse blandt danske skolebørn viser, at overvægt hos børn og unge er fordoblet fra 1970'erne til 1990'erne (3). Data om københavnske skolebørn viser, at der gennem de sidste 50 år er sket en mangedobling i forekomsten af overvægt og svær overvægt, både blandt drenge og piger (4).

Udviklingen nationalt og internationalt har bevirket, at man fra Sundhedsstyrelsens side er fremkommet med en række forslag, som kan medvirke til en stagnering i vægtstigningen hos børn (5). Udviklingen internationalt gør, at gode tiltag bør initieres sideløbende med, at vi afventer yderligere evidens for tiltag, som medvirker til et fald i BMI.

Overvægts betydning for børns trivsel

Overvægt er problematisk for det enkelte barn. Overvægtige børn udsættes hyppigere for drillerier og mobning, og de har en øget risiko for at udvikle metabolisk sygdom (6). Da overvægt hos børn hyppigt fortsætter i voksenlivet (7), er tidlig intervention hensigtsmæssig.

Den praktiserende læges rolle i opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn

De praktiserende læger er første led i det danske sundhedsvæsen, og de praktiserende læger møder familierne gennem de profylaktiske børneundersøgelser. Ved disse undersøgelser følger den praktiserende læge førskolebørnenes sundhedstilstand og har derfor mulighed for at informere og støtte familierne til en sund adfærd. Derfor er denne vejledning først og fremmest rettet mod opsporing og eventuel intervention blandt førskolebørn med uhensigtsmæssig vægtudvikling. I forbindelse med Landsoverenskomsten fra 2006 er der nu mulighed for at tilbyde aftalt forebyggelseskonsultation (ydelsesnr. 0106). Vejledningen kan bruges som et redskab ved forebyggelseskonsultationer, der fx kunne være en opfølgning efter en børneundersøgelse, hvor der er set tegn på en uhensigtsmæssig vægtudvikling, og hvor familien har indvilliget i at modtage støtte fra egen læge. Den praktiserende læge kan ikke alene løfte opgaven i interventionen over for overvægt hos børn. Det vil være forskelligt fra praksis til praksis, hvor megen støtte og behandling lægen eller det ansatte personale har mulighed for at tilbyde familier med behov.



Metode og overvejelser ved udformning af vejledningen

Vejledningen er baseret på den mere detaljerede, evidensbaserede »Clinical Practice Guidelines for the Management for Overweight and Obesity in Children and Adolescents« produceret af National Health and Medical Research Council i Australien, udgivet i september 2003 (8). Der er foretaget en opdateret litteratursøgning, hvor der er anvendt samme systematiske søgestrategi som i den australske vejledning. Der er anvendt følgende søgeord: obesity (MESH), result, exercise, physical, sedentary, children 0-2 or 2-5 years. Der er søgt på al videnskabelig litteratur i Medline fra 2001 til medio 2005.

Søgningen gav ca. 500 artikler. Alle titler og abstracts blev gennemgået, og der blev indhentet 87 relevante fuldttekstartikler, hvoraf 15 er anvendt som referencer i vejledningen. Der er søgt krydsreferencer på alle læste artikler. Derudover er der refereret til ny dansk litteratur og rapporter på området.

Behandlingsstrategierne til overvægtige børn er konventionelle kostråd, øget fysisk aktivitet og adfærdsmodifikation. Et Cochrane-review fra 2005, inkluderende 10 langtidsstudier (mere end 12 måneder) og 12 korttidsstudier, kunne ikke dokumentere, at tiltag omkring fysisk aktivitet og kost havde effekt på BMI (9). I flere af studierne fik børnene imidlertid en mere hensigtsmæssig adfærd set ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt. Kun tre af de 22 studier intervererede over for børn i førskolealderen, og ingen af studierne foregik i almen praksis. Alle studierne havde metodesvagheder. Evidensen for intervention rettet mod førskolebørn er således yderst sparsom.

Vejledningens opbygning

Vejledningen er efter inspiration fra den australske vejledning opbygget i trin med spørgsmål og svar. De 7 kliniske trin er resumeret herunder og er desuden vist på det medfølgende plastark.

Klinisk Trin 1 – Vurder vægtudviklingen hos barnet

Klinisk Trin 2 – Vurder årsagen til den positive energibalance

Klinisk Trin 3 – Vurder vægtrelaterede følgesygdomme

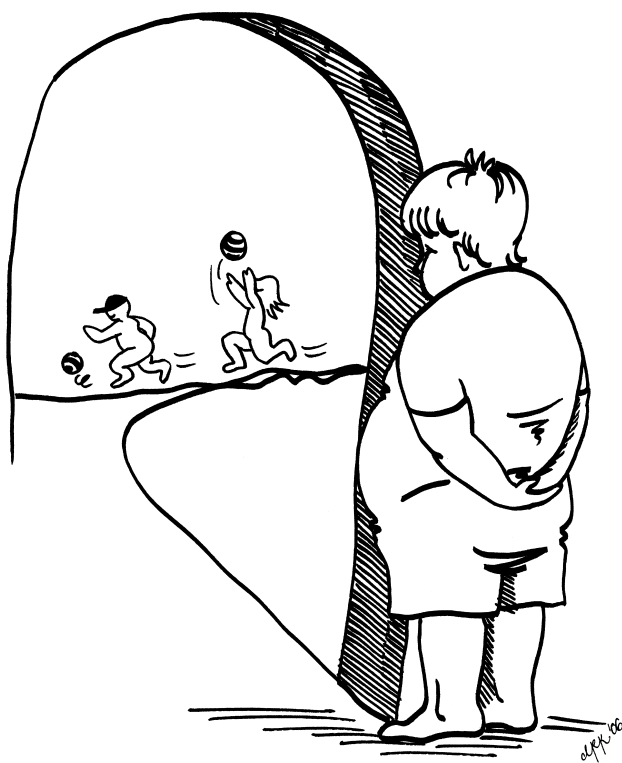
Klinisk Trin 4 – Afgør, hvor vigtigt det er for barnets helbred at håndtere vægten, og beslut niveauet for behandling

Klinisk Trin 5 – Fastlæg strategien for behandling af barnet og familien

Klinisk Trin 6 – Vejled om behandlingsmål

Klinisk Trin 7 – Gennemgå vægthåndteringsplanen

På hvert trin møder vi Kasper på 5 år sammen med hans familie.



De 7 kliniske trin

Klinisk trin 1 – Vurder vægtudviklingen hos barnet

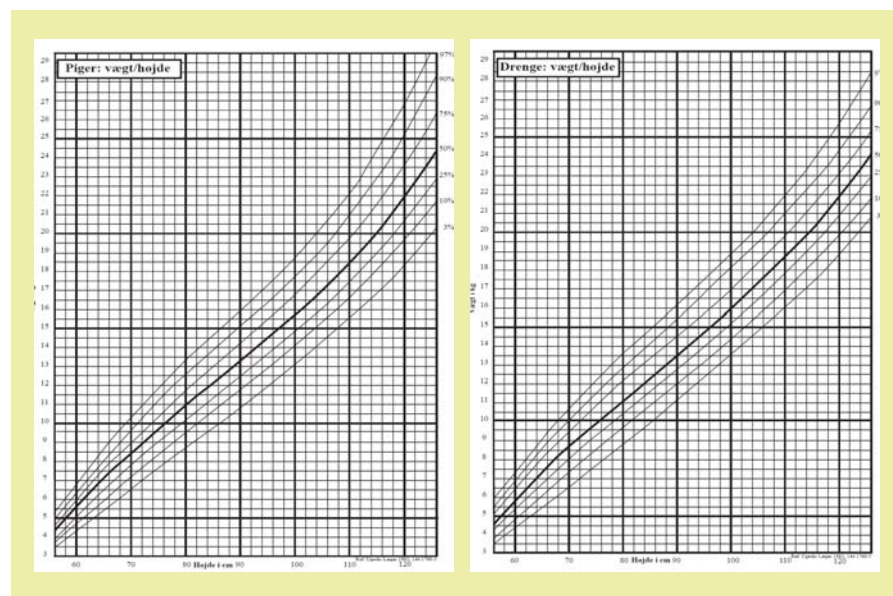
Hvordan måler man overvægt og fedme hos førskolebørn?

Langt hovedparten af børn med overvægt og fedme lider af simpel overvægt (adipositas simplex), hvor overvægten ikke skyldes en tilgrundliggende sygdom.

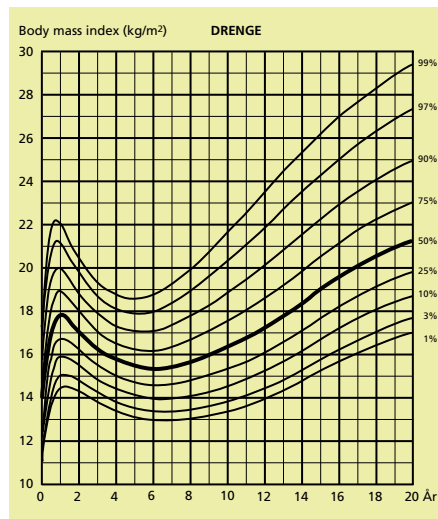
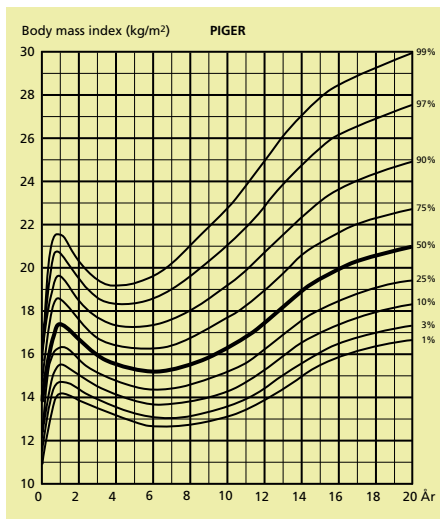
Undersøgelse for simpel overvægt foretages ved, at barnet vurderes i undertøj. Mål og vej barnet og udregn BMI, hvis barnet er >2 år.

Hvis barnet er < 2 år, vurderes som vanligt ud fra de højde/vægt-kurver, der er blevet anvendt gennem mange år i almen praksis.

Den traditionelle og hyppigst anvendte metode i almen praksis til at vurdere børns overvægtsgrad er at plote deres vægt og højde ind på en højde/vægt-kurve. Ved denne metode kan en værdi over 97-percentilen angive overvægt, og en værdi over 99-percentilen kan angive svær overvægt. 99-percentilen er dog ikke optegnet på de danske kurver, hvorfor det kan være vanskeligt at foretage en nøjagtig vurdering af en eventuel overvægt. Se nedenstående kurver for piger og drenge.

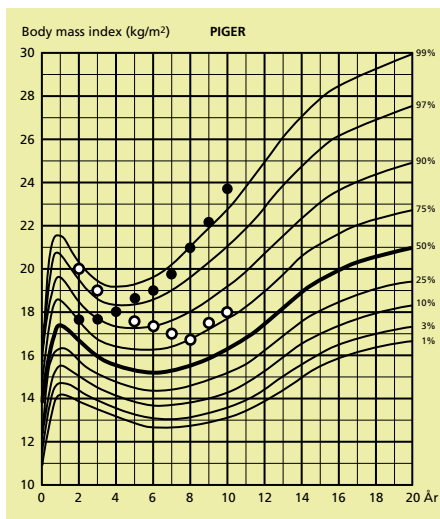


Den ny metode til vurdering af overvægt og fedme hos børn >2 år er en beregning af BMI, som er vægten i kg/højden i meter². Som anført i indledningen anbefaler man nu internationalt at anvende BMI til at følge vægtudviklingen hos børn. Normalværdierne for BMI hos børn er aldersrelaterede, hvilket ses af BMI-kurver for henholdsvis piger og drenge på næste side.



Det er vigtigt at følge vægten over tid. Anvend derfor altid BMI-skema.

Et BMI over 90-percentilen angiver overvægt, hvilket bør skærpe den praktiserende læges opmærksomhed – især hvis begge forældre er overvægtige, eller barnet over tid krydser percentilerne opad. Et BMI over 99-percentilen angiver svær overvægt, som kræver intervention (6) (jf. Klinisk trin 4). En enkelt BMI-værdi beliggende over 90-percentilen siger ikke noget om, hvorvidt barnet har en vægtudvikling i positiv eller negativ retning.



Pige (●)		Pige (○)	
alder, år	BMI	alder, år	BMI
2	17,7	2	20,0
3	17,7	3	19,0
4	18,0	4	18,0
5	18,5	5	17,7
6	19,0	6	17,4
7	19,8	7	17,1
8	20,9	8	17,0
9	22,1	9	17,5
10	23,8	10	18,0

Her ses vægtudviklingen hos to piger på 10 år. Som det fremgår af kurverne har begge piger et BMI på 18 ved 4-års-undersøgelsen, hvilket er over 90-percentilen og derfor indikerer overvægt. Den ene pige (○) er inde i en vægtudvikling mod normalområdet – medens den anden pige (●) er inde i en vægtudvikling mod svær overvægt ved 4-års-undersøgelsen. Kurverne illustrerer, at man ikke kan forholde sig til, hvorvidt et enkelt BMI bør udløse forebyggende tiltag. Det er nødvendigt at have kendskab til BMI ved 2-års og 3-års-undersøgelsen for at kunne prioritere niveauet for eventuel intervention.



Hvis afvigelsen fra BMI-percentilen 90% er marginal, kan barnet revurderes efter seks måneder ved en konsultation eller en forebyggelseskonsultation, før man tilbyder en egentlig intervention.

Overvej sygdom som årsag til overvægt, hvis:

- Højden er under gennemsnittet
- Barnet har dyskrine træk
- Den psykomotoriske udvikling er forsinket
- Vægtstigningen er sket pludseligt.

Ved mistanke om sygdom henvises til pædiater.

Hvad er normal højdevækst?

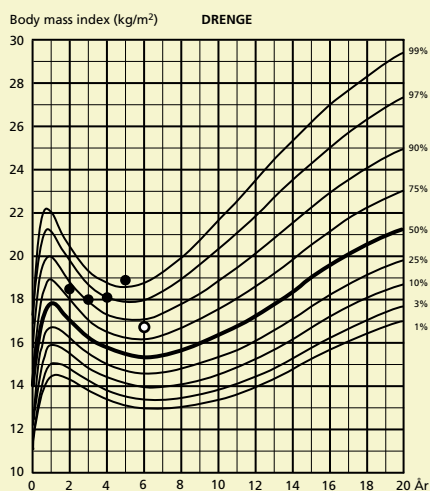
Højdevæksten er størst lige efter fødslen og det første af barnets leveår og aftager med starten af puberteten. Almindeligvis vokser førskolebarnet regelmæssigt. En tommelfingerregel siger 25 cm det første år og herefter ca. 10 cm årligt frem til skolealderen.

Hvornår er der øget risiko for overvægt og fedme hos barnet?

Hvis blot en af barnets forældre er overvægtig, er barnet i livslang risiko for at udvikle overvægt. Der er derfor god grund til at starte intervention i familielivsstil tidligt, hvis dette er tilfældet.

Begynder barnets BMI at krydse percentiler opad før 5-års-alderen, er der øget risiko for overvægt og fedme i voksenalderen, og der bør interverneres over for familiens livsstil.





**Kasper 5 år, højde 119 cm,
vægt 26,7 kg**

Alder, år	BMI
2	18,8
3	17,9
4	18,1
5	18,9

Kasper er til 5-års-undersøgelse hos sin læge sammen med sin mor, Karin. Kaspers vægt og højde plottes ind på kurven. Kasper har en søster, Karoline på 12 år, som er overvægtig. Karin har et BMI på 30, og Kaspers far, Klaus, har et BMI på 32. Som det ses af kurven, krydser Kaspers BMI-værdier opad ved 3-4-års-alderen. Med udgangspunkt i Kaspers BMI-kurve kan lægen invitere Kaspers mor og far til en aftalt forebyggelseskonsultation, hvor Karin og Klaus kan diskutere familiens livsstil med lægen, der igen kan tilbyde eller visitere til støtte omkring livsstilsintervention. Såfremt Kasper vokser med 6 cm i længden, til han bliver 6 år, vil han ved vægtstabilisering (dvs. at han forsøger at undgå at tage på, men på den anden side heller ikke taber sig) nå under 90-percentilen i løbet af et år. Hans BMI vil da være $26,7 \text{ kg}/1,6 = 16,7$.

Klinisk trin 2 – Vurder årsagen til den positive energibalance

Hvorfor er barnet overvægtigt?

Positiv energibalance

Når energiindtaget (mad og drikke) over en lang periode overstiger energiforbruget (metabolisme, varmeproduktion og fysisk aktivitet), fører det til en positiv energibalance og dermed ophobning af fedt i kroppen. Et karakteristisk træk for almindelig fedme i barnealderen er, at noget af energioverskuddet går til øget længdevækst. Selv om dette ikke helt kompenserer for overernæring, betyder det, at barnet vil blive såvel højt for alderen som tungt for alderen.

Familie, nærmiljø og institution kan have indflydelse på vægtøgning og manglende evne til at tabe sig. Afdækning af følgende er vigtigt for at finde årsager til udvikling af overvægt hos børn:

Fysisk aktivitet

- Daglig transportform (går, cykler, kører i bil).
- Stillesiddende skærmaktiviteter (computer, playstation, tv).



- Barnets/familiens faste aktiviteter uden for hjemmet (sport, motion, rytmik, teater).
- Legemuligheder i nærmiljøet (indendørs, udendørs).

Kost

- Måltidsvaner (morgenmad, frokost, aftensmad, mellemmåltider), hygge (slik, kager, chokolade, kiks, chips), antal portioner, portionsstørrelser, spises der op? Vurdering af kræsenhed.
- Indtag af drikke (mælk – hvilken type?), sodavand, saftvand, juice, kakao-mælk, drikkeyoghurt.
- Måltider (spises der samlet eller individuelt, foran tv, ved spisebord eller køkkenbord?).

Indsigt og accept

- Forældrenes forklaring på barnets overvægt (hvalpefedt, tunge knogler, genetik).
- Forældrenes tanker om barnets overvægt.

Barnets energibehov og energiforbrug kan beregnes ved basalstofskiftet (kJ per døgn) = vægt i kg × 100.

Ud fra dette kan man let vurdere et barns basalstofskifte. Basalstofskiftet øges med en faktor 6-10 ved høj fysisk aktivitet (fx hurtigt løb og armgang), en faktor 4-5 ved moderat fysisk aktivitet (fx cykling) og en faktor 2-3 ved lav fysisk aktivitet (fx leg i sandkasse).

Fra kalorier til joule ganges med 4,184:

1 cal = 4,184 J

1 kcal = 4,184 kJ

Fra joule til kalorier ganges med 0,239:

1 J = 0,239 cal

1 kJ = 0,239 kcal

Kasper på 5 år vejer 26,7 kg og er 1,19 m høj. BMI beregnes ($26,7/1,19 \times 1,19$) til 18,9. Basalstofskiftet er $26,7 \times 100 = 2670$ kJ/døgn = 111 kJ/time. Ved høj fysisk aktivitet øges stofskiftet til ca. 650-1000 kJ/time. Hvis Kasper har stillesiddende aktivitet i fx 4 timer dagligt, hvor stofskiftet er tæt på basalstofskiftet, og i stedet bruger en af de fire timer på moderat til høj fysisk aktivitet, vil han forbruge ca. 500 kJ ekstra om dagen, dvs. han vil have et energiunderskud. Samtidig vil han have svært ved at spise i den time, hvor han er aktiv. Det kan hjælpe ham til at stabilisere sin vægt over tid – såfremt han ikke kompenserer med øget kalorieindtag! Et energiunderskud på 20 kJ resulterer i et vægttab på 1 g. Et energiunderskud på 500 kJ per dag vil svare til 25 g vægttab dagligt. 500 kJ svarer til ca. to småkager eller to kiks. Det er således meget små ændringer, der skal til, for at Kasper bliver i stand til at vægtstabilisere, men forældrene skal selvfølgelig være vedholdende i at støtte ham i fysisk aktivitet og sund kost i tilpas mængde.

Genetisk indflydelse

En genetisk disposition til fedme kan påvirke hastigheden, hvormed vægten øges eller tabes hos børn. Dette faktum kan gøre livsstilsintervention hos denne patientgruppe ekstra udfordrende. Overvægtige forældre er en stærk risikofak-

tor for fremtidig fedme, hvis overvægt eller fedme ikke allerede er til stede hos barnet. Den største risiko for at blive overvægtig findes blandt børn med to overvægtige forældre (7).

Etnicitet

Man skal være opmærksom på, at børn med anden etnisk baggrund end dansk kan have en større risiko for fedme (10; 11). Ved livsstilsbesøgene i Høje Taastrup Kommune fandt man, at 14% af de tosprogede børn var overvægtige mod 5% af alle børnene (2).

Socialgruppe

Der er evidens for, at fedme har en social slagside, således at familier med lavere uddannelsesniveau har større risiko for overvægt. Den praktiserende læge bør derfor være særlig opmærksom på ressourcetsvage familier med tendens til overvægt hos den ene eller begge forældre (6; 7; 11).

Medicinske årsager

Der er sammenhæng mellem fedme og en række endokrine forstyrrelser, såsom hypothyreoidisme (symptomer i form af væksthæmning, sen fontanellelukning, initiativløshed og fedme), Cushings sygdom (symptomer i form af fedme, moon-face, striae distensae, væksthæmning, hypertension) og væksthormonmangel eller -resistens (væksthæmning).

Børn med genetisk prædisposition til fedme starter ofte med at tage på i vægt før 5-års-alderen.

Et svært overvægtigt barn med nedsat højdevækst bør henvises til pædiater.

Kasper er meget glad for at spille på sin computer hjemme sammen med sin far. Han går til svømning, men han har ofte svært ved at være i vandet i længere tid på grund af sin astma. Han holder meget af at se Disneysjov sammen med Karoline om fredagen. Så deler de Matadormix og drikker cola. Kasper har ikke lært at cykle på grund af de trafikerede veje. Karin er fyret fra sit arbejde som service medarbejder, så hun kan sagtens køre Kasper til børnehaven i familiens gamle bil. Karin ville gerne tabe sig, har gået til vægtkontrol hos familiens læge, men lige nu har hun ikke overskud. Hun venter på, at det kommer.

Lægen viser igen Karin det opadgående BMI for sønnen og fortæller, at der kan være en sammenhæng mellem den måde Kasper spiser og bevæger sig på i forhold til vægtstigningen. Han tilbyder en snak om forebyggelse af yderligere vægtstigning i hele familien.



Klinisk trin 3 – Vurder vægtrelaterede følgesygdomme

Hvilke følgesygdomme er associeret med svær overvægt hos børn?

Der er rapporteret om yderst få følgesygdomme hos førskolebørn.

Det vigtigste i forhold til førskolebørn er at kortlægge barnets psykosociale situation, fx mobning.

Psykosociale problemer

Mange børn oplever drilleri og mobning på grund af deres størrelse og ringe fysiske formåen tidligt i deres liv. Dette kan resultere i utilfredshed med kroppen og negative oplevelser med fysiske aktiviteter, hvilket kan føre til en uheldig tilbagetrækning fra fysiske aktiviteter såsom leg og sport. Disse oplevelser, samt den sociale tilbagetrækning kan føre til social isolation og ensomhed, uhensigtsmæssigt spisemønster og lavt selvværd (6; 7).

Insulinresistens og type 2-diabetes

Type 2-diabetes ses yderst sjældent hos børn under 10 år. Visse etniske grupper er specielt udsat for at udvikle type 2-diabetes, hvis de udvikler fedme, og her kan type 2-diabetes forekomme før 10-års-alderen (12). Det gælder bl.a. børn af pakistansk, indisk eller arabisk herkomst (10).

Bevægeapparatet

Fodpronation eller platfod er den mest almindelige ortopædiske følgesygdom ved overvægt og fedme. Hos førskolebørn er platfod imidlertid fysiologisk. Hos førskolebørn ses en sjælden gang en patologisk bøjning af tibia, formentlig pga. væksthæmning ved epifyseskiven som følge af et stort tryk i vækstzonen. Dette kaldes Blounts sygdom.

Respiratorisk

Obstruktiv søvnapnø og astma, kan være følge til overvægt hos børn. Børn med høj vægt enten ved fødslen eller senere i barndommen har øget risiko for astma (13).

Kasper kommer til aftalt forebyggelseskonsultation sammen med sin mor. Karin fortæller, at Kasper bliver drillet i børnehaven af de andre børn, som kalder ham »tykke« og »fede«. Han holder sig meget til de voksne eller trækker sig i fysisk kontakt fra både børn og voksne med den forklaring, at han har ondt i maven eller hovedet. Det vil Karin gerne have, at lægen lige tager stilling til. Det kan jo være, at der er noget andet galt end blot det, at drengen er for tyk.

Klinisk trin 4 – Afgør, hvor vigtigt det er for barnets helbred at håndtere vægten, og beslut niveauet for behandling

Hvorfor er vægthåndtering i børnealderen nødvendig?

Tidligere mente man, at vægthåndtering i barndommen ikke var nødvendig, fordi de fleste børn voksede sig fra overvægt og fedme. Det støttes imidlertid ikke af de vægtdata, som er til rådighed i dag (3; 4; 6; 14).

Der foreligger et Cochrane-review fra 2005, hvor der ikke kunne påvises evidens for, at fysisk aktivitet og diætbehandling ændrer skolebørns BMI. I nogle af studierne, som indgår i reviewet, finder man en for sundheden mere hensigtsmæssig adfærd i forbindelse med livsstilsændringer (9). Sundhedsstyrelsen udsendte dog en rapport i 2006, hvor konklusionen var, at forebyggelse hjælper på BMI/overvægt hos skolebørn (15).

Manglen på dokumentation bør imidlertid ikke føre til behandlingsnihilisme. Mere bevægelse og/eller mindre kalorieindtag vil, hvis det kan gennemføres, medføre vægtstabilisering eller eventuelt vægttab.

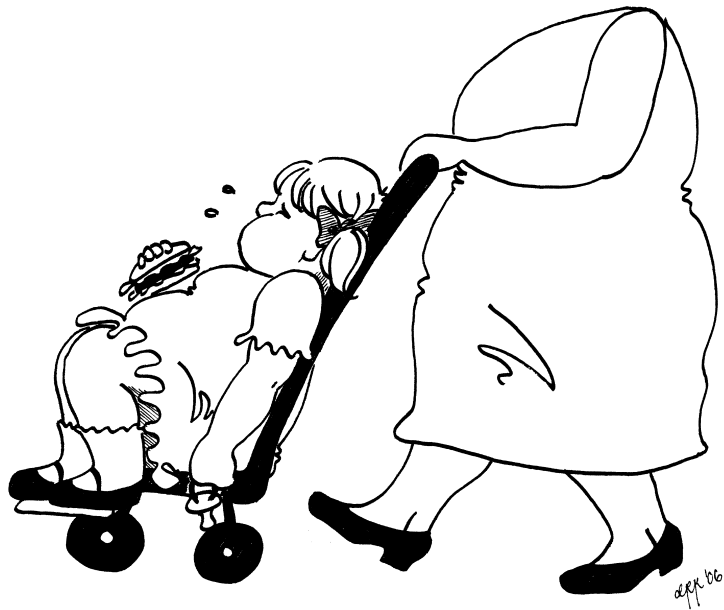
Jo ældre og mere overvægtigt et barn er, des mere sandsynligt fortsætter overvægten ind i voksenalderen med alle de dermed associerede helbredsrisici. Vægthåndtering af børn med risiko for overvægt bør derfor starte tidligt, da det er mere hensigtsmæssigt og nemmere at lære børn nogle sunde vaner end at ændre allerede eksisterende usunde vaner senere i livet (16). Ved svær overvægt hos førskolebørn er det forældrene, der skal motiveres til en indsats, da de skal støtte barnet i de beslutninger, som skal tages i forbindelse med intervention. Den praktiserende læge bør ved vurdering af niveauet for interventionen gøre sig overvejelser i forhold til ressourcerne i familien, idet overvægt og svær overvægt har social slagside. Førskolebørn er i langt større grad under opsyn og kontrol af voksne, som har afgørende indflydelse på de små børns tilbud af kost og fysisk aktivitet samt adfærd. Derfor er det først og fremmest en voksenopgave at hjælpe med de små ændringer, der skal til for at sikre alle børn en dagligdag, der befordrer et godt helbred.

Hvilke børn skal tages i betragtning ved intervention?

Opmærksomheden bør skærpes over for børn med BMI for alder >90-percentilen, specielt hvis en fysisk eller psykisk gene er forbundet med overvægten (hyppigst drilleri og mobning, men også belastningssymptomer af bevægeapparatet). Børn med BMI for alder >99 bør tilbydes intervention.

Mobning og drilleri er den hyppigste følge af overvægt og fedme hos børn. Den praktiserende læge bør derfor finde ud af, om barnet bliver drillet eller mobbet pga. vægten. Hvis ubehag og lavt selvværd ikke kan håndteres ved forældresamtaler eller barn/forældre-samtaler hos den praktiserende læge, kan man overveje at henvise til en psykolog tilknyttet Pædagogisk Psykologisk Råd-





givning (PPR), en sundhedsplejerske, en privatpraktiserende pædiater med interesse i fedme eller til den lokale børneafdeling. Eventuelt kan der arrangeres et møde mellem forældre og institution/pædagoger, hvor familien kan redegøre for, om barnet bliver mobbet, og om institutionen må sætte foranstaltninger i værk.

Hvad er behandlingsmålet – vægtstabilisering eller absolut vægttab?

Generelt anbefales deciderede vægttabsdiæter ikke til børn, idet vægtstabilisering i forbindelse med øget vækst vil skabe et relativt vægttab, og dermed et tilfredsstillende mål for vægten. Hos førskolebørn burde en vægtstabilisering kunne opnås ved at leve efter De 8 kostråd (se Klinisk trin 5). Psykologer har interesseret sig for, om kostrestriktioner og diæter kan give børn en forstyrret behovstilfredsstillelse og svække den naturlige evne til at regulere den indtagne mad og dermed øge fokuseringen på mad med det resultat, at der senere kan opstå perioder med overspisning (17). Det er imidlertid svært at vide, om den øgede fokusering på mad er indgangen til diæt – eller om det siden hen bliver diæten, som giver anledning til overspisning.

Der findes ikke evidens for, at vægthåndtering kan inducere spiseforstyrrelser. Den videnskabelige litteratur om emnet for førskolebørn er forsvindende lille. I 2004 udkom en amerikansk artikel om 5-årige piger, som var i risiko for at udvikle overvægt. Resultaterne af det longitudinelle studie fremhæver, at positive alternativer til madrestriktion bør promoveres (18).

Energikravet til vækst udgør en lille del af det daglige energibehov. Konventionelle kostråd i forbindelse med vægthåndtering vil give nok næring til normal

vækst og udvikling. Væksthastigheden hos svært overvægtige børn nedreguleres i takt med et normalt kalorieindtag.

Der er begrænset evidens for, at vægthåndtering kan udgøre en risiko for selvværdet. Det er vigtigt at have andre succeskriterier end vægtændringen (se Klinisk trin 6) og arbejde aktivt med det psykosociale stress, som allerede måtte være til stede hos det overvægtige barn.

Hvornår bør henvisning til pædiater overvejes?

- BMI >99-percentilen, hvor BMI-kurven har krydset percentiler over kort tid.
- Mistanke om medicinsk årsag til fedmen.
- Dyskrine træk.
- Forsinket psykomotorisk udvikling.
- Synsforstyrrelser og hovedpine (læsion i centralnervesystemet).
- Persisterende overspisning og søgen efter mad.
- Ingen fedme eller overvægt hos forældre, hverken nu eller tidligere.
- Tilstedeværelse af fedme hos børn før 2-års-alderen.

Børn med et eller flere af ovenstående symptomer har sandsynligvis en række fysiske og psykosociale følgesygdomme, en kompleks medicinsk historie eller en udviklings-/intellektuel forstyrrelse.

Kasper har et BMI, der ligger over 99-percentilen. Begge hans forældre samt storesøsteren er overvægtige. BMI-percentilerne er krydset opad inden 5-års-alderen. Han bliver drillet i børnehaven og har svært ved at knytte venskaber. Han skal starte i skole til næste år. Kasper har hang til stillesiddende aktiviteter, og der er manglende overskud i familien. Ud fra Kaspers anamnese vurderer lægen, at Kaspers vægtudvikling ikke stabiliseres uden intervention. Lægen informerer igen Karin om sønnens vægtudvikling ved at vise hende BMI-kurven. Han udtrykker sin bekymring for vægtudviklingen på sigt og fortæller Karin, at de praktiserende læger er blevet meget opmærksomme på vægtudviklingen hos børn, fordi så mange børn er ved at udvikle overvægt. Fordi det er så mange børn, det drejer sig om, opdager forældrene ikke lige med det samme, at deres barn er i risiko for at få problemer.

Karin virker lidt ilde til mode, så han beder Karin om at tage en snak med Klaus hjemme, og han inviterer begge forældre til en aftalt forebyggelseskonsultation, hvor de kan tale om, hvad de hver især mener, det vil være relevant at tage hul på. Samtidig gør han Karin klart, at Kasper ikke skal tabe sig. Ved få omlægninger af familiens levevis skal Kasper prøve at holde den vægt, han har nu, det næste halve år. Derved vil han kunne vokse sig fra sin overvægt.

De små justeringer, der skal til, vil komme alle i familien til gode. De fleste mennesker bliver overraskede over, hvor lidt der egentlig skal til over en lang periode for at stabilisere vægten.



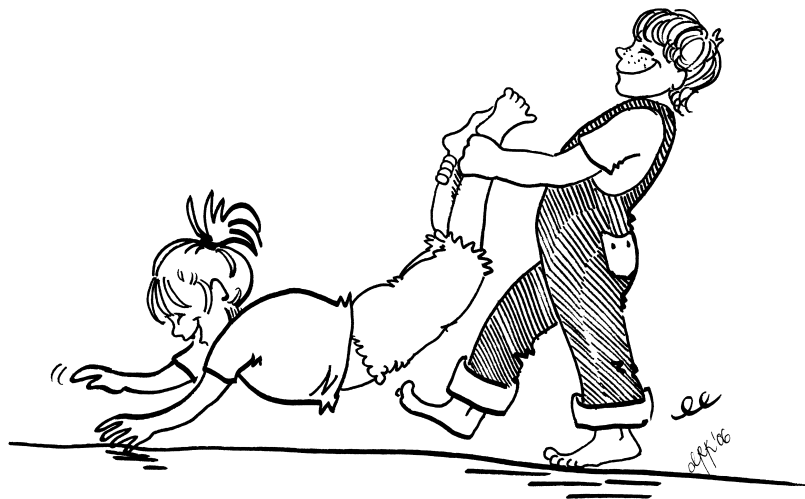
Klinisk trin 5 – Fastlæg strategien for behandling af barnet og familien

Det er et dilemma at skulle præsentere en risikofaktor for en rask familie, som kommer til børneundersøgelse. Den praktiserende læge bør derfor overveje, hvor stor indflydelse det kan have på familiens velbefindende at få tildelt en risiko, og vurdere forebyggende initiativer kritisk ud fra den beskedne evidens, der foreligger. En vigtig pointe i forhold til målgruppen førskolebørn er, at hele familien skal involveres i de nye tiltag.

Studier, der kan bruges som evidensbaseret praksis i forbindelse med behandlingen af børnefedme, er begrænset i antal, kvalitet og størrelse (9). I sommeren 2005 blev der publiceret et Cochrane-review over interventioner med det formål at forebygge fedme hos primært skolebørn. Cochrane-reviewet kunne ikke dokumentere, at fysisk aktivitet og diætbehandling af skolebørn virker. Evidensen for intervention rettet mod førskolebørn er yderst sparsom. Sundhedsstyrelsen fremlagde i år en rapport, der konkluderede, at forebyggelse hjælper på BMI/overvægt hos skolebørn (15).

Meget af det følgende er baseret på almindelig sund fornuft og ekspertmeninger, mere end på evidens. Enkelte isolerede faktorer i nærmiljøet som hovedårsag til overvægt eller fedme hos børn har man indtil videre haft svært ved at finde overbevisende evidens for (7; 19).

I et enkelt stort followupstudie registrerede man indtaget af sukkersødede drikke hos 2-3-årige børn. Her var der en klar sammenhæng mellem mængden af indtagne søde læskedrikke og overvægt (20). Det er et vigtigt studie – også i forhold til den danske indsats, idet sodavandsforbruget har været stigende gennem de sidste 25 år. I et 8 år langt studie så man sammenhæng mellem mængden af fysisk aktivitet og mængden af fedt på kroppen i den tidlige



ungdom, idet mere fysisk aktivitet var associeret med mindre fedt på kroppen (21).

Hvilke konventionelle strategier for vægthåndteringsbehandling bør bruges?

Klinikere bør i behandlingen af svær overvægt hos børn gøre brug af alle de konventionelle dele af vægthåndtering, idet den relative betydning af de enkelte dele af behandlingen er ukendt. Da børns spise- og bevægelsesvaner er under stor indflydelse af deres forældres vaner, behøver både forældrene og barnet mål for vægthåndteringsstrategien.

Der er tre parametre til vægthåndtering af børn:

1. Motivation til adfærdsændring.
2. Kost: Nye mad- og drikkevaner samt nedsættelse af energiindtag.
3. Fysisk aktivitet: Øget fysisk aktivitet og færre stillesiddende aktiviteter.

Ad 1: Motivation til adfærdsændring

Adfærdsintervention baseres på brugen af kognitiv terapi, adfærdsterapi, uddannelse og motivation. DSAM's vejledning »Den motiverende samtale« kan med fordel anvendes, når familiens motivation skal vurderes, og beslutningen om interventionsstrategi skal fastlægges (22). Kernen i den motiverende samtale ligger i arbejdet med at stimulere familien til at analysere deres følelser i dilemmaet mellem faktisk adfærd og helbredsmæssige ønsker.

Simpel alderssvarende adfærdsændring bør inddrages i vægthåndteringsprogrammerne for overvægtige børn. Adfærdsbaseret behandling involverer forældrene, som skal vejlede og støtte barnet, og forældrene skal derfor indgå i samme behandlingsstrategi.

Det er en udfordring for de sundhedsprofessionelle at tage fat i overvægtsproblematikken. Der er mange forklaringer på, hvorfor det kan være en større barriere at sundhedsfremme i forhold til fedme end at sundhedsfremme i forhold til fx rygning eller alkohol. Det kan være svært at få »taget hul på problematikken« uden at støde familien fra sig. Hvis den praktiserende læge tillægger sig en god vane med at kommentere højde- og vægtudviklingen i forhold til hinanden, fra barnet kommer til den første børneundersøgelse, vil det være naturligt at fortælle, hvis der sker en vægtudvikling i uheldig retning. Ændringen bliver på denne måde udgangspunktet for en snak, som eventuelt kan resultere i senere vurdering eller tilbud om intervention.

Det er vigtigt at gøre sig klart, at betydningen af overvægt opfattes forskelligt. For nogle forældre har overvægten ingen betydning, eller den er helt perifer. Disse har deres egne forklaringer: »Sådan er vi nu engang i vores familie« eller »vi har et stofskifteproblem i vores familie«. I andre familier opfattes overvægten som en risiko, der er så langt væk, at den er uhåndterlig og vanskelig



at forbinde med, hvad de gør i dagligdagen. Nogle forældre føler, at der er tale om en daglig påtrængende viden, som er svær at håndtere, og som de er forpinte af. For andre igen er deres viden om kost og motion en betydningsfuld og uomgængelig rettesnor for deres adfærd (23).

Resultaterne fra et stort studie i 2003 tyder på, at næsten hver tredje mor til et overvægtigt barn undervurderer barnets vægt. Mødre har nemmere ved at identificere deres overvægtige døtre end deres overvægtige sønner (24).

Den praktiserende læge har en rolle som sundhedsfremmer og forebygger, og han/hun må derfor i det forebyggende arbejde eksplorere i den enkelte patients vanskeligheder ved at tilpasse sig den nye kultur med konstante madtilbud og stadigt større mulighed for at fungere i samfundet ved minimal fysisk anstrengelse.

Når familien har erkendt, at barnet har et vægtproblem, er det vigtigt, at familiens egen indstilling til overvægten inddrages, da der findes familier, der ikke mener, at overvægten skyldes forkert kost og motion, og som derfor ikke kan nås med rådgivning om kost og motion (25). Det er derfor afgørende for et godt forløb, at der bruges tid på at høre, hvilke tanker forældrene gør sig om tiltag, og hvilken effekt de forventer af forløbet. Den praktiserende læge skal kunne rumme forældrenes forklaringsmodel, selv om han/hun ikke er enig i den, og arbejde sammen med forældrene i planlægningen af en vægtstabilisering.

Understreg over for forældrene, at der ikke findes nogen hurtige magiske løsninger på overvægt og fedme, og at en succesrig behandling kun kommer over lang tid og med tålmodigt samarbejde. Det kan være en idé at bruge en visuel analogskala (VAS) til at få en fornemmelse af, om familien kan efterleve de aftaler, som indgås i konsultationen.

Eksempel på VAS

Lægen siger: »Nu har vi sammen besluttet, at I skal spise morgenmad sammen hver morgen undtagen tirsdag, samt at familien køber en kasse grønt og frugt hver fjortende dag. Prøv at vise mig på denne skala fra 1 til 10, hvor 1 betyder, at det bliver meget let, og 10 betyder, at det vil blive meget svært at efterleve. Hvor svært I tror, det bliver for familien at holde aftalen?«.

Hvis familiens svar viser, at der er ringe sandsynlighed for, at familien kan efterleve den aftale, der er truffet under konsultationen, må familien og lægen indgå en anden kontrakt for næste konsultation, som umiddelbart vurderes til at have større succes med hensyn til efterlevelse.

HVAD MOTIVERER BØRN?

Børns handleperspektiv er ofte meget kort, og det er derfor svært for børn at opretholde en motivation, som kan vinde over eller beherske den lystfyldte her-

og-nu-tilfredsstillelse. Børn kender deres lyster, og forældrene bør kende deres behov. Støt forældrene i, at de tager et virkeligt godt initiativ for deres barn! Forældrene vil have tendens til at føle skyld over de begrænsninger, som de føler, at de pludselig skal sætte for deres barn. Et »nej« behøver ikke udelukkende at ses som et forbud. Et »nej« kan også være at udvise ansvar for barnets mad. Påpeg, at det kan være ganske små begrænsninger – især når det er lange tidshorisonter, man arbejder med. En times ekstra leg og bevægelse om dagen kan gøre underværker på et år! Og børn elsker at lege!

Kasper og hans familie kommer til aftalt forebyggelseskonsultation for at finde ud af, hvor familien kan sætte ind. Lægen lytter til, hvilke tanker Karin og Klaus gør sig om Kaspers overvægt. Lægen spørger, hvordan Karin og Klaus har det med deres egen vægt. Karin har tidligere besøgt praksis for at få støtte til vægttab. Karin og Klaus ved godt, at de vejer i overkanten. Det samme gør Karoline. Lægen spørger til, hvordan Karin og Klaus formoder, at familiens vægtudvikling vil blive de næste 2-3 år. Da familien ikke rigtigt ved, hvad den skal svare, viser lægen dem alle udviklingen af deres vægt gennem de sidste 2-3 år. Klaus og Karin regner med, at de ikke tager på mere. Det synes lægen er et rigtigt godt mål for dem alle fire, fx for det næste halve år. Det er vigtigt, at lægen hele tiden holder fokus på, at det er hele familien, som skal deltage i de ændringer, som aftales i konsultationen. Han spørger, hvordan de kan støtte hinanden hjemme, og hvad de selv tror, der skal til, for at de kan få nogle sundere vaner. Lægen har mulighed for at give forældrene en folder fra DSAM's hjemmeside www.DSAM.dk. I folderen kan Karin og Klaus læse om ændringer af vaner.

Ad 2: *Kost: Nye mad- og drikkevaner samt nedsættelse af energiindtag*

Energiindtagelsen bør reduceres ved at modificere de energitætte dele af kosten, begrænse de tilbudte mængder og/eller ved at mindske portionsstørrelsen afhængigt af, hvad barnet spiser, og/eller opmuntre til et andet spisemønster (nedsætte hastigheden, hvormed der spises og opsætte grænser for, hvor der spises). Find det gode, som familien gør omkring indtagelse af mad og drikke. Husk at opmuntre familien til at gøre noget mere af det, som gavner, og som den har kendskab til i forvejen. Vær opmærksom på kræsne børn! Ofte findes der flere kræsne børn blandt overvægtige børn (2). Vær opmærksom på drikkevaner. Indtaget af sodavand og energiholdig saft blandt børn er steget meget gennem de sidste 25 år, og der er en klar sammenhæng mellem sodavandsindtag og overvægt (20).

Det kan være svært at tackle konflikter omkring måltiderne, hvis et barn nægter at spise den mad, forældrene har tilberedt. Hør på, hvordan forældrene forsøger at løse konflikten og støt dem i, at det er forældrene, som beslutter, hvad der tilbydes til måltiderne, men at børnene selvfølgelig gerne må have indflydelse på sunde menuer gennem ugen. Mange børn vil gerne hjælpe til med at tilberede grøntsager, brød og frugt. Det øger ofte interessen for også at



spise maden. Støt forældrene i, at der ikke skal laves mange forskellige retter til kræsne familiemedlemmer, men den enkelte må vælge mellem det, som serveres. Vælger barnet konsekvent den mest energitætte mad, må forældrene portionsanrette for at hjælpe barnet. Det er essentielt, at indtaget af vitaminer og mineraler (som fx jern og calcium) ikke kompromitteres. Derfor er det vigtigt at få en varieret kost med et energiindhold, der svarer til at fastholde vægten, medens barnet vokser sig fra overvægten.

SAMMENSÆTNINGEN AF BARNETS/FAMILIENS KOST

Spædbørn (0-1 år) skal have mere fedt i maden end større børn og voksne, fordi deres behov for energi til vækst er stor. Overgangskosten fra mælk til familiens mad bør derfor indeholde relativt meget fedt svarende til 35-45 energiprocent. Men i løbet af andet leveår kan fedtet langsomt reduceres til 25-35 energiprocent, som er anbefalingen for større børn og voksne (26).

Fedtenergiprocenten fortæller, hvor meget af energien i varen, der kommer fra fedt – den afhænger derfor ikke kun af fedtindholdet i gram men også af hvor mange gram kulhydrat og hvor mange gram protein, der er i varen.

Der er ikke fundet sammenhæng mellem fedtindtaget og fedme hos børn under 3 år (26; 27).

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for spædbarnsernæring gælder for det 0-1-årige raske barn, mens Fødevarestyrelsens anbefalinger – De 8 kostråd – gælder for alle raske børn >1 år og voksne.

De 8 kostråd

- ✓ Spis frugt og grønt – 6 om dagen. Det svarer til, at personer over 10 år bør spise 600 g frugt og grønt hver dag. Børn i alderen 4-10 år anbefales at spise 300-500 g om dagen afhængigt af alder.
- ✓ Spis fisk og fiskepålæg – flere gange om ugen.
- ✓ Spis kartofler, ris eller pasta og groft brød – hver dag.
- ✓ Spar på sukker – især fra sodavand, slik og kager (maks. 10% af energien).
- ✓ Spar på fedtet – især fra mejeriprodukter og kød, dog har førskolebørn >1 år behov for ca. ½ liter fedtfattig mælk om dagen.
- ✓ Spis varieret og bevar normalvægten.
- ✓ Sluk tørsten i vand.
- ✓ Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen, børn mindst 60 minutter om dagen.

Praktiske råd til forældrene

- Fra 1-års-alderen bør der ikke længere tilsættes fedtstof til grød og mos. Synligt fedt fra kød fjernes.
- Chips, is, kager, slik og chokolade serveres kun ved sjældne lejligheder. Sundere alternativer til snacks og søde sager kan være gulerodsstænger og agurkestænger (med dip lavet på fedtfattige mælkeprodukter), friske frugter samt tørrede frugter i begrænset mængde.

-
- Grøntsager og frugt kan med fordel skæres i sjove, mundrette former – stave, tern etc., så det kan spises med fingrene.
 - Lær barnet at drikke vand – og vær selv et godt eksempel!

Lægen bør danne sig et hurtigt overblik over familiens livsstil i forhold til De 8 kostråd:

- Spiser I grøntsager?
- Spiser I frugt?
- Spiser I morgenmad?
- Drikker I sodavand?
- Spiser I slik/kager?
- Bruger I fedtstof?
- Hvor ofte spiser I flødesovs, majonæse, fede dressinger?
- Er I fysisk aktive/dyrker I motion en time daglig?
- Hvilken slags mælk drikker I?

Hvis det er meget svært at få hold på familiens kost og spisemønster, kan lægen bede forældrene om at registrere deres kost- og væskeindtag gennem fx tre dage i en dagbog, som i øvrigt kan følge familien gennem den periode, hvor de bliver støttet til livsstilsomlægning. Et almindeligt kladdehæfte kan bruges til at notere alt, hvad barnet spiser og drikker i løbet af en dag. Den praktiserende læge kan også henvise til gode hjemmesider (se Nyttige adresser og supplerende litteratur) til familier, som har mulighed for at bruge nettet.

Eksempler på positive alternativer til madrestriktion:

- ✓ Sørg for, at hele familien spiser det samme, og at der ikke serveres særlig mad til det overvægtige barn.
- ✓ Brug tid på fysisk aktivitet, som barnet synes er sjov, og dyrk aktiviteten sammen med barnet. Så forbrændes der flere kalorier dagligt!
- ✓ Hav gode vaner i familien i forhold til indtagelse af mad – spis sammen og adskil måltiderne fra andre aktiviteter, der holder fokus væk fra måltidet. Husk, man må gerne levne!
- ✓ De voksne bør være gode eksempler for børnene.

Karin og Klaus synes ikke, at de spiser ret meget hjemme – men de oplever ofte, at der serveres kage i børnehaven på almindelige hverdage. Hjemme har de nogenlunde faste slik/kagedage, og i øvrigt er de mest til gammeldags mad – det med grøntsager tager lang tid at ordne. De spiser mest gulerødder og æbler et par gange om ugen. Lægen bliver enig med forældrene om at holde fast i en fast slik/kageaften i hjemmet samt at forældrene kan tage en snak i børnehaven på det næste forældremøde om kagepolitikken i institutionen – eventuelt få en af pædagogerne til at bringe det op, hvis de har svært ved at tale deres sag i en større forsamling. Der ligger en folder om kost til forældre på www.dsam.dk



Ad 3: *Fysisk aktivitet: Øget fysisk aktivitet og færre stillesiddende aktiviteter*

For at hjælpe til vægtstagnation anbefales barnet at være mere fysisk aktivt. Få timers organiseret sport om ugen vil ikke modvirke mange timers daglig inaktivitet. De officielle anbefalinger for børn er 60 minutter om dagen og helst mere til børn med vægtproblemer (28; 29). To gange om ugen bør der være fysisk aktivitet af 20-30 minutters varighed, hvor børnene bliver meget forpustede. For at vurdere, hvad der reelt er af muligheder for succes ved intervention, skal man danne sig et overblik over, hvor meget aktivitet man skal foreslå igangsat og af hvilken art.

Hos førskolebørn er det specielt vigtigt, at bevægelse skal være sjovt og motiverende, da fysisk aktivitet udvikler barnets motoriske færdigheder. Legetøj, der fremmer fysisk aktivitet, er derfor anbefalelsesværdigt.

Husk at rose familien for alle de gode tiltag, og husk at opmuntre den til at være aktiv og prioritere sjove aktive stunder.

Vurder følgende for at få et overblik over barnets aktivitetsniveau:

- Aktivitetsniveauet i familien.
- Typer af aktivitet, hvor barnet føler sig tilpas.
- Hvornår og hvor barnet er mest aktivt.
- Valg af aktivitet/inaktivitet i fritiden.
- Hvor meget tid der bruges udendørs.
- Barrierer for at være fysisk aktiv:

Sikkerhed: Kan barnet færdes uden voksenopsyn? *Transport:* Bor familien langt væk fra institutioner og arbejdsplads? *Økonomi:* Er det en økonomisk ressourcsvg familie? *Tidspunkter:* Arbejder forældrene på tidspunkter, hvor det kan være svært at få en hverdag til at hænge sammen omkring mad og motion?

- Kender familien det område, de bor i, og de muligheder der er for fysisk udfoldelse?

Indskrænkning i stillesiddende aktiviteter

Hos børn er lav aktivitet en betydelig årsag til fedme, og som de bliver ældre, aftager deres aktivitetsniveau yderligere (16; 19).

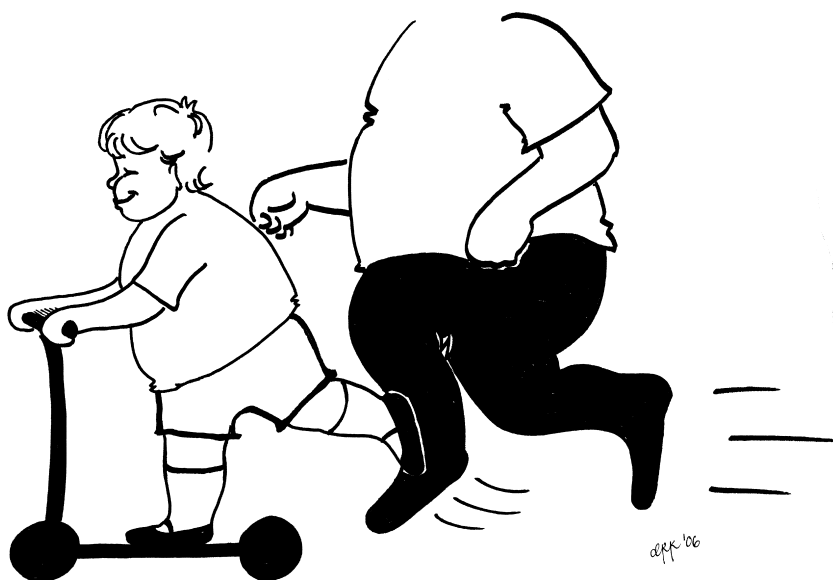
Følgende forslag kan hjælpe familien til at håndtere en del af overvægtsproblematikken – vel vidende at enkeltfaktorer som fx skærmaktiviteter ikke kan stå alene som årsagsforklaring (30):

- Total medietid inkluderende underholdningsudsendelser kan begrænses til 1-2 timer om dagen.
- Foreslå, at fjernsynet fjernes fra børneværelset. Regler og anvisninger for fjernsynsbrug bør gives til alle familiemedlemmer.
- Familieaktiviteter (fx måltider) bør foregå, når fjernsynet er slukket, for at opmuntre til mere diskussion og sjove, fælles aktiviteter.
- De voksne er rollemodeller for børnene og bør foregå med et godt eksempel.

Eksempler på gode råd til fysisk aktivitet

- Gå til og/eller fra den daglige pasningsordning eller gå ud at handle med trækvogn.
- Et lille gymnastik- eller danseprogram på 10-15 minutter om eftermiddagen/aftenen sammen med familien i stuen kan blive til en sjov fælles hverdagsaktivitet. Kniber det med at motivere barnet, kan en lille trampolin i fødselsdagsgave gøre underværker i processen.
- Hulahopringe kan bruges til meget sjov, og der kan bygges forhindringsbaner, der kræver fysik og smidighed på forskellige niveauer – både ude og inde.
- Tag børnene med i skoven. Tag en bold med. Det stimulerer både psyke og fysik på gå/løbeturen gennem skoven.
- Brug de danske strande i de lyse måneder, selvom havandet måske er for koldt til at bade i.
- Byg sandslotte, lav skulpturer, tegn i sandet, spil bold, lav en konkurrence om at finde den største strandskal eller den flotteste sten.
- Tag den sunde madpakke og vand med.

Familien kører meget i bil, selvom alle har gode cykler i garagen. Familien vil gå i gang med at tjekke cyklerne – så de er klar til en fælles cykeltur den sidste weekend i måneden. Der ligger en folder om fysisk aktivitet til forældre på www.dsam.dk



Klinisk trin 6 – Vejled om behandlingsmål

Hvad er de vægtrelaterede behandlingsmål?

På grundlag af BMI-definitioner og vægttabsanbefalinger vil et fornuftigt mål for børn være et BMI under 90-percentilen. Et BMI under 90-percentilen opnås over længere tid, hvor barnet vægtstagnerer og vokser, men det anbefales, at stringente mål ikke sættes i første omgang.

Vægtstabilisering: Det første trin i vægtkontrol ved overvægt hos børn bør være stabilisering af den aktuelle vægt. Fordelen ved vægtstabilisering er, at de kost- og aktivitetsrelaterede ændringer, som skal til for at opnå dette mål, vil være ganske moderate. De bliver måske slet ikke bemærket af et barn og vil derfor reducere en eventuel stigmatisering ved behandlingen. Vægtstabiliseringen kan desuden stoppe, hvad der har set ud til at være en ubønhørlig vægtøgning og på den måde skabe succes for barnet og familien.

Børn er bedre end voksne til at håndtere vægten fremover efter vægtstabilisering (31).

Der er ingen evidens for, at børn bør indhente en percentil under 90 med en bestemt hastighed. Da børn vokser i højden, er det specielt vigtigt med en kost, som følger de officielle anbefalinger med hensyn til indholdet af protein, fedt og kulhydrater samt vitaminer og mineraler (26; 27; 32).

Hvad er ikke-vægtrelaterede behandlingsmål?

Barnets succes kan også måles i resultater, som ikke er relateret til vægten, hvilket kan være stærkt motiverende.

EKSEMPLER

- ✓ Ændret spiseadfærd (fx langsommere spisetempo, sundere mad/måltidsvalg, madplanlægning og tilberedelsesvaner, etablering af regelmæssige måltider og mellemmåltider)
- ✓ Reduceret sult og krav om mad
- ✓ Bedre evne til at skelne sult fra lækkersult
- ✓ Øget deltagelse i regelmæssig, sjov fysisk aktivitet
- ✓ Mere fysisk aktivitet i hverdagen
- ✓ Mindre skærmtid
- ✓ Forbedret selvværd
- ✓ Forbedret familiedynamik
- ✓ Vægttab hos forældrene
- ✓ Reduktion i metaboliske risikofaktorer (kolesterol, insulin, glukose, blodtryk).

Lægen aftaler med Karin og Klaus, at Kasper i første omgang skal forsøge at stabilisere sin vægt ved at spise færre kager og slik i hverdagen. Lægen viser på BMI-kurven, at ved en vægtstabilisering vil der gå et år, før Kasper kommer til at ligge på 90-percentilen, som er målet. Det kan for nogle virke som en lang proces, men til gengæld vil Kasper ikke mærke de små omlægninger så meget, hvis hele familien bakker op. Hyggestunderne om aftenen kan erstattes med aktiviteter, som Kasper og Karoline synes er sjove. Gerne aktiviteter, der kræver en vis fysisk indsats. Lægen spørger alle fire familiemedlemmer, om de har forslag til, hvad de skal hygge sig med i stedet for de søde sager. De bliver enige om, at de vil prioritere at lave en sjov aktivitet sammen to gange om ugen, hvor de på skift bestemmer aktiviteten.

Klinisk trin 7 – Gennemgå vægthåndteringsplanen

Hvor ofte skal barnet kontrolleres og hvordan?

Vægthåndtering hos børn forpligter over lang tid. Forvent ikke hurtige forandringer. *Husk at informere forældrene om det langsigtede i behandlingen!* Det vil være passende at tjekke barnets vægt hver måned, uanset om målet er vægtvedligeholdelse. Højden kan måles hver tredje måned. Det kræver tid til regulering af kost og fysisk aktivitet, før det giver en effekt, når vægten er inde i en opadgående kurs.

Når barnet starter i skole, er det vigtigt at informere skolesundhedsplejersken om forløbet vedrørende vægthåndteringen hos egen læge, så kommunallæge og sundhedsplejerske kan støtte forløbet.

Vær opmærksom på, at i nogle etniske familier er det ikke altid forældrene selv, der har ansvaret for indkøb og madlavning. I disse familier bor flere generationer ofte sammen, og bedsteforældrene har tit et stort ansvar for børnepasningen, herunder madtilbud og spisevaner.

Hvis barnet ikke ses ofte af en sundhedsprofessionel, er det i orden, at forældrene tjekker barnets vægt hjemme hver måned under nogle standardbetingelser (fx at det er første aktivitet om morgenen, hvor blæren er tømt og barnet har undertøj på). Vær opmærksom på måden, hvorpå der vejes hjemme, og sørg for, at det ikke er vægten, som er det eneste succeskriterium. Undgå vejning, hvis vægtstabiliseringen fejler, eller hvis ændringen følges af en straffende holdning eller negativ kommentar, eller hvis barnet stresses af vejning. Fokuser i stedet på adfærdsendringen.

Bør man se forældrene alene eller sammen med barnet?

Forældre har den vigtigste rolle i forbindelse med vægthåndteringen hos deres barn. Hos børn i førskolealderen kan et program, som alene direkte henvender sig til forældrene, have bedre resultat end et program, som også involverer pro-



fessionel kontakt til børnene. At gøre god mad og bevægelse til en familieopgave betyder, at barnet føler sig som en del af et totalt familieanliggende fokuseret på helbred og ikke som en isoleret del af familien (33). Hvis forældrene har svært ved at sige nej til barnet eller sætte grænser, findes der en lille god bog af Jesper Juul, »Her er jeg, hvem er du?« (se Nyttige adresser og supplerende litteratur), der kan give inspiration til dette.

Kaspers forældre kommer til samtale hos lægen uden Kasper. De har vejet ham til morgen, og han vejer 200 g mere end for en måned siden. De er holdt op med at købe kager og slik til daglig, og børnene får kun Matadormix lørdag aften. Til gengæld er de begyndt at spise morgenmad næsten hver morgen. Klaus griner lidt forlegent og fortæller, at han faktisk har tabt sig 2 kg på denne måned. Karin skuler til Klaus og siger i et let bebrejdede tonefald til lægen, at det er uretfærdigt, at hun ikke har tabt sig – selvom hun heller ikke har spist de søde sager. Lægen roser familien for det flotte resultat. Det viser virkelig, at der er vilje bag de nye tiltag. Han opfordrer dem til at holde fast – og til at spørge i børnehaven, om pædagogerne husker at holde alle forældrene fast på, at børnene kun skal have kage én gang om måneden. Det aftales, at de fastholder de nye vaner samt prøver at indføre fysisk anstrengende leg en time lørdag og søndag.

Det er af afgørende betydning, at den praktiserende læge fokuserer på alt det positive, som sker i behandlingsforløbet, samt gang på gang understreger, at det er et spørgsmål om at ændre livsstil, og at det anbefales at gøre det med SMÅ SKRIDT!

Det tværfaglige samarbejde

Opsporing

Tilbud om besøg af sundhedsplejerske i barnets første leveår samt forebyggende undersøgelser af førskolebørn hos praktiserende læge skal være med til at fremme sundheden i den danske børnepopulation. Derfor er det naturligt, at opsporingen af overvægt hos små børn hovedsageligt kommer til at ligge i dette regi.

Både de praktiserende læger og de kommunale sundhedsplejersker bør sikres klædt på til opgaven i opsporingsarbejdet ved nødvendig efteruddannelse.

Shared care

Kommunerne skal fremover varetage forebyggelsesarbejdet i sundhedssektoren. Når sundhedsplejen har identificeret en familie med overvægtsproblematik, vil det være relevant at inddrage familiens praktiserende læge, der sammen med familien kan vurdere, hvilke tiltag, der vil være relevante og aktuelle.

Den praktiserende læge kan også rette henvendelse til Sundhedsplejen og anmode om, at den foretager besøg hos en familie med et førskolebarn, som har behov for særlig støtte i forbindelse med en overvægtsproblematik. Nogle familier kan behandles af egen læge og dennes hjælpepersonale, andre familier kan have glæde af at blive henvist til diætist, psykolog, motionskyndig – alle med særlig interesse og uddannelse for området.

Der bør være øget opmærksomhed på:

- Socialt belastede familier
- Etniske familier
- Børn, der mobbes.

Her vil det kræve en ekstra indsats, da børnene er sårbare og/eller familierne ofte ressourcetsvage. Kommunerne bør overveje, om der skal nedsættes tværfaglige team til familier med overvægtsproblematik. Disse team kunne planlægge tilbud til en større gruppe af familier i lokalområderne.

Selvom støtten til familien gives uden for almen praksis, bør der være en løbende orientering mellem den aktuelle behandler og familiens læge.

De kommunale institutioner bør via kommunallæge eller en kommunal praksis konsulent tilbydes inspiration til kost- og motionspolitik, således at alle institutioner har retningslinjer for en sundhedsfremmende hverdag for børnene.

Opsporing og behandling i almen praksis

Venteværelset kan bruges til at gøre opmærksom på sundhedsfremmende adfærd og tegn på uhensigtsmæssig livsstil.

En opslagstavle med livsstilsinformation inklusive orientering om udviklingen i tobaksforbrug, alkoholforbrug, inaktivitet og vægtudvikling hos befolkningen



kan give anledning og tilladelse til at bringe en uheldig vægtudvikling på banen under en konsultation, hvor det falder naturligt ind i samtalen.

En opslagstavle, der gør opmærksom på, at den praktiserende læge blandt andet taler om kost, motion og vægt til børneundersøgelserne, kan gøre det lettere at tage hul på en til tider svær samtale.

Inden for egen praksis kan klinikken med fordel inddrage hjælpepersonalet i opgaverne omkring overvægtige familier i samarbejde med den praktiserende læge. Personale med den rette efteruddannelse kan give forebyggelseskonsultationer og almindelige konsultationer, hvor de indgår aftaler og følger familier med overvægtsproblematik.

Den praktiserende læge kan hjælpe med til, at skolesundhedsplejen orienteres om børn med overvægt, der efter 5-års-undersøgelsen overgår til undersøgelser hos kommunallæge og skolesundhedsplejerske, således at den kommunale ordning kan følge op på initiativer, startet hos egen læge.

Nyttige adresser og supplerende litteratur

Dansk Selskab for Almen Medicin: Værktøjer, knyttet til den aktuelle vejledning: www.dsam.dk

Dansk Selskab for Adipositasforskning: www.dsaf.nu

EU Childhood Obesity. Early Programming by Infant Nutrition?: www.childhood-obesity.org

Julemærkehjemmene: www.julemaerket.dk

Det Nationale Råd for Folkesundhed: www.folkesundhed.dk

Sundhedsstyrelsen, 60 minutter (børn og unge 2006): www.60minutter.dk

Dansk Skoleidræt: www.skoleidraet.dk

Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger, DGI: www.dgi.dk

Hjerteforeningen: www.hjerteforeningen.dk

Fødevarestyrelsen. Alt om kost. Smag for livet: www.altomkost.dk

Interaktive videokogebøger til små gourmeter og deres forældre: www.kyllingicola.dk

Pfizer. Værktøj for patienter og pårørende – Pas på dit helbred – børn og fedme: www.godbedringnu.dk

Mejeriforeningen, Projekt Madpakken: www.projekt-madpakken.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Trygfonden og Hjerteforeningen: Rumlerikkerne – Børn Mad Motion: www.rumlerikkerne.dk

Evidensbaserede gode råd om træning, sundhed, kost og vægttab: www.motion-online.dk

Hjemmeside til 10-15-årige overvægtige børn og deres behandlere: www.doktorskrump.dk

Cambridge University Press. Child and Adolescent obesity, Causes and consequences, prevention and mangement: www.cambridge.org



Madsen B, Ørntoft JK. Overvægt – 21 børn og unge skriver om at være overvægtig. 2005. Kroghs Forlag. ISBN 87-624-0604-3.
www.kroghsforlag.dk

Juul J. Her er jeg! Hvem er du? – om nærvær, respekt og grænser mellem voksne og børn. 1999. Forlaget Apostrof. ISBN 87-591-0406-6.

Skive L. Motionsmanualen. Motion – nutidens lægemiddel. Komiteen for Sundhedsoplysning, 2003. www.sundhedsoplysning.dk/motionsmanualen.htm

Ladefoged H. Abekattesjov – vilde idrætslege. 2005. Forlaget Selund Aps. ISBN 87-89513-09-6.

Familiemotion. Dansk Skoleidræt og Hjerteforeningen. www.skoleidraet.dk og www.hjerteforeningen.dk

Børn og motion – rapport fra en konference. 2002. Forum for Motion, Indenrigs- og sundhedsministeriet, København. www.folkesundhed.dk

Andersen LB, Froberg K. Lægens bord. Børn og bevægelse. 2003. DR Netbutik. www.netbutik.dr.dk, varenr. 79533043.

Unge livsstil og dagligdag (MULD-undersøgelsen). Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen. www.cancer.dk/muld

11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner. Sundhedsstyrelsen: www.sst.dk

Litteraturliste

1. Lissau I, Overpeck MD, Ruan WJ, Due P, Holstein BE, Hediger ML. Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(1):27-33.
2. Sundhedsplejen i Høje Taastrup Kommune. Livsstilsbesøg til 3½-årige og deres familier i Høje Taastrup Kommune, projekt under Overvægtspuljen 2003. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
3. Petersen TA, Rasmussen S, Madsen M. Danske skolebørns BMI målt i perioden 1986/1987-1996/1997 sammenlignet med danske målinger fra 1971/1972. *Ugeskr Læger* 2002;164(43):5006-10.
4. Thomsen BL, Ekstrom CT, Sorensen TI. Development of the obesity epidemic in Denmark: cohort, time and age effects among boys born 1930-1975. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23(7):693-701.
5. National handlingsplan mod svær overvægt, forslag til løsninger og perspektiver. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
6. Michaelsen KF, Mølgaard C, Richelsen B, Heitmann BL. Forebyggelse og behandling af fedme hos børn og unge. *Ugeskr Læger* 2006;168(2):172-5.
7. Strock GA, Cottrell ER, Abang AE, Buschbacher RM, Hannon TS. Childhood obesity: a simple equation with complex variables. *J Long Term Eff Med Implants* 2005;15(1):15-32.
8. Clinical practice guidelines for the management for overweight and obesity in children and adolescents. Australia: National Health and Medical Research Council; 2003.
9. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3): CD001871.
10. Michaelsen KF. Børn og fedme. København: Pfizer, 2005.
11. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Schiffer L, Van HL, Kaufer Christoffel K, Dyer A. Two-year follow-up results for Hip-Hop to Health Jr.: a randomized controlled trial for overweight prevention in preschool minority children. *J Pediatr* 2005;146(5):618-25.
12. Hale DE. Type 2 diabetes and diabetes risk factors in children and adolescents. *Clin Cornerstone* 2004;6(2):17-30.
13. Flaherman V, Rutherford GW. A meta-analysis of the effect of high weight on asthma. *Arch Dis Child* 2006;91(4):334-9.
14. Pearson S, Olsen LW, Hansen B, Sørensen TI. Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003. *Ugeskr Læger* 2005;167(2):158-62.
15. Lissau I. Forebyggelse af overvægt med skolen som arena. Viden- og Dokumentationsenheden. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
16. Trost SG, Sirard JR, Dowda M, Pfeiffer KA, Pate RR. Physical activity in overweight and nonoverweight preschool children. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27(7): 834-9.
17. Braet C. Psychological profile to become and to stay obese. *Int J Obes (Lond)* 2005; 29 Suppl 2:S19-S23.
18. Shunk JA, Birch LL. Girls at risk for overweight at age 5 are at risk for dietary restraint, disinhibited overeating, weight concerns, and greater weight gain from 5 to 9 years. *J Am Diet Assoc* 2004;104(7):1120-6.
19. Perez CE. Children who become active. *Health Rep* 2003;14(suppl):17-28.
20. Welsh JA, Cogswell ME, Rogers S, Rockett H, Mei Z, Grummer-Strawn LM. Over-



weight among low-income preschool children associated with the consumption of sweet drinks: Missouri, 1999-2002. *Pediatrics* 2005;115(2):e223-e229.

21. Moore LL, Gao D, Bradlee ML, Cupples LA, Sundarajan-Ramamurti A, Proctor MH, et al. Does early physical activity predict body fat change throughout childhood? *Prev Med* 2003;37(1):10-7.
22. Mabeck CA, Kallerup H, Maunsbach M. Den motiverende samtale. København: Dansk selskab for almen medicin, 1999.
23. Grønlykke H, Michaelsen KF, Madsen S. Behandling af overvægtige børn og deres familier. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2004;6:747-55.
24. Maynard LM, Galuska DA, Blanck HM, Serdula MK. Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics* 2003;111(5 Part 2):1226-31.
25. Lindelof A. Overvægtige børn og deres forældres oplevelse og forståelse af barnets overvægt. *Ugeskr Læger* 2005;167(2):163-5.
26. Anbefalinger for spædbarnets ernæring. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
27. Michaelsen KF. Børn, fedt og hjertekarsygdomme. København: Ernæringsrådet, 2002.
28. Børn og bevægelse. Sundhedsstyrelsens kampagne. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
29. Saris WH, Blair SN, van Baak MA, Eaton SB, Davies PS, Di PL, et al. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obes Rev* 2003;4(2):101-14.
30. Marshall SJ, Biddle SJ, Gorely T, Cameron N, Murdey I. Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28(10):1238-46.
31. Jeffrey RW, Drewnowski A, Epstein LH. Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psykology* 2000;19(1(suppl)):5-16.
32. De 8 kostråd. København: Fødevarestyrelsen, 2006.
33. Golan M, Fainaru M, Weizman A. Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998;22(12):1217-24.

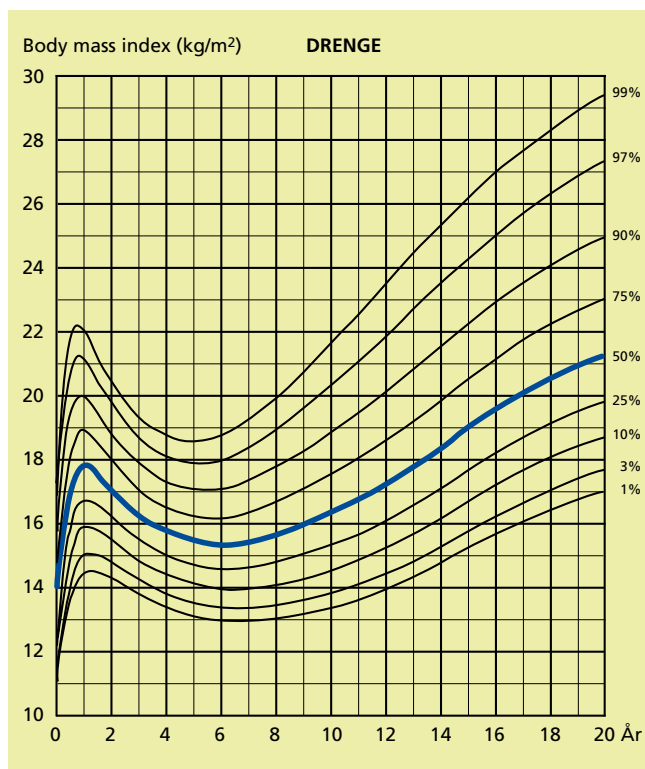
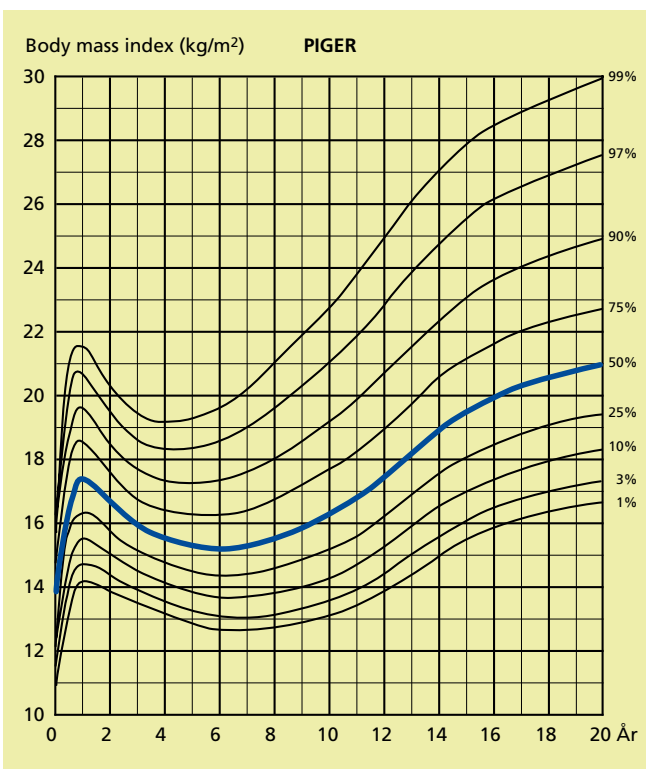
Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn

<p>TRIN 1: Vurder vægtudviklingen hos barnet</p>	<p>Kig på barnet i undertøj, mål højde og vægt. Udregn BMI – »vægt i kg/højde i anden potens«. Vurder vægtudviklingen i forhold til tidligere og sammenlign med alderssvarende børn.</p>
<p>Trin 1a: Ved normal vægtudvikling</p>	<p>Fortsat kontrol anbefales i henhold til gældende børneprofylakseprogram. <i>Obs.:</i> Risiko, hvis blot en af forældrene er overvægtig.</p>
<p>Trin 1b: Ved vægtudvikling i sundhedstruende retning</p>	<p>BMI >90-percentilen tyder på overvægt – til trin 2. BMI >99-percentilen tyder på svær overvægt – til trin 2. BMI <90, men krydser percentil – rådgivning og opfølgning inden næste børneundersøgelse.</p>
<p>TRIN 2: Vurder årsagen til den positive energibalance</p>	<p>Vægtudvikling siden fødsel. <i>Obs.:</i> Øget risiko, såfremt percentiler krydses opad inden 5-års-alder! Forældrenes vægt – etnicitet – sociale forhold.</p>
<p>TRIN 3: Vurder vægtrelaterede følgesygdomme</p>	<p>Vaner og adfærd/mad og fysisk aktivitet. Følgesygdomme. Bliver barnet mobbet eller drillet?</p>
<p>TRIN 4: Beslut niveauet for behandling</p>	<p>Hvor massiv skal behandlingen være? Forældreinddragelse i behandlingen er vigtig! Skal andre sundhedsprofessionelle inddrages?</p>
<p>TRIN 5: Fastlæg strategien for behandling</p>	<p>Hvad kan ændres? Vurder familiens motivation for intervention. Er der samstemmende forklaringsmodel hos behandler og familie om årsagen til vægtproblematikken?</p>
<p>TRIN 6: Vejled om behandlingsmål</p>	<p>Succeskriterier besluttet, både vægt- og ikkevægtrelaterede. Hos børn vil vægtstabilisering gennem højdevækst give et relativt vægttab og dermed et tilfredsstillende resultat på et tidspunkt. Sundere levevis kan være en succes i sig selv!</p>
<p>TRIN 7: Gennemgå vægt-håndteringsplanen</p>	<p>Kontakt med familien og plan for evaluering af succes. Muligheder for at ændre programmet ved behov.</p>

Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn

De 8 officielle kostråd

- Spis frugt og grønt – 6 om dagen (det svarer til, at personer over 10 år bør spise 600 g frugt og grønt hver dag. Børn i alderen 4-10 år anbefales at spise 300-500 g om dagen afhængigt af alder).
- Spis fisk og fiskepålæg – flere gange om ugen.
- Spis kartofler, ris eller pasta og groft brød – hver dag.
- Spar på sukker – især fra sodavand, slik og kager (maks. 10%).
- Spar på fedtet – især fra mejeriprodukter og kød. Dog har førskolebørn >1 år behov for ca. ½ liter fedtfattig mælk om dagen.
- Spis varieret og bevar normalvægten.
- Sluk tørsten i vand.
- Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen, børn mindst 60 minutter om dagen.



Fokus på fysisk aktivitet

- Lad barnet gå og cykle selv, når det er muligt.
- Sjov, fysisk og aktiv leg motiverer barnet til bevægelse.
- Vær opmærksom på, at tv og pc sluger tid.

Mindst 60 minutter fysisk aktivitet dagligt anbefales for børn.

Fokus på støtte til forældre

- Vægthåndtering er en familieopgave.
- Det er den voksne, der fylder op i skabene.
- Vær opmærksom på sodavandsindtaget i familien.
- Familien spiser alle sammen det samme.
- Vær opmærksom på drillerier.
- Sørg for en hyggelig spisesituation – den voksne er det gode eksempel.