



OPSPORING AF OVERVÆGT
OG TIDLIG INDSATS
for børn og unge i skolealderen

2014

Vejledning til skolesundhedstjenesten

OPSPORING AF OVERVÆGT
OG TIDLIG INDSATS
for børn og unge i skolealderen

2014

Vejledning til skolesundhedstjenesten

Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen

Vejledning til skolesundhedstjenesten

© Sundhedsstyrelsen, 2014

1. udgave, 1. oplag, 2014

ISBN (trykt version): 978-87-7104-558-1

ISBN (elektronisk version): 978-87-7104-557-4

Kategori: Faglig rådgivning

Emneord: Skolebørn, fedme, tidlig opsporing, skolen, sundhedspleje, forebyggende sundhedsydelse

Manus ved arbejdsgruppe, hovedskribenter:

Lars Bo Andersen, prof., lic.phil., dr.med., Syddansk Universitet

Henrik Greiffenberg, kommunallæge, Holbæk Kommune, repræsentant for Dansk Selskab for Børnesundhed

Helle N. Grønbæk, psykolog, Holbæk Sygehus

Susanne Hede, sundhedsplejerske, MSA, Sundhedskonsulent, Århus

Kommune, formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Pia Müller, speciallæge i almen medicin, praksis i Greve

Imran Rashid, speciallæge i almen medicin, praksis i Kastrup

Karen Wistoft, lektor, Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU),

Århus Universitet

Medskribenter:

Christian Mølgaard, lektor, dr.med., ph.d., Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet

Carsten Obel, lektor, ph.d., speciallæge i almen medicin, Institut for Folkesundhed

Helle Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, Køge Kommune

Helle Svinkløv, sundhedsfaglig udviklingskonsulent, Københavns

Kommune

Øvrige bidragsydere:

Connie Brunsgaard, praksiskonsulent

Christina L. Lindhardt, sundhedsplejerske, Odense Universitet,

repræsentant for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Bente Nygaard, kommunallæge

Vibeke Westergaard, sundhedsplejerske, Aarhus Kommune

Fagredaktion:

Tatjana Hejgaard, specialkonsulent, ph.d., cand.brom., Sundhedsstyrelsen

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC, Sundhedsstyrelsen

Forlagsredaktion:

Birgitte Dansgaard, Komiteen for Sundhedsoplysning

Illustrationer:

Niels Bo Bojesen

Grafisk tilrettelæggelse:

Peter Dyrvig Grafisk Design

Tryk:

GP Tryk

Udgivet af Sundhedsstyrelsen.

Kan bestilles hos:

Komiteen for Sundhedsoplysning

Classensgade 71, 5. sal

2100 København Ø

Telefon: 35 36 54 00

Fax: 35 43 02 13

kfs@sundkom.dk

www.sundhedsoplysning.dk

Kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Forord

Denne vejledning handler om overvægt hos skolebørn. Skolesundhedstjenesten har en væsentlig rolle, når det gælder opsporing af og tidlig indsats overfor uhensigtsmæssig vægtudvikling hos børn og unge i skolealderen. Vejledningen har til formål at understøtte den kommunale sundhedstjenestes arbejde med at iværksætte nødvendige og rettidige indsatser i samarbejde med familien, den praktiserende læge og lokale eller regionale tilbud.

Den kommunale sundhedstjeneste har i forbindelse med de lovbestemte ind- og udskolingsundersøgelser og ved den regelmæssige kontakt med sundhedsplejersken gennem hele skolealderen naturlig adgang til at vurdere og drøfte barnets og den unges sundhedstilstand og tilbyde vejledning til såvel barnet som dets forældre. Vurdering af barnets højde- og vægtudvikling er en vigtig del af skolesundhedstjenestens forebyggende arbejde, og dermed har sundhedstjenesten mulighed for tidligt at opspore begyndende overvægt samt tilbyde og henvise til relevante tilbud til barnet og dets familie.

Vejledningen tager udgangspunkt i lovgrundlaget for de forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Udgangspunktet er barnets trivsel, og udover de nye BMI-kurver og grænseværdier beskrives betydningen af at arbejde sundhedspædagogisk med den komplekse opgave, det er at forebygge overvægt hos børn og unge.

Desuden er der lagt vægt på betydningen af at inddrage barnets forældre så tidligt som muligt i et anerkendende og motiverende tværfagligt samarbejde.

Sundhedsstyrelsen håber, at kommunerne med denne vejledning i hånden vil få yderligere inspiration til at udarbejde konkrete retningslinjer for indsatsen. Det gælder den tidlige opsporing, selve indsatsen i skolen og i kommunen i øvrigt samt opfølgning og samarbejde med almen praksis og regionen. Vejledningen skal desuden ses i sammenhæng med forebyggelsespakken om overvægt, som Sundhedsstyrelsen har udgivet.

Sundhedsstyrelsen vil gerne benytte lejligheden til at takke arbejdsgruppen bag vejledningen for deres store arbejde. Samtidig rettes en stor tak til de mange høringsparter, der har bidraget til at styrke det faglige indhold i vejledningen.

*Jette Jul Bruun
Enhedschef, Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Sundhedsstyrelsen
Januar 2014*

Indhold

Forord	3
1. Indledning	6
1.1 Fokus på den individuelle indsats	6
1.2 Børn med overvægt i Danmark	7
1.3 Vejledningens struktur	8
2. Opsporing og tidlig indsats – lovgrundlag og muligheder for opsporing	10
2.1 Lovgrundlaget	10
2.2 Indskolingsundersøgelsen	11
2.3 Regelmæssige kontakter og behovsundersøgelser gennem skoletiden	13
2.4 Udskolingsundersøgelsen	15
2.5 Resume	16
3. Overvægtige børns trivsel	17
3.1 Generelt om overvægtige børns trivsel	17
3.2 Forholdene i familien – hvordan har barnet/den unge det i sin familie?	18
3.3 Forholdene i skolen – hvordan har barnet/den unge det i sin skole?	19
3.4 Forholdet til kroppen – hvordan har barnet/den unge det med sin krop?	21
3.5 Resume	23
4. Samarbejdet med forældrene	25
4.1 En vanskelig opgave	25
4.2 Samtale om overvægt	26
4.3 Motivation og livsstilsændring	29
4.4 Adfærdsbaseret tilgang	30
4.5 Etniske minoriteter og overvægt	35
4.6 Resume	36
5. Vurdering af vægt	37
5.1 Vækstkurver i Danmark	37
5.2 Brug af BMI	38
5.3 Måling af højde og vægt samt vurdering af det enkelte barn	40
5.3.1 Det kliniske skøn	40
5.3.2 Tidspunkter for højde- og vægtmåling	41
5.4 Supplerende målinger i behandlings- og forskningsmæssig sammenhæng	42
5.4.1 Taljemål	42
5.4.2 Konditionsmåling	42
5.4.3 Måling af kardiovaskulære risikofaktorer	43
5.5 Metodiske overvejelser ved interventioner indeholdende fysisk aktivitet	44
5.6 Resume	45

6. Sundhedspædagogiske overvejelser	46
6.1 Pædagogiske tilgange og mål	46
6.2 Sundhed og selverkendelse	47
6.3 Sundhedspædagogik koblet til børnenes verden	48
6.4 Professionel pædagogisk kompetence	49
6.5 Gruppetilgang	52
6.6 Resume	53
7. Skolesundhedstjenestens indsats	54
7.1 Sundhedsvaner og sundhedsfremme	54
7.2 Opsporing	55
7.3 Samtalen	57
7.4 Familien i centrum	61
7.5 Mål for indsatsen samt opfølgning	61
7.6 Resume	63
8. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	64
8.1 Den praktiserende læge	64
8.2 Den kommunale sundhedstjeneste	70
8.3 Familien	73
8.4 Resume	74
Bilag I Forskrift for højde- og vægtmåling	75
Bilag II Kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver for drenge og piger	76
Bilag III Eksempler på indsatser udgået fra skolesundhedstjenesten	80
Bilag IV Personlig sundhedsprofil	86
Bilag V Model for samarbejde mellem kommuner og Julemærkehjemmene	97
Bilag VI Laminatark	99
Litteratur	105
Stikordsregister	113

1. Indledning

Denne vejledning beskriver opsporing af overvægt blandt børn i skolealderen og den tidlige indsats overfor det enkelte barn og dets familie. Formålet med vejledningen er at give skolesundhedstjenesten i Danmark et fælles grundlag for opsporing og forebyggelse af uhensigtsmæssig vægtudvikling og at give inspiration til samarbejde på tværs af forskellige fagligheder og sektorer. Dette omfatter brugen af samme BMI-kurver og grænseværdier til at definere vægt og overvægt hos børn og unge. Vejledningen supplerer Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om overvægt, når der i kommunerne skal prioriteres og tages beslutninger om forebyggelse og tidlige indsatser overfor børn og unge med overvægt.

1.1 Fokus på den individuelle indsats

I en bred forebyggelsesindsats overfor udvikling af overvægt hos børn og unge i skolealderen er strukturelle indsatser, der fremmer tilgængeligheden af sund mad og drikke, muligheden for fysisk aktivitet og god trivsel, afgørende. De strukturelle indsatser beskrives i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker om overvægt, mad og måltider, fysisk aktivitet og mental sundhed. Forebyggelsespakkerne skal bidrage til at styrke folkesundheden gennem en systematisk forebyggelses- og sundhedsfremmende indsats af høj kvalitet i kommunerne. De indeholder faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesindsats og omfatter også skolesundhedstjenestens ydelser. I forbindelse med pakkerne er der udviklet målgruppekort for skolebørn, der skaber overblik over anbefalingerne for skolen som arena. Arbejdet med sundhedsfremmende miljøer er desuden beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Skolesundhedsarbejde – håndbog til sundhedspersonale*.

Vejledningen har fokus på den tidlige forebyggende individuelle indsats i forhold til overvægt hos børn og unge i skolealderen, således at man på sigt kan mindske antallet af børn med overvægt. Den omhandler ikke behandling af overvægt, der varetages i det regionale sundhedsvæsen, herunder almen praksis. Hvornår overvægten samt eventuelle følgesygdomme eller relaterede problemstillinger er behandlingskrævende beror på en lægefaglig vurdering af det enkelte barn og dets helbredstilstand. Derfor indeholder vejledningen en anbefaling om, hvornår man i kommunalt regi bør henvise til alment praktiserende læge med henblik på udredning og eventuel behandling.

I vejledningen skelnes generelt ikke mellem overvægt og svær overvægt, da der er fokus på opsporingen og den tidlige indsats. Børn og unge med svær overvægt henvises til egen læge.

1.2 Børn med overvægt i Danmark

Siden 1987 er forekomsten af overvægt blandt voksne steget væsentlig. Dette ses især blandt de yngre aldersgrupper (16-44 år). Forekomsten blandt børn har været baseret på mindre grupper og vist, at omtrent hvert femte barn er overvægtigt. Således er 5-8 % af de 3-4-årige overvægtige (baseret på målte data fra to kommuner), 21 % af de 6-8-årige er overvægtige ved indskolingen (baseret på målte data fra 11 kommuner), og 18 % af de 14-16-årige er overvægtige ved udskolingen (baseret på målte data fra fem kommuner). De nyeste tal fra Sundhedsstyrelsens Børnedata viser, at der blandt børn født i 2005, hvilket er den seneste indskolingsårgang, var 12,8 % overvægtige. Det svarer til, at lidt flere end hvert ottende barn af de indberettede 44.478 børn var overvægtige.

Børn og unge udgør en særlig målgruppe i forebyggelsen af overvægt. Dels grundlægges livsstil tidligt, dels øger overvægt i barndommen og især i teenageårene risikoen for at blive overvægtig som voksen. 70 % af dem, der er overvægtige som unge, bliver det også som voksne. Børn med overvægtige forældre udvikler hyppigere svær overvægt, hvilket kan være relateret til såvel genetiske faktorer som til familiens mad- og motionsvaner. Således bidrager forebyggelse og behandling af overvægt hos børn og unge til at forebygge overvægt hos voksne.

Overvægt, og især svær overvægt, hos børn og unge har både fysiske og psykiske konsekvenser. I barndommen fylder psykosociale problemer mest, fx i form af mobning og drilleri, lavere selvværd og ringere livskvalitet. Hos børn og unge med svær overvægt kan fysiske komplikationer opstå allerede i barndommen. Fx kan overvægtige børn og unge opleve forstadier til type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, astma og forringet leverfunktion. Mange børn og unge har også problemer med hofter og knæ, fordi de er tungere, end deres knogler, muskler og led er bygget til.

Da overvægtige børn ofte også bliver overvægtige som voksne, har de større risiko for at få fx hjerte-kar-sygdomme og type 2-diabetes som voksne.

Mange overvægtige børn og unge har det svært psykisk og socialt. Nogle trækker sig fra det sociale samvær pga. deres overvægt, mens andre måske er udsatte for drilleri og mobning, hvilket gør, at de isolerer sig og derved bliver ensomme.

1.3 Vejledningens struktur

Vejledningen er bygget op om en række kapitler, der beskriver de væsentligste elementer i arbejdet med opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen.

Først redegøres for lovgrundlaget for skolesundhedstjenestens arbejde og indsats. Heri beskrives, hvornår børnene/de unge som minimum skal vejes og måles og indsatser på baggrund af særlige behov.

Trivslen hos børn og unge med overvægt spiller en vigtig rolle, når de skal til at omlægge deres vaner og livsstil. Det næste kapitel beskriver, hvordan man kan arbejde med barnets/den unges trivsel både i forhold til familien, skolen, og hvordan barnet/den unge har det med sin krop.

Det centrale omdrejningspunkt i den forebyggende indsats overfor uhensigtsmæssig vægtudvikling, overvægt og svær overvægt hos børn i den skolepligtige alder er samarbejdet med forældrene. Vejledningen giver gode råd til, hvordan man som sundhedsperson kan samarbejde med forældrene for at understøtte omlægningen til sundere vaner og livsstil i hele familien.

I vurderingen af det enkelte barns vægtudvikling har man i skolesundhedstjenesten i Danmark hidtil benyttet sig af højde/vægt-kurver baseret på ældre data og med forskellige grænser for overvægt og svær overvægt. I vejledningen introduceres nye BMI-kurver og internationale grænseværdier (ISO-BMI/IOTF) til at definere børns og unges vægt. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne efterhånden implementerer de nye kurver. Brugen af ens grænseværdier vil gøre det muligt at sammenligne forekomsten af overvægt på tværs af kommuner og med andre lande. De samme grænseværdier anvendes i Sundhedsstyrelsens Børnedatabase.

I det næste kapitel følger en beskrivelse af de sundhedspædagogiske overvejelser, der til enhver tid skal danne grundlag for tilrettelæggelsen af arbejdet. Heri er der fokus på at tage afsæt i børnenes selvværd og værdier og på at nuancere sin tilgang, så man får motiveret de børn og unge, der har svære betingelser for at opnå et liv uden overvægt.

Dernæst beskrives indsatsen overfor det enkelte barn. Barnets vægtudvikling danner grundlag for indsatsens omfang, og indsatsen tilrettelægges ud fra samtalerne med barnet/den unge og forældrene. Arbejdet tager derfor udgangspunkt i, hvilke ressourcer det enkelte barn og familien har. Afdækning af familiens ressourcer, motivation, trivsel og vaner danner grundlag for, at sundhedsplejersken og familien sammen kan opstille realistiske mål og ændre vaner i en sundhedsfremmende retning.

I det sidste kapitel beskrives betydningen af, at kommunen styrker det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i indsatser overfor og tilbud til børn med overvægt og deres familier. Et samarbejde som oftest er påkrævet, for at indsatsen omkring det enkelte barn/den unge skal lykkes.

Vejledningen beskriver ikke specifikke indsatser, da evidensen for strategier og effektive indsatser til forebyggelse af overvægt blandt børn stadig er usikker, om end evidensen er øget gennem de senere år. Der er god evidens for en positiv effekt af indsatser til forebyggelse af overvægt i skolen, men det er mest undersøgt blandt 6-12-årige. Skolebaserede indsatser kan imidlertid ikke stå alene. Familien og barnets nære miljø må også understøtte sunde vaner hos børn. For beskrivelse af indsatser i Danmark gennem de seneste år henvises til *Sammenfattende evaluering af projekterne i satspuljen: "Kommunens plan mod overvægt blandt børn og unge"*.

2. Opsporing og tidlig indsats – lovgrundlag og muligheder for opsporing

Dette kapitel beskriver love og bestemmelser i relation til mulighederne for tidlig opsporing af overvægt og udvikling af svær overvægt hos børn og unge gennem hele deres skolegang.

De lovbestemte ind- og udskolingsundersøgelser og regelmæssige samtaler med og undersøgelser af børn og unge giver sundhedstjenesten en unik mulighed for tidlig opsporing af børn med uhensigtsmæssig vægtudvikling. Sundhedstjenesten skal ved kontakt med det enkelte barn afdække eventuelle sundhedsmæssige problemer – herunder uhensigtsmæssig vægtudvikling – og fremme barnets fysiske og psykiske sundhed og trivsel gennem oplysning og vejledning til barnet og dets forældre. Dette kan ske individuelt eller i gruppe, og sundhedsplejersken kan, eventuelt i samarbejde med praktiserende læge og/eller kommunallæge, henvise til et relevant kommunalt tilbud, herunder sundhedstjenestens egen indsats for overvægtige børn og deres familier, med henblik på at forebygge eller reducere en uhensigtsmæssig vægtudvikling.

Den kommunale sundhedstjeneste kan overveje, om man vil organisere indsatsen, således at en eller flere sundhedsplejersker specialiseres i at arbejde med overvægtige børn og deres familier, eller om man ønsker, at alle sundhedsplejersker har de fornødne kompetencer til at varetage den komplekse opgave.

2.1 Lovgrundlaget

Sundhedsloven, LBK nr. 913 af 13/07/2010¹ bestemmer i § 121, at alle børn indtil undervisningspligtens ophør skal tilbydes vederlagsfri sundhedsvejledning, bistand samt funktionsundersøgelser og i § 121, stk. 2, at alle børn i den undervisningspligtige alder skal tilbydes forebyggende helbredsundersøgelser i forbindelse med ind- og udskoling. Undersøgelserne sker ved en kommunallæge eller en sundhedsplejerske efter kommunalbestyrelsens beslutning. Indskolingsundersøgelsen er central for opsporing og forebyggelse af overvægt og svær overvægt hos de yngste skolebørn². Udskolingsundersøgelsen er den sidste mulighed for i skoleforløbet at opspore udvikling af overvægt eller erkende eksisterende overvægt og i den forbindelse give rådgivning.

Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge³ – herefter kaldet bekendtgørelsen – bestemmer i § 10, stk. 3,

at sundhedsplejersken ved funktionsundersøgelser og gennem regelmæssig kontakt med det enkelte barn skal afdække eventuelle individuelle sundhedsmæssige problemer. U hensigtsmæssig vægtudvikling, overvægt og svær overvægt er et væsentligt sundhedsmæssigt problem for det enkelte barn og skal derfor varetages i skolen på baggrund af denne bestemmelse.

Ved indskolingsundersøgelsen følger sundhedspersonalet generelt op på den indsats, der i småbarnsalderen har været hos den praktiserende læge. Såfremt lægen ved 5-års-undersøgelsen vurderer, at barnet har haft helbredsmæssige problemer, der kan få betydning for skolegangen, udarbejder lægen et statusnotat herom til den kommunale sundhedstjeneste i henhold til § 22 i bekendtgørelsen³. Praktiserende læge videresender statusnotatet til den kommunale sundhedstjeneste efter aftale med forældrene. Udveksling af oplysninger fra praktiserende læge til den kommunale sundhedstjeneste kan aftales i de kommunalt lægelige udvalg (KLU).

Indskolingsundersøgelsen er en individuel kontakt med barnet og dets forældre. Igennem skoleforløbet ses barnet desuden regelmæssigt af sundhedsplejersken i henhold til *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*⁴ samt kommunalbestyrelsens beslutning herom. Enhver kontakt giver anledning til en vurdering af barnets sundhedstilstand, herunder vurdering af begyndende uhensigtsmæssig vægtudvikling, eventuel overvægt eller svær overvægt hos barnet/den unge.

Skoleforløbet afsluttes med udskolingsundersøgelsen, hvor den unge tilbydes individuel kontakt og relevant rådgivning i henhold til *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*⁴.

De regelmæssige samtaler og funktionsundersøgelser gennem skoletiden sker med forældrenes samtykke, enten skriftligt eller mundtligt⁴. Såfremt barnet/den unge selv henvender sig, kan sundhedsplejersken tale med barnet/den unge uden forældrenes samtykke. Det efterfølgende forløb afgør, hvornår forældrene inddrages.

2.2 Indskolingsundersøgelsen

Indskolingsundersøgelsen tilbydes af kommunallægen eller sundhedsplejersken, afhængigt af kommunalbestyrelsens beslutning herom.

Indskolingsundersøgelsen har til formål at vurdere barnets helbredstilstand, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed samt at vejlede barnet og dets forældre om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart.

Undersøgelsen:

- er et lovbestemt tilbud til alle børn og deres forældre
- bør kun foretages sammen med barnets forældre eller anden fortrolig voksen, efter aftale med forældrene
- indeholder en række funktionsundersøgelser, herunder måling af højde og vægt (se bilag I) samt vurdering af vækstudviklingen på baggrund af tidligere forebyggende undersøgelser i almen praksis.

Forud for undersøgelsen indsamler sundhedsplejersken oplysninger vedrørende barnet hos dets forældre, hos barnets lærere (efter aftale med forældrene) og eventuelt i sundhedstjenestens egen spæd- og småbarnsjournal. Desuden kan et eventuelt statusnotat fra praktiserende læge om helbredsproblemer i småbarnsalderen, der har betydning for barnets skolegang, indgå i vidensindsamlingen om barnets sundhed ved skolestart.

Etablering af et godt og tillidsfuldt samarbejde med forældrene er essentielt for resten af barnets skoletid, hvad angår spørgsmål og problemer i forbindelse med barnets sundhed. Ved indskolingsundersøgelsen har sundhedsplejersken/kommunallægen også mulighed for at komme ind på forældrenes eventuelle erfaringer med overvægt og vurdere deres evne til og motivation for at ændre vaner og livsstil, hvis det vurderes sundhedsfagligt relevant. Er forældrene selv overvægtige, vil der være øget risiko for, at barnet også udvikler overvægt^{5,6}.

Ved indskolingsundersøgelsen i børnehaveklassen måler og vejer sundhedsplejersken barnet i henhold til standarderne beskrevet i bilag I.

Hvis højde- og vægtmåling med efterfølgende BMI-udregning viser, at barnet er overvægtigt eller er ved at udvikle overvægt, skal forældrene umiddelbart informeres herom og straks inddrages i, hvad det næste skridt skal være. Emnet kan være følsomt, og nogle forældre kan føle det som en kritik af dem og deres hverdagsvaner. Hos nogle forældre kan det udløse vrede eller andre forsvarsmekanismer, som fx benægtelse, mens andre forældre vil føle lettelse over, at sundhedsplejersken/kommunallægen tager barnets vægtudvikling alvorligt og italesætter et problem, som de måske selv har tumlet med længe⁷. At tale om barnets overvægt kan være vanskeligt og kræver anerkendende og motiverende samtaleteknik, hvor både barn og forældre inddrages i at finde den rigtige måde at håndtere overvægten på og i at sætte mål for barnet og familien⁸.

“Det kan være svært at have med at gøre, hvad andre tænker. Jeg føler, at andre tænker, at jeg da bare kunne lade være med at give ham alle de der ting. Det har jo været en kamp hele livet.”

Mor til 8-årig dreng

Sundhedsplejersken må sørge for at bevare objektivitet og saglighed i formidlingen, fx ved at vise BMI-kurven frem og fastholde, at en fælles indsats vil være til barnets bedste. I samtalen med forældrene skal sundhedsplejersken drøfte henvisning til læge, hvis der er mistanke om sygdom, henvisning til et kommunalt tilbud, til Julemærkehjem eller til egen indsats afhængigt af problemets omfang og karakter. Læs mere om dette i kapitel 7 (Skolesundhedstjenestens indsats). Af de svært overvægtige børn vil 2-3 % have anden bagvedliggende sygdom eller syndrom^{9,10}.

Sundhedsstyrelsens *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*⁴ foreskriver højde- og vægtmåling i både børnehaveklasse og 1. klasse for alle børn. Er barnet allerede overvægtigt eller på vej til at udvikle overvægt, må der ske opfølgning tidligere end i 1. klasse og herefter med relevante intervaller. Behovet for opfølgende kontakt vurderes individuelt.

Opsporingen af uhensigtsmæssig vægtudvikling eller overvægt ved indskolingsundersøgelsen skal følges af overvejelser om, hvorvidt barnet skal henvises til egen læge for udredning. Det anbefales, at sundhedstjenesten laver retningslinjer for henvisning, bedst i samarbejde med repræsentanter fra almen praksis, som fx praksiskonsulenten. Der henvises altid til praktiserende læge i henhold til de forhold, der er beskrevet i kapitel 7, side 56 (Skolesundhedstjenestens indsats). Som minimum må opsporingen af uhensigtsmæssig vægtudvikling følges op af skolesundhedstjenestens egen indsats, eventuelt med samtidig henvisning til kommunale tilbud, som beskrevet i kapitel 7.

Såfremt der ikke eksisterer lokale tilbud, skal der ske henvisning til praktiserende læge for vurdering af behov for henvisning til regionale tilbud eller fx Julemærkehjem. Enkelte regionale tilbud giver mulighed for, at den kommunale sundhedstjeneste kan henvise til behandling uden henvisning fra den praktiserende læge. Læs mere i kapitel 8 (Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde) og i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om overvægt¹¹.

2.3 Regelmæssige kontakter og behovsundersøgelser gennem skoletiden

Gennem skoletiden skal barnet regelmæssigt tilbydes lovbestemte funktionsundersøgelser og samtaler med sundhedsplejersken jf. § 10, stk. 3 i bekendtgørelsen³. Ved enhver individuel kontakt kan måling af højde og vægt indgå

i konsultationen, såfremt kommunen har fastlagt dette i sine servicemål, eller hvis forældrene og/eller sundhedsplejersken ønsker det eller finder det relevant. Udover ved ind- og udskolingsundersøgelsen vejes og højdemåles barnet som minimum i 1. klasse og midt i skoleforløbet i 4., 5. eller 6. klasse med henblik på indrapportering af disse data til Sundhedsstyrelsens Børnedata-base¹².

Samtaler med børn og unge samt måling af højde og vægt er de vigtigste redskaber til opsporing af overvægt og svær overvægt gennem skoletiden. Såfremt sundhedsplejersken konstaterer, at barnet er ved at udvikle overvægt eller svær overvægt, bør det i henhold til bekendtgørelsen, § 14³, give anledning til kontakt med barnets forældre og tilbud om opfølgende vejledning til dem selv – og til barnet, såfremt barnet har en alder, hvor det vurderes relevant. Forældre med børn i de yngste klasser kan med fordel deltage uden barnet, eventuelt i forældregrupper, så barnet ikke udsættes for at føle sig skyldig og skamfuld over sin vægt. Midt i skoleforløbet gør barnet sig mere og mere fri af forældrenes indflydelse, og det er naturligt på dette tidspunkt at begynde at drøfte barnets stigende selvstændige ansvar for at bevare sin sundhed, samtidig med at forældrenes overordnede ansvar fastholdes.

Bekendtgørelsens § 12³ bestemmer, at børn og unge med særlige behov skal tilbydes en særlig indsats, herunder øget rådgivning, bistand samt eventuelt yderlige undersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske. Overvægtige børn og unge og børn med uhensigtsmæssig vægtudvikling hører naturligt til under denne bestemmelse og har således ret til en særlig indsats gennem hele skoletiden.



Desuden må sundhedsplejersken, som ved indskolingsundersøgelsen og med henvisning til bekendtgørelsens § 14³, henvise til relevante kommunale eller regionale tilbud, eventuelt i tværfagligt regi. I samtalen med barnet og dets forældre skal sundhedsplejersken være opmærksom på barnets generelle trivsel og dets hverdagsliv og have dette som udgangspunkt for rådgivningen. Dette aspekt uddybes i kapitel 3 (Overvægtige børns trivsel) og kapitel 7 (Skolesundhedstjenestens indsats).

Hvis et barn er indstillet til ophold på Julemærkehjem, følger sundhedsplejersken op på dette. Ligeledes følger sundhedsplejersken op, når et barn har været på julemærkehjem, idet risikoen for at tage på igen er meget stor^{13, 14}. Se bilag V.

2.4 Udskolingsundersøgelsen

Udskolingsundersøgelsen tilbydes af kommunallægen eller sundhedsplejersken, afhængigt af kommunalbestyrelsens beslutning herom i henhold til bekendtgørelsen, § 9, stk. 2³.

Undersøgelsen har til formål at give en samlet vurdering af den unges helbred og sundhed, umiddelbart inden den unge forlader skolen. Ved undersøgelsen bør lægen eller sundhedsplejersken bl.a. drøfte den unges sundhedsadfærd og risiko for at udvikle livsstilssygdomme, herunder overvægt.

Udskolingsundersøgelsen:

- er et lovbestemt tilbud til unge umiddelbart inden undervisningspligtens ophør
- er en samtale med den unge selv, men forældrene har givet samtykke hertil (hvis den unge er under 15 år) og har mulighed for at supplere den unges egne oplysninger gennem et oplysningsskema. Sundhedsplejersken samarbejder med klasselæreren eller andre relevante fagpersoner omkring den unge efter samtykke fra forældrene eller den unge selv (hvis den unge er 15 år eller derover)
- indeholder en række funktionsundersøgelser, herunder måling af højde og vægt (i henhold til bilag I) samt vurdering af vækstudviklingen på baggrund af registreringer foretaget gennem hele skoletiden.

Da udskolingsundersøgelsen er det afsluttende lovbestemte sundhedsfaglige tilbud til unge, skal den unge ved denne lejlighed orienteres om mulighederne for støtte fremadrettet, herunder støtte til vægttab, hvis han eller hun er overvægtig. Langt de fleste unge med svær overvægt vil i forvejen være

kendte af sundhedsplejersken. Der vil dog også være unge, der, som følge af ændret livsstil og vaner, som fx ophør med fysisk aktivitet og ændrede mad- og måltidsvaner, har udviklet overvægt siden sidste undersøgelse¹⁵.

Den unge har i højere grad end det mindre barn selv ansvaret for mad og måltider og skal selv vælge aktivitetsniveau, livsstil m.m.^{16,17}. Sundhedsplejersken/kommunallægen bør have fokus på vejledning i forhold til hverdagslivet og trivsel samt vaner i forhold til mad, måltider og fysisk aktivitet. Sundhedsplejersken/kommunallægen må i samtalen med den unge desuden præsentere den unge for relevante redskaber til at håndtere eventuel overvægt eller svær overvægt, således at den u hensigtsmæssige udvikling ikke fortsætter. Læs også forebyggelsespakken om overvægt¹¹.

Sundhedsplejersken/kommunallægen skal kende aktuelle muligheder for den unge i kommunen for at kunne give relevant rådgivning, som fx om der findes særlige motionshold, om der gives tilskud til fitnessstræning, og om der findes målrettede kostvejledningstilbud. De kommunale tilbud kan findes på SOFT portalen på www.sundhed.dk.

Sundhedsplejersken/kommunallægen kan henvise til den praktiserende læge, som kan vurdere, om der er behov for vejledning ved diætist^a i kommunalt eller regionalt regi. I nogle kommuner kan sundhedsplejersken/kommunallægen henvise direkte til diætisttilbud i kommunen. Der kan være tale om selvhjælpsgrupper for unge i samme situation eller andre relevante lokale eller regionale tilbud afhængigt af den unges behov.

Den unge kan tilbydes opfølgende rådgivning i den kommunale sundhedstjeneste efter undervisningspligtens ophør, hvis der er behov herfor, jf. § 16 i bekendtgørelsen³. Desuden kan den unge henvises til almen praksis for fortsat rådgivning om hensigtsmæssige tiltag i forhold til overvægt og svær overvægt.

2.5 Resume

Skolesundhedstjenesten måler og vejer alle børn i forbindelse med de lovbestemte ind- og udskolingsundersøgelser samt i 1. klasse og mindst én gang midt i skoleforløbet efter kommunalbestyrelsens beslutning om, hvilke klassetrin de regelmæssige funktionsundersøgelser tilbydes på.

Såfremt et barn ved disse undersøgelser fremviser u hensigtsmæssig vægtudvikling, findes overvægtigt eller svært overvægtigt, skal sundhedstjenesten tilbyde en ekstra indsats tilpasset det enkelte barn og dets familie.

a "Diætist" anvendes i denne vejledning om sundhedspersoner med relevant ernæringsfaglig uddannelse og baggrund.

3. Overvægtige børns trivsel

Følgende kapitel beskriver forskellige aspekter ved overvægtige børns trivsel. Det påvirker børns dagligdag, når de er overvægtige.

Mange børn beskriver, at de har en dårlig livskvalitet eller har problemer hjemme. Andre, at de er kede af at gå i skole og oplever mobning, og at de har et negativt forhold til deres krop, kroppens funktion og deres fysiske præstationer. Andre fremtræder upåvirkede af deres vægt.

Det er derfor vigtigt at undersøge forskellige aspekter ved overvægtige børns trivsel for sammen med forældrene at kunne hjælpe dem til at få en bedre dagligdag med større trivsel og dermed parathed til at skulle omlægge usunde og uhensigtsmæssige vaner til en sund livsstil med sunde og mere hensigtsmæssige vaner.

3.1 Generelt om overvægtige børns trivsel

Trivsel er et udtryk for en generel følelsesmæssig tilstand, baseret på sociale relationer og på fysiske, psykiske og følelsesmæssige oplevelser i hverdagen. Børn i skolealderen er forskellige med hensyn til alder, køn, personlighed, fysisk og psykisk modenhed samt social og familiemæssig baggrund. Børn, der er overvægtige, har forskellige oplevelser med overvægten og takler overvægten forskelligt¹⁸⁻²⁰ – igen afhængigt af alder, køn, personlighed, sociale og familiemæssige baggrunde.

Overvægtige børns trivsel betyder meget for deres parathed til at skulle omlægge usunde vaner til en sundere livsstil. Børn på 10-12 år nævner ofte "at få det bedre med kammeraterne" som den største drivkraft for at tabe sig²¹. I en undersøgelse blandt 39 overvægtige børn er det kun få, der selv giver eksempler på, at de oplever deres overvægt som en barriere i forhold til at leve et sundt og trivselsfuldt liv²⁰. Trivslen påvirker udover parathed også motivationen til at foretage de konkrete livsstilsændringer, som er nødvendige for at holde vægten eller tabe sig²². Derfor er det væsentligt at få et indtryk af barnets generelle trivsel, både *inden* en indsats sættes i værk og *undervejs* i et forløb.

“Det er rart at være et sted, hvor man er god til nogle ting i idræt, så man ikke bliver valgt til sidst som i skolen.”

10-årig dreng om at deltage i motion på hold med andre overvægtige børn

Især tre forhold påvirker skolebørns hverdag og trivsel – og her er børn og unge med overvægt specielt udsatte:

- Forholdene i familien – Hvordan har barnet/den unge det i sin familie?
- Forholdene i skolen – Hvordan har barnet/den unge det i sin skole?
- Forholdet til kroppen – Hvordan har barnet/den unge det med sin krop?

3.2 Forholdene i familien – hvordan har barnet/den unge det i sin familie?

Overvægt har størst forekomst blandt socialt og socioøkonomisk dårligt stillede børn²³, især i familier, hvor forældrene har en kort skolegang²⁴. I en familie med lav socioøkonomisk status kan dårlige vaner i form af usund mad og manglende fysisk aktivitet hænge sammen med en konfliktfyldt hverdag, stress, skilsmisse, fysisk nedslidning eller sygdom, dårlige boligforhold, arbejdsmæssige problemer osv. Forskellige problemer kan bevirke, at barnet ikke bliver set, hørt eller forstået, og kan gøre, at familien ikke har overskud til at prioritere eller etablere og fastholde sunde vaner i hverdagen^{25,26}.

Undersøgelser viser, at forældre, der insisterer på, at børnene spiser ved måltiderne, sikrer børnene daglig adgang til frugt og grønt, tænker på at reducere fedt osv., har børn med normal vægt, der spiser sundere, end børn af forældre, der eksempelvis ofte laver snacks, giver børnene mange valgmuligheder i forhold til maden eller laver specielle måltider til dem, der er anderledes end den øvrige families mad²⁷.

“Når han skal have grøntsager og skal spise dem, så er mor ‘den onde’.”

Mor til 7-årig dreng

En ældre dansk undersøgelse har belyst, at omsorgssvigtede børn, der fremstod ‘forsømte og beskidte’, havde ni gange så stor risiko for at udvikle overvægt i den tidlige voksenalder som børn, der ikke var betegnet som ‘forsømte og beskidte’. Sammenhængen var uafhængig af børnenes BMI, køn og sociale baggrund²⁸.

I dag vil vi se en bredere vifte af omsorgsproblemer, der kan resultere i usunde vaner. Det kan være tilknytningsproblemer²⁹, problemfyldt kommunikation eller konfliktfyldt samvær mellem barnet og forældre/søskende. Dette kan resultere i, at familien undgår at spise sammen og være sammen, eller at for-

ældrene ikke ved, hvordan barnet har det fx i skolen eller sammen med jævnaldrende. Det kan også resultere i, at barnet får usunde vaner, fx fordi det får egne penge til mad og drikkevarer, bliver transporteret i bil, bus eller tog, ikke deltager i organiseret idræt eller sidder længe ved tv eller computer og spiser alene. Det kan være, at barnet ikke bliver bakket op af forældrene, eller at barnets dagligdag ikke deles med forældrene. Måske ved forældrene ikke, at barnet bliver mobbet i skolen, at det er ked af sin krop, at det spiser usundt i smug osv.²⁸

Der er således flere uspecifikke, psykosociale faktorer i familien, der har en sammenhæng med børns risiko for at udvikle overvægt²⁸, og som har betydning for barnets og familiens muligheder for effektivt at kunne indgå i en indsats for at reducere overvægten²⁹.

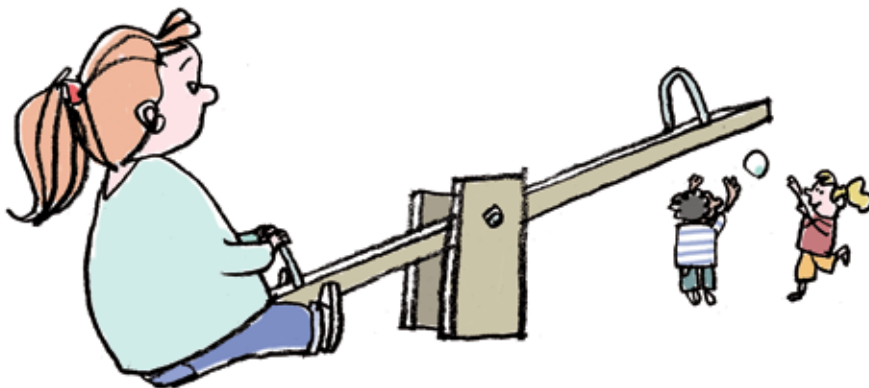
Følgende elementer inddrages i samtalen med barnet/den unge og forældrene:

- Hvem bor barnet/den unge sammen med?
- Hvordan er familiens levekår, livsstils- og hverdagsvaner?
- Bliver barnet/den unge generelt bakket op i familien?
- Hvordan er motivationen for barnets/den unges vægttab i familien?

3.3 Forholdene i skolen – hvordan har barnet/den unge det i sin skole?

Et centralt område er forholdet til klassekammerater og venner. Allerede fra førskolealderen udsættes nogle børn med overvægt for social diskriminering. De anses for mindre attraktive som legekammerater og udsættes for mobning³⁰.

Børn har allerede fra 4-års-alderen en tendens til at beskrive andre børn med overvægt som mindre glade, mindre smukke, nogle de nødigt vil lege med, og at de er usunde. Jo ældre børnene er, jo mere udtalte bliver deres negative holdning til børn med overvægt³¹. En måde denne negative holdning kommer til udtryk på er fx, når børn skal vælge en at lege med eller være ven med. Det er da barnet med overvægt, som hyppigst fravælges, både af de normalvægtige, men også af børn, der selv er overvægtige³². Piger er i højere grad end drenge tilbøjelige til at diskriminere. Diskrimineringen ser ud til at være forøget gennem de seneste 40 år på trods af, at antallet af børn med overvægt er steget^{33,34}. I det sociale stigma ligger en holdning om, at "børn selv er skyld i deres overvægt", modsat fx et barn, der er handicappet^{33,34}. Fravalget i leg kan også munde ud i decideret mobning.



Mobningen og nedvurderingen kan ske i skolen af kammerater og lærere, i idrætstimerne, i frikvartererne, men også hjemme ved aftensmåltidet, hos lægen osv. Især idrætstimerne beskrives som et mareridt af mange overvægtige børn. Det er kombinationen af den fysiske ringere præstation – dårligere kondition, motorik osv.³⁵ – udstillingen af kroppen og i høj grad mobningen, der leder til dette. Det er almindeligt at høre et overvægtigt barn sige: “Det gider jeg ikke” eller “det kan jeg ikke”, som et forsvar mod at komme i en situation, hvor det føler sig udsat, men også pga. en manglende tiltro til egne evner³⁶. Stort set alle unge med overvægt har – i større eller mindre grad – oplevet at blive drillet med deres overvægt. Jo sværere overvægten er, jo mere mobning udsættes barnet for, men den direkte vægtmobning reduceres, jo ældre barnet bliver³⁷.

Det påvirker overvægtige børns selvtillid, hvis deres krop og fysiske præstationer altid bliver nedvurderet. Dette viser igen, at det ikke bare er *selve* overvægten, men måden børnene takler den på og i høj grad, *hvordan de bliver behandlet af andre*, der betyder noget for deres trivsel^{20, 26, 38}.

“Til håndbold blev jeg ked af det til sidst, når de andre bare løb hurtigere og ikke spillede mig ...”

Dreng på 10 år

Overvægtige børn har lavere forventning til deres fremtidige uddannelse, end normalvægtige børn har, og overvægtige piger er mindre glade for at gå i skole end normal- og undervægtige jævnaldrende er^{26, 38}.

Vægtrelateret mobning er forbundet med en række svære psykologiske problemer som depression, angst (især social fobi), større risiko for udvikling af psykisk sygdom, spiseforstyrrelser, lav selvfølelse (selvtillid og selvværd), dårlig livskvalitet og negativ kropsopfattelse³⁹. Piger med svær overvægt bliver

mere negativt påvirket af mobning end tilsvarende drenge. Forskellen kan formentlig forklares med, at nogle drenge selv kan begynde at mobbe, når de bliver ældre, og dermed ikke internaliserer overgrebene på helt samme måde, som piger gør³⁷.

Forståelsen for den voldsomme påvirkning, som vægtrelateret mobning har på et barn, og de sociale og psykologiske processer, der indgår, er essentiel i en indsats overfor barnets overvægt. Dette er vigtigt for at forstå de barrierer, der kan være fx for deltagelse i fysisk aktivitet og for indsatser, der indebærer vejning³⁹. En af barriererne kan også være, at barnet (og familien) ikke tror, at det kan lykkes at ændre på livsstilen, hvilket kan være resultat af tidligere dårlige erfaringer, manglende tro på sig selv – både hos barnet og familien – og igen en konsekvens af diskriminering og mobning. Læs også side 10 og 12 i *Skolesundhedsarbejde – håndbog til sundhedspersonale*⁴⁰ og Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed⁴¹.

Følgende elementer inddrages i samtalen med barnet/den unge og forældrene:

- Hvordan har barnet/den unge det i skolen – socialt og fagligt?
- Udsættes barnet/den unge for mobning, mobber barnet/den unge selv?
- Gør skolen noget effektivt for at stoppe mobning?
- Hvem kan understøtte barnets/den unges sociale trivsel?

3.4 Forholdet til kroppen – hvordan har barnet/den unge det med sin krop?

De vægtrelaterede drillerier, som overvægtige børn og unge hyppigt er udsat for, er med til, at de udvikler en negativ kropsopfattelse. Det gælder især for barnets/den unges tilfredshed med sin krop, opfattelsen af egne fysiske præstationer og social accept, at overvægtige børn har et mere negativt billede af sig selv end normalvægtige børn. I forhold til den generelle selvfølelse (selvværd og selvtillid) har overvægt en beskeden negativ indflydelse, der øges med alderen og er mest udtalt hos teenagere og specielt hos piger⁴². Det ser således ikke ud til, at det er den generelle selvværdsfølelse, der er påvirket, men specifikt selvværdet i forhold til krop, udseende og fysisk formåen, der er truet ved overvægt hos børn^{25, 43}.

Et barn med overvægt kan ved at have en stor, tung krop opleve konkrete fysiske vanskeligheder i hverdagen, som bidrager til denne negative påvirkning, som når barnet ikke kan løbe hurtigt på boldbanen, ikke kan være i en hule, ikke kan passe udklædningstøjet osv. Barnet kan også få en opfattelse af, at

kroppen er 'forkert', fx når barnet sveder mere end andre børn ved fysisk udfoldelse, bliver rød i hovedet af anstrengelse eller hurtigere begynder at lugte stærkt af sved⁴⁴. Der kan også være børn, der ved hurtig vægtøgning får kraftige strækmærker (striae), drenge, der udvikler bryster (pseudo gynækomasti) eller børn, der udvikler mørke områder på huden (acanthosis nigricans), rødme eller svamp (intertrigo) og tidlig pubertet^{45, 46}. Ved svær overvægt ses desuden komplikationer som søvnapnø og led- og muskelsmerter. Børn med overvægt er mere syge og har flere syge- og pjækkedage end deres jævnaldrende kammerater³⁸.

Den slags oplevelser og komplikationer kan give et barn problemer og ubehag i dagligdagen, som kan betyde, at barnet får en mere negativ opfattelse af kroppen – hvilket kun forstærkes af mobning.

Der er klare forskelle på, hvordan de to køn opfatter deres krop og vægt. Piger (11-14 år) synes ofte, at de bør tabe sig, selvom de er normalvægtige⁴⁷. En stor andel (41,4 %) af normalvægtige piger i 7.-9. klasse mener, at de vejer for meget⁴⁸, mens undervægtige drenge (11-14 år) gerne vil tage på⁴⁷. Det er dog nok snarere muskler end fedt, som drengene ønsker sig større⁴⁷. Udseende, her i betydningen kroppens størrelse og form, betyder meget især for de ældre børn og de unge – og især for pigerne. En undersøgelse viser, at graden af, hvor *optagede* de store børn er af deres vægt, har større sammenhæng med depression end den *faktiske* vægtstatus og depression⁴⁹.

Børn, der ikke kan lide deres krop, har sværere ved at holde vægten end børn, der er tilfredse med deres krop⁵⁰. Dette skyldes formodentlig, at de, der er tilfredse med kroppen, også yder mere egenomsorg i forhold til de, der har en negativ opfattelse af kroppen, og som forsøger at undgå at tænke på den.

Børnenes kropsopfattelse er derfor vigtig for deres trivsel, og det er hensigtsmæssigt i indsatserne at udvikle og støtte en mere positiv kropsopfattelse og dermed på sigt en bedre egenomsorg og følgelig evne til vægtregulering⁵⁰. Børn med lavt selvværd i forhold til deres krop og kroppens funktioner er udsat for sundhedsmæssige risici og udvikler i denne sammenhæng typisk overvægt. Et studie viser, at piger, der kan lide deres krop, tager mindre på, end dem, der ikke kan lide deres krop⁵⁰.

Oplevelser med mobning og en negativ kropsopfattelse påvirker overvægtige børns og unges livskvalitet i en negativ retning. Specifikt er selvværdet i forhold til krop, udseende og fysisk formåen truet. Især hos de større børn og unge (11-16 år) med overvægt ses desuden problemer som skyldfølelse, skamfølelse, social fobi, lav selvfølelse (selvværd og selvtillid), depressive symptomer og ensomhed^{17, 37, 42, 51, 52}.

Overvægtige børn skal have mulighed for at deltage i fysiske lege, sport og motion enten med andre overvægtige børn eller i en atmosfære, hvor de kan være sikre på, at der ikke forekommer mobning eller negative vurderinger af deres udseende eller præstationer. I sådanne situationer er overvægtige børn glade for at bevæge sig, får gode oplevelser med deres krop og kommer i bedre fysisk form^{13, 53, 54}. Man skal som sundhedsprofessionel være opmærksom på ikke at arbejde med på forhånd fastlagte forståelser af det overvægtige barn som *særligt* socialt udsat. Man skal i stedet arbejde ud fra, at alle børn uanset vægt møder udfordringer i sociale interaktioner, og at alle børn uanset vægt ofte har ressourcer til at komme på banen igen²⁰.

I samtaler om barnets/den unges krop overvejes følgende:

- Undgå at kommentere negativt på vægt og udseende, giv i stedet positiv feedback.
- Piger er ofte utilfredse med deres vægt, når de er overvægtige, men også når vægten ligger indenfor normalområdet.
- Drengene er ofte utilfredse med deres vægt, når de er overvægtige, men også når vægten er under normalområdet.
- Jo ældre børn bliver, jo mere påvirker overvægt deres kropsopfattelse.
- Inddrag elementer i indsatsen, der er med til at øge barnets/den unges bevidsthed om og tilfredshed med egen krop. Tag udgangspunkt i barnets ressourcer.
- Motivér til aktiviteter, hvor børn/unge kan bruge deres krop og forbedre deres fysik i miljøer uden mobning i samvær med ligestillede.

3.5 Resume

Overvægt og svær overvægt i barndommen har en væsentlig betydning for et barns fysiske og psykosociale trivsel, og dermed også for den sundhedsrelaterede livskvalitet som fysisk og psykisk velvære, funktionsniveau, social rolle og opfattelse af helbred.

Forekomsten af overvægt hos børn er størst i socialt udsatte og sårbare familier med forskellige psykosociale problemer, og hvor børnene kan være forsømte. Sundhedstjenesten skal være særlig opmærksom på disse familier, ligesom indsatsen skal tilrettelægges i forhold til disse forhold. Den dokumenterede stærkt øgede risiko for mobning, som kan medføre negativt selv-

billede, isolation og ensomhed, betyder, at indsatser overfor overvægtige børn skal tage udgangspunkt i at sikre børnene et miljø uden mobning. Samtidig er det vigtigt at tage udgangspunkt i barnets egne oplevelser og ressourcer.

Børn og unges trivsel påvirkes i høj grad af overvægt og de deraf følgende psykosociale konsekvenser. Trivsel påvirker de psykologiske og sociale processer i barnets/den unges udvikling. Derfor er trivslen hos overvægtige børn og unge et vigtigt opmærksomhedsområde, og trivslen må altid inddrages i planlægning af indsatserne.

4. Samarbejdet med forældrene

Dette kapitel beskriver både den kommunale sundhedstjenestes og den praktiserende læges samarbejde med forældre til overvægtige børn. Sundhedspersonalets samarbejde med forældrene er betydningsfuldt, da meget af den eksisterende forskning i forebyggelse af svær overvægt peger på, at forældre- og familieinddragelse spiller en altafgørende rolle for den forebyggende indsats overfor svær overvægt hos børn⁵⁵⁻⁶¹.

4.1 En vanskelig opgave

Sundhedspersonalet står ofte overfor en vanskelig opgave, når det skal inddrage familien. Familien er ikke blot at betragte som en række enkelte individer, men i lige så høj grad som en samlet enhed med sin helt egen kultur, regler og normer, som til stadighed er under forandring.

Overvægt og svær overvægt i barndommen påvirker både det fysiske og psykiske helbred hos barnet, og en psykologisk tilgang vurderes derfor at være en vigtig komponent for en vellykket indsats overfor overvægt¹⁹. På den baggrund er de psykologiske mekanismer bag udvikling af barnets overvægt, forandringsparathed og -evnen hos barnet og familien samt den generelle sundhedsadfærd i familien (måske med et eller flere overvægtige børn) betydningsfulde oplysninger og viden, som sundhedspersonalet kan bruge i samarbejdet med familien, når den uhensigtsmæssige vægtudvikling skal stoppes.

Barnets egen motivation er vigtig – især jo ældre barnet bliver. Et barn på 10-11 år skal fx medinddrages og tage medansvar på en anden måde end et yngre barn, mens en teenager kan være både vanskeligere og nemmere at motivere. Det er derfor vigtigt i indsatsen at få klarlagt barnets eget ønske om ændring og at støtte barnet i forhold til familiens livsstilsændring, uden at barnet føler skyld. Forældrene skal støttes i at vise børnene, at livsstilsændringen er vigtig og positiv for hele familien³⁶. Endelig er det vigtigt at huske på, at barnet aldrig alene er ansvarligt for sin overvægt og dermed heller ikke for at forebygge yderligere vægtstigning eller for at tabe sig.

Familier med overvægtige børn har forskellige opfattelser af og forklaringer på overvægten. Således findes der i den enkelte familie forskellige svar på spørgsmålene om, hvorfor overvægten er opstået, hvorfor barnet bør tabe sig, og hvem der bør indgå i den del af indsatsen, der indebærer livsstilsændring. Disse forskelle spiller en rolle i forhold til en mere differentieret indsats overfor de psykologiske overvægtsfremmende faktorer i en familie²¹.

Det er derfor vigtigt at gøre sig helt klart, hvad det er for et barn og en familie, man har foran sig – hver familie er unik. Hvad tænker de om overvægt, og hvilke årsager, vurderer de, at der er til overvægten. På den måde vil man på bedst mulig vis kunne samarbejde, rådgive og vejlede individuelt og meningsfuldt overfor den enkelte familie.

I nogle situationer vil det være oplagt at samarbejde med den praktiserende læge, socialforvaltningen eller begge og på den måde styrke den tværfaglige indsats overfor familien. I andre tilfælde vil det være relevant straks at indlede samarbejde med de pædiatriske speciallæger om barnets overvægt. Læs mere i kapitel 8 (Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde).

Såfremt en familie ikke ønsker at samarbejde om at iværksætte forandringer i forhold til deres barns overvægt, må sundhedspersonalet nøje vurdere, om der er grund til at underrette de sociale myndigheder jf. § 153 i serviceloven, LBK nr. 1093 af 05/09/2013⁶². Der må derfor foretages en helhedsvurdering af, hvilken indsats der er påkrævet. Overvægt alene er ikke tilstrækkelig grund til underretning.

4.2 Samtale om overvægt

Overvægt kan være et vanskeligt og sårbart emne at tale om. I mødet med det overvægtige barn og dets familie er det derfor vigtigt, at man som sundhedsperson har en respektfuld, ydmyg og åben tilgang. Man bør være opmærksom på egne antagelser, holdninger, fordomme, sprogbrug, følelser og tanker knyttet til begreberne overvægt, mad, fysisk aktivitet og krop.

Samtalen med forældrene til det overvægtige barn bør derfor indeholde lige dele empati og faglighed, hvor man gennem en klart struktureret proces får indhentet de informationer, der skal bruges for at kunne vurdere den enkelte families potentiale for ændring af livsstilsvaner hen imod vægttab eller -stabilisering. En struktureret samtale vil kunne hjælpe familien med at erkende egne ressourcer og udfordringer i processen mod varig ændring af livsstil og vaner. Især er det vigtigt at bevidstgøre forældrene om, at det er god omsorg at stoppe en uhensigtsmæssig og helbredsskadelig vægtudvikling. Mange forældre føler skyld over de begrænsninger, som de skal sætte for deres barn. Men forældrene skal forstå, at et "nej" ikke udelukkende skal ses som et forbud, men derimod kan være kærligt og et udtryk for, at man udviser ansvar for barnets trivsel og helbred.

Mange forældre vægrer sig ofte ved at tale med barnet om overvægt. Nogle kan være bange for, at barnet opfatter det som om, de ikke holder af barnet, som det er, eller de kan være bange for at udløse en spiseforstyrrelse hos barnet. Andre er usikre på, hvordan de skal gribe samtalen an. Som sundheds-

person kan man være en vigtig kilde til læring og hjælpe forældrene til at tale med deres barn om vægten.

Samtalen kan fx tage udgangspunkt i følgende:

- Start gerne med at drøfte, hvilke begreber man skal anvende: fx stor, overvægtig eller tung. De negative associationer, der kan være knyttet til begreber som fx fed, kan nemt udgøre en barriere i samtalen med barnet/familien.
- Snak ikke *til* barnet/familien om overvægt, men udforsk *sammen med* barnet/familien, hvordan det/de oplever sin egen/barnets overvægt, og hvilke motiver der ligger til grund for ønsket om at ændre på vægtudviklingen.
- Bekræft barnets oplevelser og følelser omkring dets vægt, fx at det er uretfærdigt, dumt og ærgerligt, at barnet er overvægtigt, ikke kan spise som alle andre, løber langsommere osv.
- Normaliser barnets erfaringer. Fokuser på barnet og familiens ressourcer med hensyn til det at ændre livsstil. Vær optimistisk og giv håb.
- Tal med barnet om følelsen af 'ikke at passe ind', som mange overvægtige børn har. Sæt fx ord på nogle af de barrierer og tabuer, som overvægt ofte skaber.

Samtalerne tager udgangspunkt i principperne om den motiverende samtale, i anerkendende samtaleteknik og i den narrative metode afhængigt af, hvilke metoder sundhedspersonalet er uddannet i.

“Tøj – ja, det er jo også en kamp. Selvom man er rund, vil man jo gerne være smart i tøjet. Og sytten opsmøg på bukserne ser jo fjollet ud.”

Mor til 10-årig dreng

For barnet vil det ofte være en lettelse, at nogen på en hensynsfuld måde bryder det tabu, der er omkring overvægt. En anden kommunikativ tilgang er den narrative metode, der tager afsæt i tesen om, at vi formes af de historier, vi fortæller om os selv. Således vil den narrative samtale tage afsæt i det sprog, familien og barnet bruger: Hvordan har familien selv valgt at fortælle om barnets overvægt? Hvilke begreber bruger de til at beskrive årsager, ansvarsplacering, konsekvenser osv.? Væsentligt er det også at forsøge at adskille barnets identitet fra overvægten. Derved bliver overvægten problemet – og ikke barnet eller familien⁶³.

Læs mere i kapitel 6 (Sundhedspædagogiske overvejelser) og kapitel 7 (Skole-sundhedstjenestens indsats).

Eksempler på spørgsmål til forældrene:

- “Hvad, tænker du, er grunden til, at jeres barn er blevet overvægtig/vejer for meget?”
- “Hvad har du prøvet for at stoppe vægtudviklingen? Hvad har været brugbart, og hvad har ikke virket?”
- “Hvad bekymrer dig mest som forælder, når det gælder jeres barns vægt?”
- “Hvad, tænker du, er barnets vigtigste ressource eller egenskab i forhold til at stoppe sin vægtudvikling?”
- “Hvad er de største ulemper og afsavn, som I vil opleve ved at ændre livsstil?”
- “Hvilke ressourcer hos dig selv som forælder, vil du fremhæve som vigtige for at kunne ændre familiens livsstil og vaner?”
- “Hvad ser du som de største fordele ved at ændre familiens livsstil og vaner?”

Eksempler på spørgsmål til barnet/den unge:

- “Hvilket ord, synes du, er bedst at bruge: stor, tung, tyk, buttet, overvægtig eller andet?”
- “Er der noget godt ved at være stor/veje for meget?”
- “I hvilke situationer er det svært at være stor/veje for meget?”
- “Hvad kunne give dig lyst til at tabe dig?”
- “Mange overvægtige børn/unge bliver drillet, fordi de er store/vejer for meget. Hvordan er det for dig?”
- “Nogle synes, at det er uretfærdigt, at de er store/vejer for meget, mens andre bare kan spise en masse uden at tage på. Hvordan synes du, det er?”
- “Det er ikke sikkert, det gælder for dig, men mange synes, at det er svært at mærke, når de er mætte, og derfor er det svært at stoppe med at spise. Kan du fortælle, om du også har det sådan?”

4.3 Motivation og livsstilsændring

Forskning viser, at det er muligt at forebygge og behandle overvægt og svær overvægt med ændrede mad- og motionsvaner⁶⁴⁻⁶⁶. Indsatsen overfor overvægt kræver ændringer af livsstil, som omfatter hele familien. Støtten til livsstilsændringer kan ske både i kommunalt og regionalt regi eller ved, at barnet får et ophold på Julemærkehjem (se bilag V).

Barnets motivation for at reducere sin vægt er ofte knyttet til dets sociale sfære og frygten for at falde udenfor. Her spiller faktorer som fx udseende, begrænsninger i fysisk formåen, mobning og tanker om det at få sig en kæreste også ind. Disse trivselsparametre er nærmere beskrevet i kapitel 3 (Overvægtige børns trivsel).

“Det er svært, når jeg bliver mobbet, og de siger grimme ting.”

10-årig dreng

Forældrenes motivation er afgørende for, hvor godt indsatsen kan lykkes. Forældrenes motivation vil ofte være knyttet til bekymringer for barnets fysiske og psykiske velbefindende.

Motivation alene er som regel ikke nok til at gennemføre en livsstilsændring. Om det lykkes afhænger i høj grad af familiens tidligere erfaringer og troen på, at det kan lade sig gøre. Dette uddybes i kapitel 6 (Sundhedspædagogiske overvejelser). Desuden beror motivationen på, om og i hvilken grad forældrene er i stand til at vurdere barnets vægt, og om deres vurdering er realistisk³⁷.

Undersøgelser viser, at forældre ikke altid kan se, at deres barn er overvægtigt⁶⁷⁻⁶⁹. I en undersøgelse vurderede kun 17 % af forældrene til et svært overvægtigt barn, at deres barn var overvægtigt⁶⁷, mens en anden undersøgelse viste, at 55 % af forældrene til overvægtige drenge ikke syntes, at deres sønner vejede for meget, mens det gjaldt for 46 % af forældrene til overvægtige piger⁶⁸. Endelig vurderede mere end halvdelen (53-88 %) af forældrene til 6-årige børn i en undersøgelse blandt flere bydele, at deres barns krop var passende, uanset hvilken vægtkategori barnet var i⁶⁹.

En helt væsentlig forskel mellem børns og forældres motivation for livsstilsændring er tidsperspektivet. Hvor barnets motivation oftest knytter sig til her-og-nu-interesser, vil forældrene qua deres livserfaring typisk have et længere perspektiv. Barnets køn kan desuden spille en rolle, da børn som alle andre påvirkes af samfundets normer, strømninger og idealer samt medie billedet. Derfor vil piger typisk være mere optaget af tøj og udseende, mens drenge i højere grad taler om fysisk formåen og aktivitet²¹. Men selvom bevæggrundene således kan variere, er ønsket om vægttab grundlæggende det samme.

Arbejdet med at hjælpe barnet og familien med at omlægge deres livsstil handler i starten meget om at styrke motivationen og udforske ambivalensen, helt på samme måde som ved motiverende samtaler om ryggestop, alkohol m.v. Det første skridt i forandringsprocessen for familien og de enkelte medlemmer er at erkende ambivalens overfor livsstilsændringen. Denne erkendelse øger sandsynligheden for, at man aktivt beslutter sig for forandring. Motivationen må til stadighed undersøges, understøttes og fremhæves, og beslutninger om at handle tages om og om igen⁷⁰.

Som sundhedsperson skal man bistå familien med at udforske motivation, ambivalens, udfordringer og succeser. Brugen af åbne spørgsmål giver større mulighed for refleksion. Det er desuden vigtigt at afdække familiens forandringsparathed og behovet for råd, inden man giver dem. Tilgangen afhænger i høj grad af, hvilken familie der er tale om.

Nogle af de berørte familier vil i forvejen være i en udsat position med manglende ressourcer, hvorfor velmente råd måske vil blive opfattet som decideret kritik. Her må man træde varsomt, så man ikke forpasser chancen og mister kontakten til familien. I andre familier vil man kunne opnå et godt resultat med en mere direkte tilgang, måske netop fordi der i forvejen findes så mange tabuer relateret til samtale om overvægt, at familien ligefrem vil føle det som en befrielse at få taget 'hul på bylden'. Uanset hvad, er det den sundhedsprofessionelles opgave at italesætte betydningen af børns overvægt, både fysisk, psykisk og socialt. Undersøgelser blandt mødre peger på, at mødre uanset deres første reaktion på, at deres barns overvægt italesættes, både ønsker og har brug for at blive vejledt og støttet. Dette skal ske under hensyntagen til både forældrenes og barnets forestillinger om det gode liv⁶⁷.

Gode redskaber til at facilitere og understøtte forandringsprocessen er aktiv lytning og empati gennem anerkendende og motiverende samtaleteknik⁷⁰. Det hjælper familien til at indse, hvor krævende og langsigtet forandringsprocessen kan være. Følelsen af fremskridt er vigtig for, at familiens motivation ikke daler. Derfor bør man i samarbejde med familien sørge for, at der er aftalt passende mål for forandringerne, som desuden bør foregå i et passende tempo. Ofte vil processen være to skridt frem og et tilbage. Da er det vigtigt, at man som fagperson hele tiden synliggør de positive forandringer, forstørrer dem og bygger ovenpå i det videre arbejde med familien. Nederlag bør ikke gives samme opmærksomhed.

4.4 Adfærdsbaseret tilgang

En adfærdsbaseret tilgang til indsatsen overfor overvægt bygger på principperne fra kognitiv indlæringsteori (regulering af stimulus-respons, belønning af ønsket adfærd osv.)⁷¹. Ved denne tilgang identificerer og specificerer man

den problematiske adfærd (fx højt sukkerindtag, for meget skærmtid osv.), hvad der fremkalder adfærden, og hvilke konsekvenser den kan få. Læs mere herom i kapitel 7 (Skolesundhedstjenestens indsats).

Hvis man vælger denne tilgang, starter selve adfærdsændringen ved, at man sammen med familien definerer nogle mål, som familien skal arbejde frem imod. Målene skal både være meningsfulde for familien i hverdagen, tydelige, realistiske og konkrete, som fx 1 times udendørs leg, højst 2 timers skærmtid om dagen osv. Målene skal desuden være opnåelige, men også give barnet noget at arbejde frem imod. Både målene og udviklingen skal kontinuerligt evalueres, så der hele tiden sker en belønning af den ønskede adfærd samtidig med, at der sættes nye mål. En af forudsætningerne for, at det kan lykkes, er, at der blandt de involverede er personer, som barnet kan identificere sig med i forhold til den ønskede adfærdsændring, jf. kapitel 6 (Sundhedspædagogiske overvejelser), se mere side 46.

Det er vigtigt, at barnet selv er involveret i definitionen af mål og evalueringen undervejs. Engagement og involvering giver følelsen af medejerskab for forandringsprocessen, hvilket igen øger motivationen. Som mål for adfærdsændringen og til brug i evalueringen er det vigtigt, at forældrene og barnet registrerer ændringer og succeser undervejs, fx ved brug af vægt- og afkrydsningsskemaer, smileyer eller andet.

Forandringsprocessen indebærer både stimuluskontrol (fx let tilgængelighed til at cykle og ikke-tilgængelighed til usund mad og drikke), gradvis øget eksponering (fx kun et enkelt stykke kage, hvis man er til fødselsdag) og sidst, men ikke mindst, belønning (fx bekræftelse, ros, opmuntring eller brug af belønningsskemaer med smileyer eller lignende). Det er dog vigtigt at understrege, at motivationen er på spil hele tiden i dagligdagen. Fx er det lettere at gennemføre handlingerne i dagligdagen ved let tilgængelighed af det sunde, hvis det usunde ikke samtidig er indenfor rækkevidde. Motivation er ikke kun på spil i forhold til, om man vil undgå at tage på, men også i forhold til, om man fx “gider tage i svømmehal” eller undlader at tage “et stykke kage mere” – og hvordan forældrene håndterer dette.

Centrale principper, hvis man vil fremme en ønsket adfærd:

- Anerkend, at familien møder op.
- Tag udgangspunkt i barnet og familiens ressourcer og kompetencer.
- Anerkend, at familien vil ændre på deres vaner.
- Giv opmærksomhed til adfærd, som du gerne vil have skal gentage sig.
- Fang situationer, hvor barnet gør noget godt – og ros.

- Giv specifik ros (fx “hvor er det flot af dig, at du cykler”).
- Undgå at kombinere ros og irettesættelser.
- Sæt konkrete mål for positive effekter på helbred (fx bedre kondition, at være mindre forpustet ved fysisk aktivitet og mindre tøjstørrelse) og trivsel (højere selvværd, mere selvtillid, bedre trivsel).

Mange adfærdsbaserede tilgange overfor overvægt benytter sig af elementer fra kognitiv adfærdsterapi. Det indebærer, at man træner brugen af strategier, som kan påvirke egen tænkning og dermed adfærden. Flere studier har vist, at adfærdsbaserede tilgange er mest effektive, når forældrene tildeles hovedansvaret for de nødvendige livsstilsændringer⁷²⁻⁷⁶.

Forældre kan opfordres til at være gode rollemodeller i forhold til mad- og motionsvaner. De kan belønne ønsket adfærd, og vigtigst af alt er de hovedansvarlige og afgørende for, hvilke mad- og drikkevarer der er tilgængelige, og hvilke vaner der skal videregives. De kan trøste, motivere, udfordre og bekræfte barnet og derved understøtte en mere hensigtsmæssig vægtudvikling, herunder vægtstabilisering⁷⁷. Eftersom vi ved, at overvægt optræder hyppigere i familier, som er socioøkonomisk dårligt stillet og måske har færre ressourcer og mindre handlekompetence, er det vigtigt, at sundhedspersoner nøje vurderer, hvilken indsats der er mest hensigtsmæssig under hensyntagen til den enkelte families ressourcer.

Gode råd til forældre, der vil hjælpe deres barn til at opnå og holde en sund vægt:

- Sørg for, at barnet/den unge får regelmæssige måltider – især morgenmad.
- Når det er muligt, så spis sammen med barnet/den unge og gør måltiderne til en social aktivitet med bestemte rutiner og til en naturlig, integreret del af familiens hverdag.
- Trøst barnet/den unge med opmærksomhed, vær lyttende og giv et kram i stedet for at trøste med mad.
- Adskil spisning fra andre aktiviteter, som fx tv- og computerbrug.
- Tal med barnet/den unge om at lytte til kroppens signaler og om kun at spise, når det er sultent.
- Afstå fra at definere mad som godt eller skidt, sundt eller usundt.

- Sørg for, at barnet/den unge får så varieret mad som muligt for at modvirke kræsenhed.
- Hav ikke mad, drikke og snacks i hjemmet, som barnet/den unge skal undgå.

Gode råd om fysisk aktivitet til børn/unge:

- Børn/unge og deres familier bør opfordres til at øge deres fysiske aktivitetsniveau for at holde deres vægt og mindske risikoen for bl.a. hjertekarsygdomme og type 2-diabetes.
- Børn/unge bør være fysisk aktive mindst 60 minutter om dagen med moderat til høj intensitet. Aktiviteten kan deles op i mindre perioder af mindst 10 minutters varighed.
- Børn/unge bør desuden mindst 3 gange om ugen være fysisk aktive med høj intensitet af mindst af 30 minutters varighed for at vedligeholde eller øge kondition og muskelstyrke.
- Børn/unge, som allerede er overvægtige, kan have brug for mere fysisk aktivitet, men bør øge dette gradvist.
- Forældre bør være opmærksomme på, at minimere den tid, som deres barn bruger på stillesiddende aktiviteter, som fx tv og computerspil uden fysisk aktivitet.
- Børn/unge bør have mulighed for og støttes i at være mere fysisk aktive i deres dagligdag (fx gå- og løbeture, cykling og trappegang) og i at deltage i regelmæssige og mere strukturerede former for fysisk aktivitet (som fx fodbold, svømning og badminton).

Større skolebørn og teenagere udgør en særlig pædagogisk udfordring med deres behov for selvstændighed og uafhængighed af familien. De vil gerne være 'ligesom de andre', har behov for oprør mod regler og er midt i identitetsdannelsen og har behov for oprør mod regler. Ofte har de unger råderet over egne penge, de bevæger sig i en større radius end yngre børn, og som regel er der også mindre kontrol med deres adfærd fra forældrenes side.

For dem vil fokus tit være her-og-nu, og fremtidige risici kan ikke motivere og bliver derfor tit uvæsentlige. I ungdomsårene får krop og udseende større betydning, og fysisk fremtoning og seksualitet bliver i højere grad temaer, der fylder i den unges bevidsthed. Derudover vil den aftagende højdevækst ikke længere kunne reducere BMI. De fysiologiske forandringer i puberteten forstærker desuden graden af overvægt⁷⁸.



De nævnte faktorer kræver væsentligt mere af sundhedsplejerskens/kommunallægens evne til at finde motivationen hos den unge, fordi det på dette tidspunkt ikke længere er tilstrækkeligt, at vægttabet overvejende er forældrenes projekt. Motivationen for at tabe sig er ofte til stede i høj grad, men det er straks sværere at udføre handlingerne til at opnå vægttabet, fordi der er så mange andre dagsordener i den alder. Der må derfor findes individuelle løsninger, eventuelt sammen med jævnaldrende venner, med støtte fra forældrene m.v. Det stiller krav til kreativiteten at kunne fastholde unge i tilbud, der til stadighed motiverer dem til at deltage, uanset hvad de unge vejer.

Gode råd til forældrene i denne støttende fase kan fx være råd om søvn, stress og mobning. Desuden er en vigtig forældreopgave at vise opmærksomhed overfor, hvad den unge fortæller om skolen, den generelle trivsel osv., jf. kapitel 3 (Overvægtige børns trivsel).

4.5 Etniske minoriteter og overvægt

Flere undersøgelser har påvist en markant øget grad af overvægt blandt tosprogede skoleelever sammenlignet med etnisk danske elever⁷⁹⁻⁸¹.

Man ved også, at etnicitet kan spille en rolle for opfattelsen af sygdomsrisici⁸². Dette sammenholdt med andre kendte faktorer som højere prævalens af svær overvægt hos de voksne med minoritetsbaggrund og en højere forekomst af overvægtsrelaterede livsstilssygdomme såsom type 2-diabetes og hjertekar-sygdom^{83, 84} gør, at børn med minoritetsbaggrund fra ikke-vestlige lande befinder sig i en særlig udsat position. Det stiller derfor høje krav til, at de involverede sundhedspersoner virkelig gør en ihærdig sundhedspædagogisk indsats i udredningen og behandlingen af familier med overvægt blandt minoritetsgrupperne.

Herudover må man som sundhedsperson til hver en tid tilpasse interventionen efter den enkelte families vidensniveau, ressourcer og forandringsparathed, akkurat som i mødet med den etnisk danske familie. Dog bør det understreges, at netop fordi kulturforskelle og sprogbarrierer kan udgøre en vanskelig cocktail for mange, så er oprigtig interesse, uden frygt for at træde nogen over de 'kulturelle fødder', som regel vejen til reel forståelse af, hvilke motiver der driver forældrene. Der kan desuden være behov for, at sundhedspersonen er meget præcis i sine aftaler med familien, således at familien ved, at man forventer, at de kommer til de aftalte tidspunkter. Det gælder også opfølgning i længerevarende forløb.

Eksempler på temaer

Her er eksempler på temaer, der kan anvendes til at afdække det konkrete vidensniveau og forståelsesrammen hos familien, der enten af sociale eller kulturelle årsager kan rubriceres som resourcesvag:

- Hvad er forældrenes uddannelsesniveau?
- Hvilke erfaringer med, holdninger til og viden om overvægt har familien?
- Hvilken viden har familien om mad og drikke, madvaner og fysisk aktivitet?
- Hvem laver maden i hjemmet? Hvem køber ind?
- Hvordan transporterer de sig i familien?
- Hvad ved de forskellige familiemedlemmer om forebyggelse af overvægt?

- Har familien viden om relationen mellem overvægt og følgesygdomme?
- Hvilken kulturel kontekst placeres maden i? (Middel til sundhed, mål for velstand, hygge?)
- Er familien motiveret for at ændre mad- og drikkevaner i alle sammenhænge?
- Hvordan skal et sundt barn se ud?

4.6 Resume

Inddragelse af forældrene spiller en altafgørende rolle for den forebyggende indsats overfor u hensigtsmæssig vægtudvikling, overvægt og svær overvægt hos børn i den skolepligtige alder. Overvægt kan være et følsomt område at tage fat på, og forældre har brug for at blive vejledt og støttet under hensyn til deres egen og familiens forestillinger om, hvad det gode liv indebærer. Mødet med familien skal derfor foregå i en respektfuld og anerkendende tone.

I takt med barnets stigende alder bliver barnets egen motivation mere og mere vigtig, men det er væsentligt at huske, at barnet/den unge aldrig må tillægges eneansvaret for sin vægtudvikling – og at det er vægten, der er problemet, ikke barnet/den unge selv. Strategier for at fastholde og øge motivationen må gå hånd i hånd med anerkendelse af familien som den væsentligste arena for adfærdsændringen, hvis indsatsen overfor overvægten skal lykkes.

Familier af anden etnisk oprindelse end dansk skal mødes med samme sensitive tilgang og ud fra de samme principper, og man skal være opmærksom på, at disse børn befinder sig i en særlig udsat position. Kulturforskelle og sprogbarrierer kan gøre kompleksiteten i opgaven større, men det må ikke afholde sundhedspersonalet fra at gøre en indsats.

5. Vurdering af vægt

Dette kapitel beskriver, hvordan man opsporer børn og unge med overvægt, således at der tidligt kan sættes ind overfor en u hensigtsmæssig vægtudvikling. Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver baseret på danske data med internationale grænseværdier (ISO-BMI/IOTF) til definition af overvægt og svær overvægt hos børn og unge i skolealderen. Det er disse grænseværdier, der anvendes i Sundhedsstyrelsens Børnedatabase.

I behandlings- og forskningsmæssig sammenhæng spiller taljemål, vurdering af børns og unges konditionsniveau og kardiovaskulære risikofaktorer en væsentlig rolle. Talje- og konditionsmåling kan anvendes, såfremt sundhedstjenesten i enkelte tilfælde vurderer det for hensigtsmæssigt, og de nødvendige kompetencer til at monitorere og vurdere målene er til stede.

I forhold til de metaboliske konsekvenser af overvægt er interventioner, der involverer både mad og motion, mest effektive og har bedre langtidsperspektiver end interventioner med mad eller motion alene.

5.1 Vækstkurver i Danmark

Børns vækstmønster i en given befolkning ændrer sig over tid. I Danmark har sluthøjden været stigende gennem det meste af det forrige århundrede, mens vi har set en stigning i forekomsten af overvægt gennem de seneste 25-30 år. Vækstkurver er et vigtigt redskab til at vurdere det enkelte barns vækstmønster. Vækstkurver anvendes desuden til at vurdere forekomsten af overvægt i befolkningen.

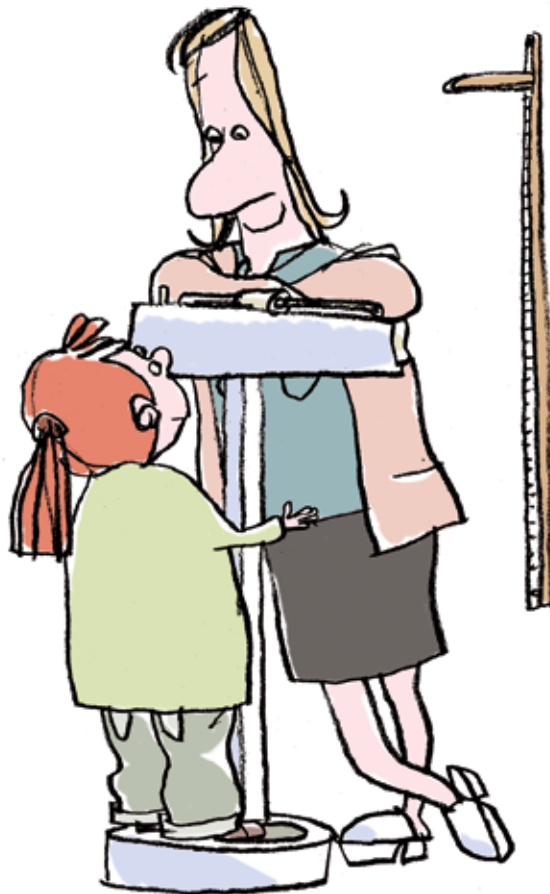
Der findes flere forskellige vækstkurver, både nationalt og internationalt. Ved valg af vækstkurver er der en række spørgsmål, man må overveje. Skal de være nationale eller internationale? Skal de være baseret på nye eller gamle data? Hvilke målemetoder er brugt? Og hvordan er kvaliteten af datagrundlaget? Den ideelle vækstkurve findes ikke, og uanset hvilken kurve man vælger, vil der være både fordele og ulemper ved at bruge netop den. Vækstkurver baseret på nyere data vil bedre afspejle højdevæksten hos børn i dag, men samtidig vil kurven afspejle, at børn er blevet tungere. Sidstnævnte betyder, at gennemsnitskurverne vil ligge højere, end hvad der er hensigtsmæssigt, med risiko for at sløre det faktum, at der er kommet flere børn med overvægt.

I Danmark har skolesundhedstjenesten hidtil anvendt højde/vægt-kurver baseret på Else Andersens datamateriale fra 1970'erne^{85,86}. Disse kurver har den

fordel, at mange er fortrolige med at bruge dem, og at data stammer fra før 'fedmeepidemien'. Ulempen er, at sluthøjden i dag er 2-4 cm højere end i 1970'erne, og at man ikke har haft en entydig definition af børns overvægt ved brug af kurverne. Ved brug af højde/vægt-kurverne har der generelt været enighed om, at en værdi over 90-percentilen angav overvægt, mens både 97- og 99-percentilen har været anvendt som grænser for svær overvægt. Side-løbende med brugen af højde/vægt-kurver har andre anvendt BMI-kurver, ligeledes baseret på Else Andersens materiale⁸⁷.

5.2 Brug af BMI

BMI (Body Mass Index) er et praktisk, objektivi t mål til at vurdere graden af overvægt. Internationalt er der konsensus om at definere overvægt og svær overvægt hos både børn og voksne ud fra BMI⁸⁸. De grænser, som man benytter hos børn, er relateret til køn og alder, idet BMI varierer med alder og pubertetens indtræden (se bilag II).



BMI beregnes ud fra oplysninger om højde og vægt. BMI er kropsvægten i kg divideret med kvadraten på højden målt i meter, kg/m^2 . WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI hos voksne^{88, 89}:

- Undervægt: $\text{BMI} < 18,5$
- Normalvægt: $18,5 \leq \text{BMI} < 25,0$
- Moderat overvægt: $25,0 \leq \text{BMI} < 30,0$
- Svær overvægt: $\text{BMI} \geq 30,0$

BMI hos børn og unge (under 18 år) omregnes til ISO-BMI for at kunne relateres til BMI-værdier for voksne.

En international arbejdsgruppe, The International Obesity Task Force (IOTF), har udviklet BMI-kurver og internationale grænseværdier, ISO-BMI/IOTF, for overvægt og svær overvægt hos børn i forskellige aldersgrupper⁹⁰. Det anbefales således internationalt at anvende BMI fremfor højde/vægt til at følge børns vægtudvikling. ISO-BMI-kurverne er baseret på repræsentative nationale data fra seks forskellige lande, og disse grænseværdier anvendes i mange lande. En af fordelene ved at anvende dem i Danmark er, at det muliggør internationale sammenligninger af forekomsten af overvægt i børnepopulationen. Desuden vil grænserne for overvægt og svær overvægt forblive de samme, hvis man på et senere tidspunkt vælger at anvende nye kurver.

Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor brug af kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver baseret på danske data⁸⁷ med internationale grænseværdier (ISO-BMI/IOTF)⁹⁰⁻⁹² til definition af overvægt og svær overvægt hos børn og unge i skolealderen. Det er også disse grænseværdier, der anvendes i Sundhedsstyrelsens Børnedatabase. Se bilag II og www.ssi.dk/sundhedsdataoigt.

- Overvægt: $\text{BMI} \geq \text{ISO-BMI/IOTF-25}^b$
- Svær overvægt: $\text{BMI} \geq \text{ISO-BMI/IOTF-30}$

Når man sammenligner IOTF-grænserne med de danske BMI-kurver baseret på Else Andersens data, ligger IOTF-25, som angiver grænsen til overvægt, lidt højere end 90-percentilen hos skolebørn, og med den nye IOTF-grænse vil man derfor finde lidt færre overvægtige børn. På samme måde ligger

b. Som for voksne kan gruppen af børn og unge med overvægt ($\text{BMI} \geq \text{ISO-BMI/IOTF-25}$) inddeles i dem med moderat overvægt ($\text{ISO-BMI/IOTF-25} \leq \text{BMI} < \text{ISO-BMI/IOTF-30}$) og dem med svær overvægt ($\text{BMI} \geq \text{ISO-BMI/IOTF-30}$).

IOTF-30 et pænt stykke over 97-percentilen, og med den nye IOTF-grænse for svær overvægt vil man finde færre børn med svær overvægt. Se bilag II.

BMI er et simpelt mål

BMI differentierer ikke mellem muskelmasse og fedtvæv, og både kraftigt byggede eller muskuløse børn og tidligt modne børn vil derfor have større BMI, selvom deres sundhedstilstand ikke er ringere. Dette har størst betydning for drenge efter puberteten, fordi mandlige kønshormoner, der først dannes ved puberteten i større mængde, fremmer muskeltvækst. Piger danner mindre muskelmasse, og kvindelige kønshormoner fremmer lagring af fedt. Tidligt modne piger har derfor naturligt mere fedt end sent modne piger uden at have ringere sundhedstilstand.

Siden starten af 1900-tallet er der sket en markant ændring i, hvor tidligt børn vokser og modnes. Det ses både ved, at børn på samme alder i dag er højere, og ved at tidspunktet for første menstruation kommer ca. 3 år tidligere end dengang.

5.3 Måling af højde og vægt og vurdering af det enkelte barn

Ved alle undersøgelser i løbet af skolealderen måler og vejer sundhedsplejersken barnet i henhold til standarderne beskrevet i bilag I.

Sundhedsplejersken udregner BMI, hvis det ikke beregnes automatisk i den elektroniske journal. Kønspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver med internationale grænseværdier (ISO-BMI/IOTF) grænseværdier⁹⁰⁻⁹² anvendes til at vurdere, om barnet er overvægtigt eller svært overvægtigt. Se bilag II og <http://www.iaso.org/resources/aboutobesity/child-obesity/newchildcutoffs/>.

Data indberettes til Sundhedsstyrelsens Børnedatabase, jf. Bekendtgørelse nr. 581 af 23/05/2011 om kommunernes indberetning af oplysninger om børns sundhed til Sundhedsstyrelsen¹². Se mere på www.ssi.dk/sundhedsdataogit.

På de nye kurver (se bilag II) indtegnes barnets BMI i forhold til køn og alder. Såfremt BMI ligger over IOTF-25-kurven, skal barnet betragtes som overvægtig, og ligger BMI over IOTF-30-kurven, betragtes barnet som svært overvægtig.

Kriterier for henvisning til egen læge er beskrevet på side 56-57.

5.3.1 Det kliniske skøn

En beregning og vurdering af BMI skal altid ses i sammenhæng med det kliniske skøn. Således indgår ikke kun BMI i vurderingen af barnet, men

suppleres af barnets fremtræden og facon. Karakteristisk for børn med svær overvægt er øget livvidde, hvilket betyder, at barnet ikke kan passe alderssvarende tøj, og et barn med overvægt eller svær overvægt kan ofte være klædt i løstsiddende tøj, bl.a. for at skjule deres krop. Nogle svært overvægtige børn kan desuden fremtræde med sociale færdigheder, der ikke er alderssvarende – det kan fx være svært at få god kontakt til barnet, eller det kan være overstrømmende i sin kontakt⁹³⁻⁹⁵. Vurdering af barnets sociale færdigheder relateret til alderen bør således indgå i den samlede vurdering.

Barnets BMI-kurve kan anvendes i samtalen med forældrene med henblik på at bevare objektivitet og saglighed i formidlingen. Læs mere om dette i kapitel 7 (Skolesundhedstjenestens indsats).

5.3.2 Tidspunkter for højde- og vægtmåling

Sundhedsstyrelsens *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*⁴ foreskriver højde- og vægtmåling i både børnehaveklasse og 1. klasse for alle børn. Er barnet allerede overvægtigt eller på vej til at udvikle overvægt ved indskolingsundersøgelsen, må der ske opfølgning tidligere end i 1. klasse og herefter med relevante intervaller. Behovet for opfølgende kontakt vurderes individuelt. Børn, der er overvægtige ved skolestart, har stor risiko for senere at udvikle svær overvægt¹⁵. Sundhedsplejersken/kommunallægen skal derfor have særlig opmærksomhed på højde- og vægtudviklingen hos disse børn. Barnets vægtudvikling gennem de første fem leveår er af stor betydning for den fremtidige indsats, og den praktiserende læge inddrages snarest i samarbejdet med og om familien

Midt i skoleforløbet skal alle børn som minimum have målt højde og vægt i 4., 5. eller 6. klasse³. Er barnet overvægtigt eller ved at udvikle overvægt, må der ske opfølgning med relevante intervaller. Børn med overvægt og uhenigtsmæssig vægtudvikling er børn med særlige behov, og de har derfor ret til en særlig indsats gennem hele skoleforløbet³. Behovet for opfølgende kontakt vurderes individuelt, ligesom niveauet for inddragelse af barnet i vejledningen, hvilket bl.a. afhænger af barnets alder og modenhed og af samarbejdet med forældrene.

Udskolingsundersøgelsen er det afsluttende sundhedsfaglige tilbud i løbet af skoletiden, som tilbydes alle unge i 8. eller 9. klasse³. Undersøgelsen omfatter bl.a. måling af højde og vægt samt vurdering af vækstudvikling baseret på registreringer gennem hele skoleforløbet. Unge med svær overvægt vil som oftest være kendte af sundhedsplejersken, men der kan også være unge, der siden midten af skoleforløbet har udviklet eller er ved at udvikle overvægt. Behovet for opfølgning og vejledning vurderes individuelt med henblik på at stoppe den uhenigtsmæssige vægtudvikling. Vejledningen kan omfatte samtale om hverdagsliv, trivsel og sunde vaner samt præsentation af relevante redskaber til at håndtere vægten og information om kommunens aktuelle tilbud til unge med overvægt.

Ved behov kan den unge efter undervisningspligtens ophør tilbydes opfølgning i den kommunale sundhedstjeneste³. Sundhedsplejersken/kommunallægen kan desuden henvise til almen praksis for fortsat rådgivning.

Læs mere i kapitel 2 (Opsporing og tidlig indsats – lovgrundlag og muligheder for opsporing).

5.4 Supplerende målinger i behandlings- og forskningsmæssig sammenhæng

Der findes flere forskellige metoder til at få et indtryk af graden af overvægt, vægtudviklingen og barnets sundhedstilstand. I dette afsnit beskrives kort taljemål, konditionsmåling og måling af kardiovaskulære risikofaktorer, der spiller en rolle i behandlings- og forskningsmæssig sammenhæng, uanset at disse ikke anbefales som rutineundersøgelser i skolesundhedstjenesten.

5.4.1 Taljemål

International Diabetes Federation (IDF) anvender taljemål som et af de kriterier, der indgår i definitionen af metabolisk syndrom^c, og der er publiceret aldersrelaterede grænseværdier for denne målemetode i lighed med BMI-grænseværdierne^{2, 96-98}. Taljemål er bedre associeret til abdominal fedme end BMI og desuden stærkt associeret til ophobning af de kardiovaskulære risikofaktorer⁹⁹. Målet anvendes i Danmark i udredning og behandling af overvægt og svær overvægt hos børn og unge i pædiatrisk regi¹⁰⁰ og i forskningssammenhænge.

Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke måling af taljen som led i skolesundhedstjenestens opsporing af børn og unge med uhensigtsmæssig vægtudvikling – ej heller i den samlede vurdering af børn og unges vægt. Børn og unge vejes og måles i forbindelse med undersøgelserne uden sko og overtøj, men ellers påklædte (jf. bilag I). Måling af taljen kan overskride barnets intimsfære og påvirke relationen mellem barnet/den unge og sundhedsplejersken/kommunallægen i uheldig retning.

5.4.2 Konditionsmåling

Konditionstallet er tæt relateret til kapillærtætheden i muskulaturen og til musklens stofskifte. Muskulernes stofskifte er centralt for sundheden, fordi 80-90 % af det kulhydrat, man indtager, ender i muskelcellerne.

c Metabolisk syndrom defineres som abdominal fedme plus forhøjede niveauer i to eller flere af de kardiovaskulære risikofaktorer (forhøjet triglycerid, reduceret HDL-kolesterol, højt blodtryk, forhøjet fasteglukose).

Nedsat insulinfølsomhed^d i muskelcellerne påvirker derfor de kardiovaskulære risikofaktorer. Ligeledes omsætter musklerne det meste af det fedt, der forbrændes. Enzymerne til fedtforbrænding kan øges 30-40 % ved kun to måneders træning hos fysisk inaktive personer¹⁰¹.

Konditionstallet hos børn kan estimeres ret præcist med simple metoder. På blot en idrætstime kan man teste en hel skoleklasses konditionstal ved en løbetest¹⁰². Børnene løber mellem to linjer med 20 meters afstand i 15 sekunder, holder pause i 15 sekunder, og fortsætter med skiftevis løb og pause i 15-sekunders-intervaller i samlet 10 minutter. Ved at teste på denne måde kan man fx monitorere, om ændrede vaner i form af tiltagende tv-kiggeri og stillesiddende computertid har indflydelse på konditionen og dermed sundhedstilstanden hos børn.

På Hjerteforeningens hjemmeside ses en detaljeret beskrivelse samt videoklip af testens udførelse til brug for de kommuner, der vælger sætte fokus på børns kondition. Dette kan med fordel gøres i samarbejde med skolens idrætslærere. Se mere på www.hjerteforeningen.dk/konditest/

Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke måling af kondition som led i skolesundhedstjenestens opsporing af børn og unge med uhensigtsmæssig vægtudvikling, ej heller i den samlede vurdering af børn og unges vægt.

5.4.3 Måling af kardiovaskulære risikofaktorer

Udover de sociale problemer, som børn og unge med overvægt oplever, som beskrevet i kapitel 3 (Overvægtige børns trivsel), er det egentlige sundhedsproblem i fysiologisk forstand hos et barn/en ung med overvægt ikke vægten i sig selv, men snarere de metaboliske problemer som overvægt ofte er associeret med. De metaboliske problemer skyldes nedsat insulinfølsomhed og andre fysiologiske ændringer relateret til fysisk inaktivitet. Dette bevirker, at niveauet i mange kardiovaskulære risikofaktorer stiger hos barnet og giver en tilstand, der minder om metabolisk syndrom. Denne tilstand kan registreres hos børn helt ned til 8-9-års-alderen og kan undersøges ved at måle blodtryk, tage blodprøver og måle indikatorer for kropssammensætning og kondition. De forskellige kardiovaskulære risikofaktorer er hos 10-15 % af børn ikke uafhængige af hinanden, men hober sig op^{103, 104}.

Kardiovaskulære risikofaktorer er forholdsvis simple at måle, og den samlede profil hos børn/unge med metaboliske problemer skiller sig markant ud og kan diagnosticeres. Dette gøres i behandlings- og forskningsmæssige sammenhænge. Vejledning om livsstil og sunde vaner, som afhjælper det metabo-

d Insulin binder til en receptor på cellemembranen og sikrer, at glukose transporteres ind i cellen. Ved nedsat insulinfølsomhed virker insulin dårligt, og store mængder dannes for at regulere blodsukkeret. Da insulin har andre virkninger, betyder det, at kardiovaskulære risikofaktorniveauer stiger, og fedt deponeres i fedtcellerne.

liske problem, kan godt gives uden en diagnose, da iværksættelse af en sådan indsats ikke har skadelige virkninger hos børn/unge, der ikke har behov i forhold til deres metaboliske tilstand.

Når børn med risiko for at have den omtalte metaboliske tilstand screenes, anvendes der ofte langt simple metoder som beregning af BMI, taljemål (eller taljemål/højde) og konditionsmåling.

De fleste børn med BMI over den kønsspecifikke og aldersstandardiserede grænse for svær overvægt (se afsnittet Brug af BMI i dette kapitel samt bilag II) har et metabolisk problem, som har betydning for deres sundhed på kort og langt sigt. Det skal dog nævnes, at en meget stor andel af fysisk inaktive børn, der ikke er svært overvægtige, har helt den samme metaboliske tilstand. Disse børn har næsten alle lavt konditionstal, hvilket er endnu tættere associeret med ophobning af kardiovaskulære risikofaktorer end svær overvægt⁹⁹, og det giver derfor god mening at måle begge dele i en fase, hvor barnet er under udredning for metaboliske problemer.

5.5 Metodiske overvejelser ved interventioner indeholdende fysisk aktivitet

I forhold til de metaboliske konsekvenser af overvægt er interventioner, der involverer både mad og motion, de mest effektive, og de har bedre langtidsperspektiver end interventioner med mad eller motion alene¹⁰⁵. Der er en graderet sammenhæng mellem, hvor alvorlig den metaboliske tilstand er samt graden af overvægt og graden af inaktivitet^{99, 106, 107}.

Der er gennemført mange interventioner med fysisk aktivitet, som viser relativt begrænsede effekter på vægtændringer¹⁰⁸. Effekterne på de metaboliske kardiovaskulære risikofaktorer er derimod overbevisende. Vægten i sig selv er derfor et dårligt succeskriterie for effekten af fysisk aktivitet. Motion reducerer abdominalt fedt, men fordi der dannes mere muskelmasse, ændres vægten mindre på trods af store sundhedseffekter. De eneste indikatorer på forbedringen, der kan måles simpelt uden invasive metoder, er forøgelse af muskelstyrke og kondition samt forbedret taljemål. Rent psykologisk kan taljemålet være en god personlig indikator for den overvægtige, hvilket kan suppleres med indikatorer for kondition eller muskelstyrke. Forbedring i kondition kan simpelt måles ved at tilbagelægge den samme personlige rute på ca. 2-3 km så hurtigt som muligt. Hvis tiden for at tilbagelægge ruten afkortes med 10 %, er konditionsforbedringen ca. 10 %. Denne type måling er meget præcis på det individuelle plan.

I vurderingen af effekten ved interventioner, der indeholder fysisk aktivitet, bør vægtændringer ikke være det primære succeskriterie. Såfremt den kom-

munale sundhedstjeneste råder over kompetencer, der kan kvalitetssikre anvendelsen af de beskrevne målemetoder samt vurdere udviklingen og resultaterne, kan skolesundhedstjenesten anvende metoderne i deres indsats efter individuel vurdering. De beskrevne målemetoder kan også indgå i andre kommunale indsatser for disse børn og unge, såfremt kvaliteten heraf sikres, og eventuelt i samarbejde med en behandlende afdeling.

5.6 Resume

BMI anvendes til at monitorere og beskrive vægtudviklingen i den samlede børnepopulation. I forhold til det enkelte barn/den enkelte unge anvendes BMI til – sammen med det kliniske skøn – at vurdere sundhedstilstanden og vægtudviklingen, således at der kan sættes tidligt ind med en relevant indsats.

Rutinemæssig måling af konditionstal og talje er kun en opgave i den kommunale sundhedstjeneste, såfremt kommunalbestyrelsen beslutter dette efter indstilling fra den faglige ledelse, og såfremt de nødvendige kompetencer er til stede i forhold til at kvalitetssikre metoderne og vurdere udviklingen og resultaterne.

6. Sundhedspædagogiske overvejelser

Både tidlig opsporing, klare retningslinjer, familiesamarbejde og valg af metoder har afgørende betydning for en vellykket indsats. Dette kapitel beskriver en sundhedspædagogisk tilgang, der primært tager afsæt i børnenes selvværd og værdier. Særligt i forbindelse med tidlig opsporing er det vigtigt at nuancere sin pædagogiske tilgang, så man i sundhedstjenesten også når de børn og unge, der har svære livsbetingelser, eller hvor tilsyneladende hverken de selv eller deres familier er særlig opmærksomme på deres krop og vægt, og derfor ikke erkender de sygdomsmæssige risici, der er forbundet med overvægt.

Dette kapitel omhandler grundlæggende pædagogiske forestillinger og mål samt de kompetencer, det kræver at arbejde pædagogisk med børnenes selvværd og værdier.

6.1 Pædagogiske tilgange og mål

En adfærdsbaseret og motiverende tilgang har som mål, at børnene opnår indsigt i, hvilken effekt deres vaner og adfærdsmønstre har haft indtil nu. Tilgangen bygger på en grundlæggende pædagogisk forestilling om, at adfærd og vaner kan ændres gennem nye erfaringer og gode rollemodeller. Ændring af vaner og adfærd sker primært gennem iagttagelse eller imitation af rollemodeller og den øvrige omverden. Børnene iagttager, hvordan andre mennesker *taler* om krop, bevægelse, mad og måltider, hvilke *normer* der gør sig gældende i deres hverdag – med andre ord: hvad andre *gør*. En vigtig pointe er her, at børnene kun imiterer personer, de kan identificere sig med, hvilket i denne sammenhæng betyder personer, som de ser op til eller føler sig trygge sammen med^{71, 109}.

En anden pædagogisk tilgang bygger på principper om, at barnet tilpasser sine handlinger som et resultat af tidligere erfaringer, hvor hovedvægten lægges på autonomi og medbestemmelse¹¹⁰. Målene styres af den pædagogiske proces, og barnets sundhed styres og reguleres 'indefra'. Barnets vilje er her central. Denne tilgang risikerer at gøre sundhedstjenesten og for den sags skyld også lærere, pædagoger og forældrene 'overflødige'. For hvad skal barnet bruge andres viden og intentioner til, når det primært handler om barnets egen viden og egne intentioner? Og hvad stiller man så op med et problem som overvægt hos barnet? Her kan man med fordel søge at koble læring og selverkendelse til en pædagogik, der både er styret af de professionelle og af børnene selv.

En tredje form for pædagogik bygger på en forestilling om, at barnet kun kan regulere sig selv, når det trives socialt og lever i en meningsfuld omverden, der kan udfordre barnet på en positiv måde¹¹¹. Den sundhedspædagogiske opgave ligger da i at tale om sammenhænge med barnet og eventuelt vise nye, som det måske ikke kender. Barnet kan så fortælle om sine oplevelser, følelser og eventuelle ambivalens og derved åbne for den sundhedsprofessionelles indsigt i forhold, der har betydning for barnet. Opgaven ligger primært i at skabe *lærende rammer*. Det drejer sig ikke kun om adfærdsmodificering, men i lige så høj grad om, at børn og unge både oplever tryghed, tilegner sig ny viden og bliver udfordret og stimuleret i forhold til deres tro på egne evner. Målet er ikke udelukkende effekten af de pædagogiske aktiviteter. I denne forståelse er målet læring og kompetenceudvikling.

Denne tredje pædagogiske tilgang kan betegnes *gensidig* eller *meningsfuld* og omfatter ud over børnenes involvering også de sundhedsprofessionelles involvering, hvilket er utænkeligt uden en stærk faglighed og pædagogisk kompetence. Det kræver overskud, gåpåmod, gode rammer, refleksion og erfaringsudveksling – og det er i lyset af dette, at de følgende afsnit skal læses.

6.2 Sundhed og selverkendelse

Langt de fleste indsatser vedrørende overvægt blandt børn og unge bygger på to dimensioner. Den første dimension handler om, hvad et godt liv er for det enkelte barn og dets familie, mens den anden dimension angår spørgsmålet om, hvilke forhold der determinerer overvægt. De to dimensioner holdes sammen af WHO's klassiske sundhedsdefinition, der netop kobler mental og social trivsel med fravær af sygdom¹¹². Således ses sundhed ikke udelukkende som fravær af sygdom, i dette tilfælde overvægt og de sygdomme, der på sigt udvikles i relation hertil. Når man inkluderer *selvværd*, peger man på, hvad der skal være til stede, for at der kan tales om sundhed for børn og deres familier. En sådan definition af sundhed har fokus på ressourcerne, og er således endnu bredere i sin tilgang til sundhed.

Med den tredje sundhedspædagogiske tilgang kommer børnenes, de unges og forældrenes egne værdier i fokus, og som beskrevet i kapitel 4 (Samarbejdet med forældrene, se spørgsmålene, side 27-28) bliver det essentielt at interessere sig for, hvordan det er at være dem. Erkender de selv deres overvægt? Taler de med andre om det? I så fald: Hvilke ord bruger de? Hvad oplever de blandt deres kammerater og i deres familie? Hvad tænker de om sig selv og andre? Hvordan har de det i hverdagen? Selvværdsdimensionen nødvendiggør også, at man i den sundhedspædagogiske sammenhæng må forholde sig til, at der i familier og kulturer trives opfattelser af velvære, der går på tværs eller direkte stik imod de sygdomsforebyggende råd, som sundhedspædagogikken ellers er centreret omkring. Det betyder, at de børn og familier, der er

tale om, måske ikke selv oplever, at de er i risiko for at udvikle overvægt eller allerede har et overvægtsproblem.

En undersøgelse viser, at der kan være forskel på forskellige familiers oplevelse og forståelse af deres barns overvægt¹¹³. Nogle familier er meget bekymrede og har en 'medicinsk korrekt' forståelse af barnets overvægt, mens andre ikke anser overvægten som problematisk, og desuden forklarer overvægten som et resultat af faktorer, der ikke hænger sammen med kost eller motion. Sidstnævnte opfattelse og forklaring af barnets overvægt hænger ofte sammen med familiernes socioøkonomiske vilkår, idet familier, der tilskriver overvægten andre faktorer end kost og motion, generelt hører til de lavere sociale grupper.

Først og fremmest må der skelnes klart imellem et selvoplevet og et epidemiologisk problem. Det bliver problematisk, hvis man forsøger at overføre overvægtsrisikoen til børn og familier ud fra værdier og viden, de ikke selv anerkender. Denne problematik kan man imidlertid se bort fra hos de børn og familier, der *selv* oplever, at de har et vægtproblem. Dog er det vigtigt at huske, at ingen ønsker at blive set som tilhørende 'en gruppe overvægtige' eller 'en risikogruppe'. Alle – uanset vægt – ønsker at blive set som det hele menneske, de er, med de specifikke problemer, komplikationer, vaner – og ligeså ressourcer, muligheder og værdier – de har.

6.3 Sundhedspædagogik koblet til børnenes verden

Det er ikke nyt, at overvægt spiller en stor rolle i forhold til kammeratskaber og sociale aktiviteter i børnenes verden¹¹⁴, hvilket beskrives i kapitel 3 (Overvægtige børns trivsel). Det komplekse billede, der er beskrevet i kapitel 3, svarer godt til danske sundhedsplejerskers viden og erfaringer gennem mange års indsats overfor overvægt blandt skolebørn. Sundhedsplejersker oplever ofte, at de ikke kan hjælpe de overvægtige børn tilstrækkeligt via rådgivning og vejledning om kost, motion og sund levevis, hvilket giver anledning til indgående sundhedsfaglige drøftelser om, hvilken vej man så skal gå¹¹⁵. Såvel sundhedsplejersker som kommunallæger landet over har i en lang årrække været opmærksomme på, at overvægt kan være tegn på andre problemer i barnets/den unges liv, og på, at overvægt influerer på såvel kammeratskaber, som tanker og følelser, dvs. på barnets/den unges mentale sundhed og trivsel¹¹⁶.

På den baggrund kan en sundhedspædagogisk indsats formes ud fra følgende antagelse: Ved at styrke børnenes tro på sig selv og deres krop kan der frigives ressourcer, så de lærer at blive bedre til tage hånd om de problemstillinger, der knytter sig til overvægten, og til at leve et sundere liv. Det betyder ikke, at viden om relevante sygdomsfremkaldende faktorer skal holdes tilbage, men information herom må på ingen måde være dominerende i kommunikatio-

nen med børnene/de unge og forældrene. Viden om de overvægtsrelaterede sygdomsrisici bringes ind i indsatsen på linje med børnenes egne oplevelser, erfaringer og værdier og præsenteres for forældrene i relevant omfang uden moraliseren.

Sundhedspersonalet må sikre, at børnenes egne oplevelser og værdier tages alvorligt og kommer til at præge den sundhedspædagogiske indsats både med hensyn til forløb, indhold, mål og evaluering. Det er vigtigt at fastholde et fokus på børnenes og familiernes ressourcer (jf. kapitel 4), men lige så vigtigt at fokusere på de sociale konsekvenser, som overvægten medfører. Endelig er det vigtigt at fastholde selvværds-, sygdoms- og risikoaspektet.

Det er en sundhedspædagogisk opgave at søge at afdække såvel dynamik som årsager til de problemer, børnene/de unge selv oplever, at de har. Endvidere er det væsentligt ikke at arbejde ud fra en forudindtaget mening om, at børn/unge med overvægt mangler viden, kompetencer og ressourcer. Man skal snarere tage udgangspunkt i netop de sundhedskompetencer og ressourcer, som børn/unge med overvægt rent faktisk har²⁰. Det er derfor en sundhedspædagogisk opgave at arbejde med at afdække de eksisterende løsningsmuligheder og at udvikle børnenes og forældrenes kompetencer til at handle og i forhold til at løse problemet, sådan som de selv oplever det.

“Det er svært for mig at løbe. Der er mange, der driller mig og siger, jeg er tyk og sådan noget”

8-årig dreng

6.4 Professionel pædagogisk kompetence

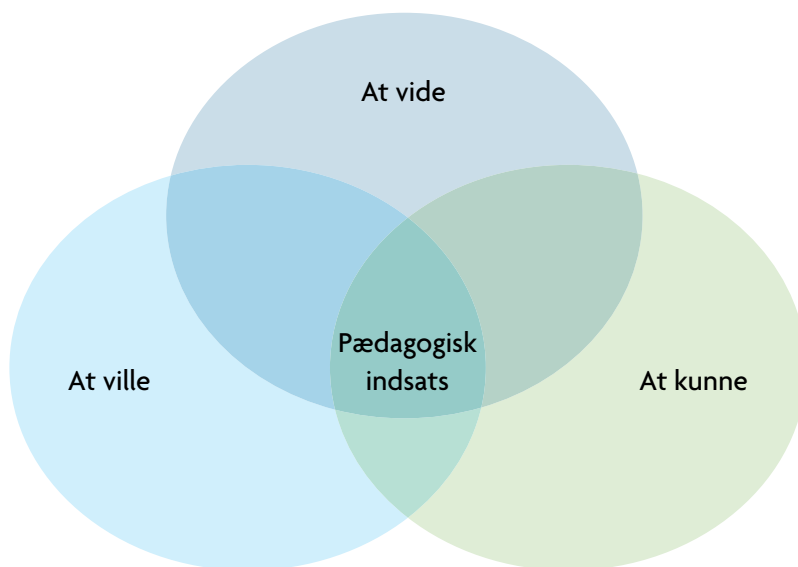
I kontakten med børn og deres familier bør man som udgangspunkt skelne mellem børn med *potentielle* vægtproblemer og børn med overvægt. Børnenes livsbetingelser må medtages, og der må arbejdes med at afsøge reelle handlemuligheder som beskrevet ovenfor. Livsbetingelserne er de rammer, børnene umiddelbart kan handle indenfor såvel i skolen, fritiden og derhjemme. Målet er at styrke børnenes *tro på og evne til* at påvirke det, der har betydning for overvægten.

En sundhedspædagogisk udfordring er at få udviklet metoder til at få børnene og deres forældre til at *forholde sig til* de råd og den vejledning, de sundhedsprofessionelle kan tilbyde. Det er det, der adskiller den klassiske adfærdsmodificering fra en sundhedspædagogik, der implicerer overvejelser over, hvordan man får sat overvægten som *indhold* i den forebyggende indsats, og hvordan man derudfra *former* en pædagogisk tilgang, så børnene og deres forældre lærer at forholde sig til kompleksiteten og dermed gribe forandrende ind overfor de ting, de rent faktisk kan ændre i en sundere retning.

Som det fremgår af ovenstående, er såvel faglige som pædagogiske kompetencer essentielle i det forebyggende arbejde med overvægt blandt børn og familier – vel at mærke de kompetencer, der støtter arbejdet med at håndtere og udnytte udfordringer og værdier i dialogen med børn og forældre, når sundhed relateres til både sygdomsperspektiver og ‘det gode liv’.

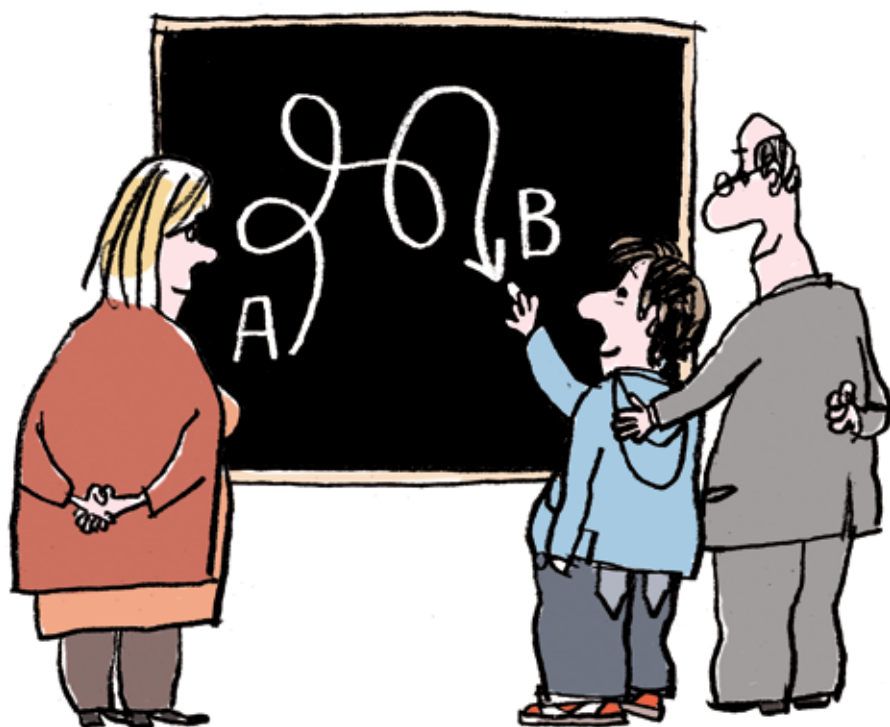
WHO’s definition af sundhed implicerer en professionel kompetence til at afklare, hvad det vil sige, at børn trives og udvikler sig positivt. Hvilke ønsker og værdier har de? Hvordan forholder forældrene sig til sundhed og sygdom? Og hvordan spiller børn og forældres værdier sammen med den sundhedsfaglige viden og de sundhedsprofessionelles værdier? Det er tydeligt, at der ligger potentielle videns- og værdikonflikter i dette felt, men man har alligevel pædagogiske muligheder¹¹⁷. Ligesom man må tage udgangspunkt i børnenes og forældrenes oplevelser og erfaringer med vægt, krop og selvværd, er deres værdier og ressourcer altid et godt afsæt for de pædagogiske aktiviteter.

Det er en pædagogisk opgave at skabe strukturerede og sundhedsfremmende rammer omkring børnenes læring og udvikling. Socialt samvær, nærvær, tid og tillid er væsentlige elementer. Pointen er, at børnene selv er aktive og lærer noget (*at vide*) om, hvordan man eksempelvis spiser varieret og udsætter behov for søde sager (*at kunne*), og ikke mindst kan forklare begrundelserne for at gøre og vide, det de præsenteres for (*at ville*). Se figur 1.



Figur 1. Den pædagogiske indsats

Den pædagogiske indsats tager afsæt i at skabe rammer, der tilgodeser, at viden, vilje (og villighed) og kunnen er vigtige elementer, der bidrager til at udvikle handlekompetencer hos børn/unge og forældre.



At vide noget er betinget af, hvordan man ved dette¹¹⁸. Det er ikke nok at forstå viden, som noget børnene *har*. Man må nødvendigvis forstå deres viden, som noget de bruger og forholder sig til – hvordan deres viden *virker*.

For at børn med potentielle vægtproblemer og børn med overvægt *handler*, må de *kunne* noget. Det er ikke nok, at de ved noget om sammenhængen mellem mad, bevægelse og vægt. At *kunne* bygger på de erfaringer, de allerede har med at handle, med at noget lykkes for dem. De må således koble viden og kunnen og *gøre* noget ved det – her deres vægt, så det bliver bedre at være dem. Omvendt er det at *kunne* uden at *vide* det samme som at handle 'i blinde', dvs. uden forståelse for det, der gøres.

Viljen er det tredje element, måske det allervigtigste i forhold til overvægt. Der tænkes ikke kun på den moralske vilje: at *vilde* det rigtige, men i lige så høj grad på børnenes *villighed* til rent faktisk at ændre de ting, de kan. Viljen hænger uløseligt sammen med mod, lyst og troen på egne evner til at mestre hverdagen på nye måder. Se mere i kapitel 4 (Samarbejdet med forældrene). Sammenhængen mellem disse tre elementer gør sig naturligvis også gældende for forældrene.

Et pædagogisk grundsyn, der kan danne rammen for ovenstående pædagogik overfor de overvægtige børn og unge, er:

- at de ses i forhold til den familie, kultur og de værdier, de har
- at de anses for kompetente og midt i en personlig udviklingsproces
- at de respekteres for det, de selv oplever som meningsfuldt
- at deres selvværd ses som afhængigt af de relationer, de indgår i, og at de derfor nødvendigvis må styrkes i deres relation til andre
- at de mødes med omsorg og forståelse for de vanskeligheder, der er knyttet til deres overvægt.

6.5 Gruppetilgang

Som beskrevet ovenfor er det nødvendigt, at man interesserer sig for og tager børnenes hverdagsliv og værdier seriøst. Det er vigtigt at *afsøge deres* ord for og tanker om overvægten og lytte til *deres* oplevelser og eventuelle bekymringer, som beskrevet i kapitel 4. Det kan fx gøres gennem etablering af grupper, hvor børn og unge får mulighed for at dele deres erfaringer med overvægt, får ny relevant viden og bliver opmuntret og støttet. Det kan også være i forbindelse med at lave mad sammen eller gennem fælles fysiske aktiviteter. Pointen er, at undgå oplevelsen af nederlag i forbindelse med ikke at kunne magte ting eller følge med, som det sædvanligvis opleves af mange af børnene. At være med på lige fod med andre og opleve, at man ikke er alene med sine problemer, er drivkraften i gruppetilgangen.

Den professionelle faglighed, som er central i sundhedsplejerskers arbejde på skolerne, skal fastholdes i arbejdet med børnegrupperne. Etableringen af grupperne skal tilgodese børnenes – og ikke mindst de unges – eksisterende kompetencer, kreativitet og viden¹¹⁹. Arbejdet i grupper med de overvægtige børn og unge bygger på anerkendelse af de livsbetingelser og værdier, de har, og de udfordringer, de står overfor – også i forhold til *deres forældre*. Den pædagogiske opgave i grupperne er at støtte dem i at udvikle kompetencer, som gør dem i stand til at klare sundhedsmæssige udfordringer i deres liv. Samtidig med dette arbejder man med deres mentale og sociale sundhed og samarbejder om at skabe gode rammer om deres handlemuligheder. Form og indhold og dermed emner vægtes ud fra børnenes behov, så man kan gå i dybden med det, der giver mest mening for dem, og samtidig udfordre dem til ny erkendelse og handling. Desuden er det væsentligt *at undersøge* frem for at rådgive. Det giver børnene mulighed for at påvirke indholdet og betyder, at de bliver medaktører. For de yngste børns vedkommende er det forældrene,

der bliver medaktørerne, og forældrene spiller her hovedrollen i den pædagogiske indsats.

6.6 Resume

Sundhedstjenesten har store udfordringer i forhold til overvægtige børn og unges sundhed. I sundhedstjenesten må man derfor koble sin faglighed og sine erfaringer med pædagogiske refleksioner over skolebørnenes læring, udvikling og trivsel og bruge sin intuition og derigennem søge at forstå børnenes vanskeligheder, tanker og følelser. En forudsætning for dette er, at man har overskud og gåpåmod til at vejlede børnene/de unge og deres forældre på deres præmisser, og at man er i stand til at anlægge indsatsen ud fra en skelnen mellem at *vide*, at *kunne* og at *ville*.

Sundhedsplejersken må undersøge, hvilke faglige og professionelle værdier der spiller ind, samt tage de værdier alvorligt, som børnene/de unge og forældrene selv giver udtryk for – og forholde sig neutralt, men interesseret til disse. Desuden må sundhedsplejersken forsøge sig frem med en videns- og værdibaseret sundhedspædagogik, som ikke lægger sig fast på forhåndsbestemte løsninger eller indsatser. Sundhedstjenesten må udvikle eller afprøve nye metoder og være åben overfor kollegial supervision i forhold til den pædagogiske tilgang, der vælges. Endelig er det vigtigt at arbejde intentionelt på tværs, jf. kapitel 8 (Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde) og at gøre en særlig indsats for den tidlige opsporing samt at holde fast i barnet/den unge og forældrene.

7. Skolesundhedstjenestens indsats

Dette kapitel beskriver, hvorledes den individuelle indsats i regi af skolesundhedstjenesten kan foregå.

Udvikling af overvægt kan være forårsaget af sygdom, uhensigtsmæssig adfærd eller en kombination af begge dele. Indsatser for børn og unge med overvægt bør som udgangspunkt tage afsæt i barnets nære miljø, herunder have særligt fokus på familiens vaner og funktion. Det er en vanskelig opgave, som kræver stor tålmodighed. Når der planlægges en indsats i kommunalt regi (skole, sundhedsplejen, andre lokale tilbud), bør det på forhånd være udelukket, at der er somatiske årsager til barnets overvægt eller komplikationer hertil. Såfremt der er behov for et behandlingsforløb på sygehus eller hos praktiserende læge kan det være hensigtsmæssigt, at skolesundhedstjenesten sideløbende tilrettelægger støttende samtaler eller lignende efter aftale med den behandlende instans.

7.1 Sundhedsvaner og sundhedsfremme

De fleste børn i den undervisningspligtige alder er godt klar over, hvilke vaner der er sunde. Det gælder også vaner vedrørende mad og drikke, motion, søvn, rygning m.v. Imidlertid er det ligeså klart, at alle – på trods af denne viden – i større eller mindre udstrækning har vaner, som kan betragtes som usunde. Endvidere ved de fleste, at indgroede vaner er vanskelige at slippe af med, endsigte blot ændre. Som sundhedsprofessionel må man derfor erkende, at usunde vaner eksisterer og tillige har en funktion. Det vil derfor være uhensigtsmæssigt at tilrettelægge indsatsen udelukkende ud fra en filosofi om, at det er den ideelle sundhed, som er målet. Indsatser, som ensidigt fokuserer på ideel sundhed, herunder vægttab, kan have den modsatte effekt, som fx opfører af samarbejdet med familien, vægtøgning og forstærket usund adfærd¹²⁰.

I stedet bør indsatsen tage udgangspunkt i at fremme barnets/familiens sundhed ved, at man i samarbejde kortlægger uhensigtsmæssige vaner og justerer disse i et tempo, som familien kan imødekomme, som beskrevet i kapitel 4 (Samarbejdet med forældrene). Det kan desuden være formålstjenstligt at betragte indsatsen som en proces, hvor sundhedspersonen er katalysator for forståelsen af sammenhænge vedrørende barnets udvikling af overvægt. Sundhedspersonen skal i den forbindelse gøre sig klart, hvordan målsætningen afstemmes i forhold til familiens økonomiske og sociale ressourcer samt familiens indsigt i problematikken.

Den sundhedsprofessionelle og barnet/familien skal indstille sig på, at indsatsen overfor overvægt foregår langsomt og i små ryk, og at kunsten er at indarbejde sunde vaner i hverdagen i et tempo, så de grundfæstes og bliver til en livsstil. Selvom målet er vægttab eller vægtstagnation, skal man holde sig for øje, at der kan være gevinster ved at ændre usunde vaner, og at disse vaner kan virke sundhedsfremmende – også selv om der ikke ses et egentligt vægttab.

Det er vist, at overvægtige, som via regulering af kostvanerne hurtigt opnår vægttab, ligeså hurtigt tager på igen¹²¹. Den nærliggende forklaring synes at være, at gennemgribende livsstilsændringer er vanskelige at fastholde over længere tid. Derfor bør indsatsen vare længere og sundhedsplejen tage over og følge barnet og familien i længere tid, også efter eventuel endt behandlingsindsats på sygehus, i pædiatrisk speciallægepraksis eller i almen praksis^{13, 122, 123}.

Familiens ressourcer, herunder barnets trivsel og familiedynamikken, er i høj grad medbestemmende for målsætningen og indsatsen, og familiens psykosociale belastningsgrad og modstandsdygtighed vil have indflydelse på resultatet. Således vil familier med børn, der trives, i større omfang følge en given vejledning og være fokuserede på at nå målsætningen. Børn, der ikke trives fx pga. mobning, og børn med behov for særlig støtte, afspejler i udstrakt grad familiens funktion, og sådanne familier kan have vanskeligere ved at gennemføre forløbet¹²⁴. Et tværfagligt samarbejde øger sandsynligvis effekten af indsatsen, også i disse familier, som kræver særlige sundheds- og socialfaglige kompetencer^{122, 124}, som beskrevet i kapitel 4 (Samarbejdet med forældrene) og 6 (Sundhedspædagogiske overvejelser).

7.2 Opsporing

Ved gennemførelsen af de lovbestemte forebyggende sundhedsydelse for børn og unge rettes opmærksomheden mod eventuel overvægt eller vægtøgning hos det enkelte barn, som beskrevet i kapitel 2 (Opsporing og tidlig indsats – lovgrundlag og muligheder for opsporing). Særligt ved indskolingsundersøgelser vil samtalen med forældre og undersøgelsen af barnet være afgørende for, om der skal tilbydes en indsats allerede på dette tidspunkt. Ved samtaler senere i skoleforløbet – herunder individuelle samtaler med større børn/unge – vil indsatsen i større udstrækning ske efter ønske fra barnet/den unge selv eller på baggrund af en for hurtig vægtøgning opsporet ved undersøgelsen og initieret af sundhedsplejersken/kommunallægen. En opfølgende undersøgelse fra et regionalt behandlingstilbud har vist, at der var større effekt af behandlingsindsatsen, når børn og unge var henvist fra den kommunale sundhedstjeneste, end når barnet/den unge var henvist fra pædiatrisk afdeling. Det kan muligvis skyldes, at problemkomplekset for de pædiatrisk henviste børn var anderledes, og fordi de ikke selv havde opsøgt egen læge

pga. barnets overvægt. De formodes derfor at have været mindre motiverede for behandling fra start¹²².

Ved alle undersøgelser skal sundhedsplejersken være opmærksom på at vurdere, om barnets/den unges overvægt nødvendiggør henvisning til egen læge, se kapitel 5 (Vurdering af vægt). For nogle kommuner findes der aftaler med den pågældende region om mulighed for direkte henvisning fra sundhedstjenesten til behandling på sygehus.

Hvis personalet i den kommunale sundhedstjeneste – i reglen sundhedsplejersken – bliver opmærksom på børn/unge med overvægt og/eller overvægtsrelaterede problemer, vil det – afhængigt af det enkelte tilfælde – være hensigtsmæssigt at involvere kommunallægen. Denne kan bidrage til en nærmere vurdering af behovet for udredning, herunder om en eventuel indsats kan foregå i sundhedstjenestens regi. Der kan være tale om, at kommunallægen ved anamneseoptagelse og objektiv undersøgelse yderligere kvalificerer behovet for videre udredning og udfærdiger en henvisning. Der vil i øvrigt være tilfælde, hvor barnet/den unge er undersøgt eller udredt af speciallæge, og hvor indsatsen i form af støttende samtaler herefter kan foretages af sundhedspersonale i den kommunale sundhedstjeneste.

Der bør ske henvisning til egen læge i følgende tilfælde:

- Mistanke om syndrom, herunder dyskrine træk, eller anden somatisk årsag til overvægten
- Vigende højdetilvækst
- Forsinket psykomotorisk udvikling
- Mistanke om spiseforstyrrelse
- Mistanke om komplikationer forårsaget af overvægten
- Kønsspecifik og aldersrelateret ISO-BMI/IOTF ≥ 30 (svær overvægt)
- Hurtigstigende BMI, svarende til to eller flere percentiler indenfor 6 mdr., jf. bilag II
- Kønsspecifik og aldersrelateret ISO-BMI/IOTF ≥ 25 ved samtidig familær disposition overfor to eller flere af følgende diagnoser: type 2-diabetes, hypertension, hyperlipidæmi, metabolisk syndrom, hjertekar-sygdom, svær overvægt¹²⁵.

I tilfælde af begyndende eller mindre overvægt, som er betinget af livsstil, kan der tilbydes samtaler, herunder rådgivning ved fx sundhedsplejerske, kommunallæge eller praktiserende læge efter forældrenes valg.

Såfremt barnet/den unge *ikke* henvises til praktiserende læge, anbefales det, at sundhedstjenesten ved:

- ISO-BMI/IOTF <25, men hvor barnet har krydset en percentil siden sidste undersøgelse, kontakter forældrene, tilbyder rådgivende samtale og højde-vægtkontrol indenfor tre måneder.
- ISO-BMI/IOTF < 25, men hvor barnet har krydset to percentiler siden sidste undersøgelse, kontakter forældrene, tilbyder rådgivende og afklarende samtale indenfor en måned.
- ISO-BMI/IOTF \geq 25 kontakter forældrene, tilbyder samtale med henblik på at afklare, hvilket tilbud familien skal have i kommunalt eller regionalt regi, eventuelt via praktiserende læge.

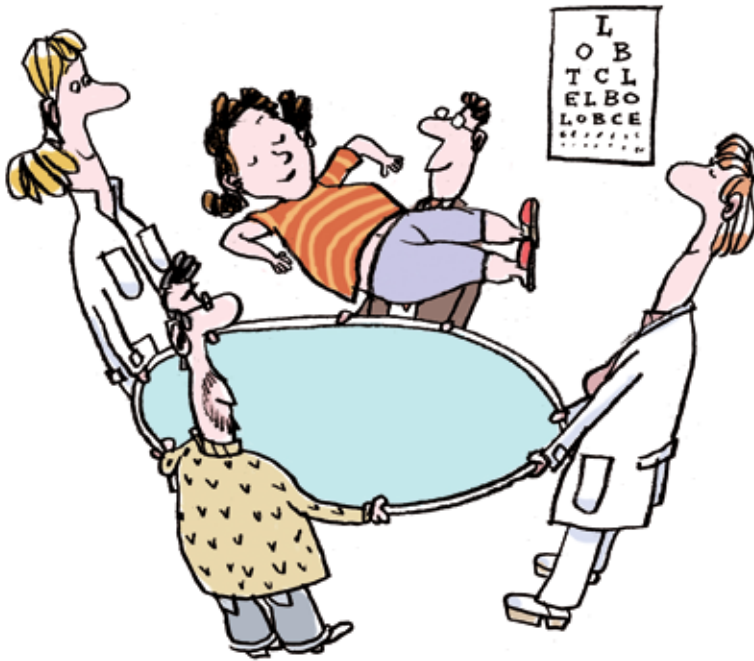
I bilag III ses eksempler på forskellige indsatser, der er udgået fra skolesundhedstjenesten betinget af udviklingen i barnets BMI.

7.3 Samtalen

Samtalerne bør tage udgangspunkt i familiens/barnets opfattelse af problemet, herunder hvad familien ønsker hjælp til, som beskrevet i kapitel 4 (Samarbejdet med forældrene) samt hvilke muligheder, der findes i kommunen og andre steder. Selvom det synes underforstået, at målet er vægtstagnation eller vægttab, så er vejen dertil ikke umiddelbar. Sundhedsplejersken bør på en anerkendende og respektfuld måde undersøge 'subjektive' og 'objektive' forklaringer på barnets overvægt.

Overvægt er et ømtåleligt emne, som for de flestes vedkommende vil være associeret med skyld, skam og sårbarhed. Holdninger, antagelser og fordomme om barnets overvægt bør afdækkes, ligesom mere 'objektive mål' for barnets og forældrenes levevis, herunder mad- og drikkevaner, fysisk aktivitet m.v. Sundhedsplejersken skal desuden have for øje, at interventioner og aftaler angår hele familien og ikke barnet alene, og tage stilling til hvornår barnet skal deltage i samtalerne. Det gælder især de yngste børn.

Sædvanligvis henvender aftalerne sig til både familien og barnet. Aftalerne justeres fra samtale til samtale, og intervallet mellem samtalerne justeres, afhængigt af barnets vægtudvikling. Ros og anerkendelse af barnet og familiens



indsats indgår naturligt i samtalerne. Se også kapitel 6 om de sundhedspædagogiske overvejelser i forbindelse med samtalen.

Barnet og familiens trivsel og vaner vedrørende mad og drikke, fysisk aktivitet og fritidsaktiviteter bør kortlægges:

Trivsel

- Somatiske symptomer (hovedpine, mavepine, ondt i ryggen, påvirket humør)
- Socialt (familie, venner, fortrolige, ensomhed, skolegang, fravær, mobning, egen mobbeadfærd, selvværd og selvtillid)
- Rygning, alkoholforbrug.

Kost

- Måltider (hoved- og mellemmåltider, portionsstørrelse, hvordan og hvornår indtages dagens måltider, trøstespisning, belønning, sliktid, mæthedsfornemmelse)
- Drikkevarer (type, mængde, frekvens)
- Madvarer (type, mængde, ernæringsværdi).

Kropsofattelse

- Selvvurderet tilfredshed med vægt og kroppens udseende
- Forståelse for objektiv vurdering af vægt (i forhold til højde)
- Forældres vurdering af vægt (i forhold til højde), herunder arvelighed og familiens og andres forståelse af overvægt
- Fysisk formåen, udholdenhed og fysiske præstationer.

Fysisk aktivitet

- Typer af aktiviteter? (aktiv transport, fysisk aktivitet i frikvarteret, idræt i skolen, idræt i fritiden, idrætsklub, med familien)
- Muligheder for at være aktiv? (nærmiljø, cykelvej, idrætsklub, natur og grønne områder)
- Barrierer for at være aktiv? (økonomi, kammerater og tilgængelighed).

Stillesiddende aktiviteter

- Omfanget af andre stillesiddende aktiviteter (computer, tv, læse m.v.).

Søvn

- Sengetider, søvnrytme, søvnlængde, søvnproblemer
- Søvnforstyrrende elementer (som fx tv, mobiltelefon m.m.).

Familien

- Psykosociale forhold (forældrenes relation til arbejdsmarkedet, psykisk sygdom hos barnet/den unge selv eller hos forældrene, separation/skilsmisses, eget eller forældres misbrug, boligforhold, søskenderelationer, øvrige familierelationer).

Se bilag IV for inspiration til systematisk gennemgang af barnets sundhedsadfærd og livsstil.

“Han er jaloux på sin storebror, der ikke er anderledes.”

Mor til 8-årig dreng

Ved at kortlægge de enkelte områder kan sundhedsplejersken/kommunallægen perspektivere familiens og barnets vaner. Det vil for nogle familier give anledning til umiddelbare overvejelser om ændringer, ligesom det for sundhedspersonalet kan inspirere til dialog om særlig kritiske eller uhensigtsmæssige vaner og adfærd. Herved kan sundhedsplejersken/kommunallægen faci-

litere øget opmærksomhed på årsager og grunde til familiens/barnets adfærd, således at det i større grad bliver muligt for familien at opdage sammenhænge og se løsninger, se også kapitel 4 (Samarbejdet med forældrene).

Det kan være en hjælp at udlevere et spørgeskema til udfyldelse med henblik på en drøftelse ved den efterfølgende samtale, jf. bilag IV. Herved får sundhedsplejersken/lægen indsigt i, hvilke forhold barnet/familien lægger vægt på, og dette kan danne grundlag for yderligere spørgsmål og drøftelser.

Gennem kortlægning af kostindtaget, fx i samarbejde med diætist (se fodnote a, side 16), er det muligt at vurdere barnets kalorieindtag, herunder kostens sammensætning. Det er i undersøgelser vist, at regelmæssigt indtag af sukkerholdige drikke øger sandsynligheden for overvægt, ligesom en række andre kostvaner er relateret til overvægt: manglende morgenmåltid, få store måltider, regelmæssigt indtag af fastfood. Man kan lægge vægt på, at væggtab lettere opnås ved reducere af kalorieindtaget end ved fysisk aktivitet (forbrænding af kalorier)¹²¹, om end det i forhold til udviklingen af metabolisk syndrom kan have større betydning at øge den fysiske aktivitet, hvilket ikke nødvendigvis medfører vægttab jf. kapitel 5 (Vurdering af vægt). Konteksten og familiens ressourcer afgør, hvor indsatsen primært skal lægges.

Endvidere er stort tidsforbrug på stillesiddende aktiviteter (særligt tv og computer) forbundet med øget risiko for overvægt, ligesom dette øger risikoen for nedsat insulinfølsomhed, kardiovaskulære risikofaktorer og metabolisk syndrom – og senere i livet følgelig også hjerte-kar-sygdomme¹²¹. Se også kapitel 5 (Vurdering af vægt).

Det er sundhedsplejerskens/kommunallægens opgave at vurdere, hvor grundigt familien skal indføres i de enkelte kostgruppers kalorieindhold som grundlag for en nedsættelse af kalorieindtaget. Man kan lægge vægt på, at kostomlægning og fysisk aktivitet ikke nødvendigvis giver vægttab, men at sådanne tiltag er gode for helbredet af andre (metaboliske) grunde, og at fysisk aktivitet sammen med andre aktiviteter desuden kan fremme den sociale udvikling og fællesskabet i familien og blandt venner. Sundhedspersonalet kan med fordel samarbejde med diætist (se fodnote a, side 16), såfremt det skønnes, at der er behov for grundig vejledning om kostens sammensætning.

Som beskrevet i kapitel 3 (Overvægtige børns trivsel) er overvægtige børn oftere udsat for mobning end normalvægtige børn^{21, 37, 124}, ligesom flere overvægtige børn har lavt selvværd. Det er uvist, om det er overvægt og afledte vaner, der er årsagen til dårlig trivsel, eller om det er dårlig trivsel, der giver anledning til overvægt. Imidlertid forekommer overvægt oftere i socioøkonomisk dårligt stillede familier, og omsorgen for barnet vil i nogen grad være bestemt af familiens ressourcer, ligesom barnets skolegang og kropsopfattelse vil have indflydelse på trivslen. Se også kapitel 3 (Overvægtige børns trivsel).

For børn, hvor den dårlige trivsel har en mere gennemgribende indvirkning på personligheden, kan det i højere grad være berettiget at rette opmærksomheden mod dette. Det kan være, at der skal henvises til udredning for problemerne og eventuel efterfølgende behandling. Der kan også i denne forbindelse ske henvisning til socialforvaltningen med henblik på vurdering af behov for støtte til barnet og familien.

7.4 Familien i centrum

Indsatsen overfor det enkelte barn vil typisk foregå som traditionelle konsultationssamtaler med barnet/den unge og forældrene. Uanset om målet er vægtreduktion eller vægtstagnation for det enkelte barn, vil familiens støtte og involvering være afgørende for, om målet nås. For mindre skolebørn er forældrestøtten selvsagt nødvendig for at foretage de nødvendige ændringer af barnets vaner, men det er desuden vist, at forældreinvolvering ved indsatser overfor større børn og unge øger sandsynligheden for succes, selv om unge i denne aldersgruppe i videre udstrækning selvstændigt kan indgå i et behandlingsforløb^{121, 133, 126}.

Det vil i vid udstrækning være familiens vaner, som er afgørende for, om barnet er overvægtigt, og om indsatsen kan lykkes. Det er derfor essentielt, at behandlingen angår adfærdsændringer i familien generelt og ikke kun vedrører det enkelte barn, jf. kapitel 4 (Samarbejdet med familien).

I planlægning af de indsatser, der skal iværksættes for at støtte barnet til vægttab eller vægtstabilisering, er det samtidig vigtigt at have øje for de *ressourcer*, der er i barnets nære omgivelser.

Ud over det individuelle tilbud kan indsatsen suppleres med gruppeaktiviteter eller andre sundhedspædagogiske aktiviteter, som har til formål at øge barnets/den unges og familiens handlekompetencer og fremme en hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Løsningsforslag og indsatser skal tage udgangspunkt i familiens ønsker og behov med fokus på og respekt for familiens værdier, vilkår og ansvar for eget liv^{4, 40, 123, 126}. Læs mere om sundhedspædagogiske overvejelser i kapitel 6.

7.5 Mål for indsatsen samt opfølgning

Børn, som fortsat vokser i højden, vil kunne opnå et lavere BMI, hvis vægten stagnerer. For børn, hvor højdevæksten er stoppet, skal der ske et vægttab for at reducere BMI. Motion, særligt hård træning, vil medføre en øgning af muskelmassen og konditionstallet og vil eventuelt begrænse vægttabet, men

have gavnlige effekt på sundheden, herunder på udvikling af metabolisk syndrom^{121, 125}. Se også kapitel 5 (Vurdering af vægt).

Det overordnede mål er generelt at opnå normalvægt (kønsrelateret og aldersstandardiseret BMI 18,5-25, jf. bilag II), men det overordnede mål må nødvendigvis understøttes af en række overkommelige og realistiske delmål i processen, herunder fx mere fysisk aktivitet.

Tilrettelæggelsen af indsatsen, herunder samtalerne, må ske i forhold til familiens ressourcer. Ensidigt fokus på vægttab kan virke demotiverende, hvis der ikke opnås resultat umiddelbart. Derfor bør samtalerne udforske familiens motivation og eventuelle ambivalens overfor adfærdsændring, og barnet og familien skal være indstillet på, at processen kan være langvarig, og at vægttab ikke opnås umiddelbart. Motivationen er afgørende for, om konkrete ændringer i adfærden vedrørende kostvaner og fysisk aktivitet kan gennemføres. Sundhedsplejersken/kommunallægen bør udforske, hvilke grunde der kan være til, at forandringer eventuelt udebliver.

“Når jeg fortæller, at jeg køber fedtfattigt ind, og at det er en daglig kamp at finde det, ja så møder jeg mistro. De måler barnet oppefra og ned, og så kan jeg se deres mistro. De tænker: ‘Ja ja, du propper ham med chips og slik, gør du.’”

Mor til 10-årig dreng

Det er op til kommunalbestyrelsen – på baggrund af sundhedstjenestens vurdering – at bestemme, om og i hvilken udstrækning objektive mål som taljemål og konditionstal skal benyttes udover højde, vægt og ISO-BMI/IOTF.

Det anbefales at anvende ISO-BMI/IOTF-kurver som udgangspunkt for en generel drøftelse af vækst, jf. kapitel 2 (Opsporing og tidlig indsats – lovgrundlag og muligheder for opsporing), ligesom de kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver (bilag II) kan være et værktøj i en mere konkret målsætning, herunder en eventuel tidsplan

I de tilfælde, hvor der er grund til at antage, at overvægt har en umiddelbar negativ indflydelse på barnets sundhed (se side 56), skal der ske henvisning til egen læge, der eventuelt kan henvise til speciallæge, jf. bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010, § 8, stk. 3 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge³.

I hvert enkelt tilfælde skal det desuden vurderes, om det er hensigtsmæssigt eller nødvendigt at henvise og/eller inddrage tværfagligt personale i indsatsen og i en eventuel behandling (praktiserende læge, praksispersonale,

sundhedsplejerske, diætist (se fodnote a, side 16), psykolog, kommunallæge, sundhedskonsulent eller andre lokale aktører).

7.6 Resume

Den tidlige indsats overfor overvægtige børn og unge i skolesundhedstjenestens regi bør tage udgangspunkt i barnets nære omgivelser. Afdækning af familiens ressourcer, motivation og vaner er udgangspunkt for, at familien, i et samarbejde med sundhedsplejersken/kommunallægen, kan opstille realistiske mål og ændre vaner i en sundhedsfremmende retning. Indsatsen skal tilrettelægges i et tempo, som familien kan imødekomme. Indsatsen tager sigte på at fastholde og øge familiens motivation for sundhedsfremmende adfærd og at give støtte hertil. Den ideelle sundhedstilstand er som oftest ikke målsætningen, uanset at et BMI indenfor normalområdet naturligvis er ønskeligt.

Det bør på forhånd være udelukket, at der er somatiske årsager til barnets overvægt eller komplikationer hertil. Er der mistanke om dette, bør der ske henvisning til praktiserende læge.

8. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Kommunen har ansvaret for forebyggelsesarbejdet i den primære sundhedssektor. Dette kapitel beskriver vigtigheden af, at kommunen etablerer et netværk af forskellige faggrupper og personer, som kan samarbejde om forskellige indsatser overfor og tilbud til børn med overvægt og deres familier¹. Dette samarbejde kan med fordel beskrives i sundhedsaftalerne.

Oftest vil et forløb med en familie med et overvægtigt barn være et samarbejde mellem den kommunale sundhedstjeneste, den praktiserende læge og familien, men andre relevante parter kan inddrages, fx Julemærkehjem eller socialforvaltningen. Hvis støtte til familien primært gives i ét regi – fx hos den praktiserende læge, i kommunen, hos pædiatrisk speciallæge eller på sygehuset – bør de andre involverede parter orienteres løbende, så de får mulighed for at sparre og supplere indsatsen. Både de ansatte i skolesundhedstjenesten, den praktiserende læge og dennes personale bør have de rette kompetencer til at varetage opgaverne omkring opsporing, tidlig indsats og behandling af overvægt hos børn. Læs i *Overvægt – forslag til visitation* om, hvordan Danske Regioner ser opgaverne omkring børn med overvægt fordelt og koordineret¹²⁷.

8.1 Den praktiserende læge

Den praktiserende læge har bl.a. vægtudviklingen som et tema i forbindelse med de forebyggende børneundersøgelser, jf. *Vejlledning om forebyggende sundhedsundersøgelser til børn og unge*⁴. Lægen har derfor relevante data om eventuel uhensigtsmæssig vægtudvikling eller overvægt hos det enkelte barn, når barnet starter i skolen. Disse data kan i et statusnotat sendes videre til den kommunale sundhedstjeneste i forbindelse med den sidste forebyggende helbredsundersøgelse, når barnet er 5 år, jf. *Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsundersøgelser til børn og unge*, § 22³, herefter kaldet bekendtgørelsen, og *Vejlledning om forebyggende sundhedsundersøgelser til børn og unge*⁴. I de kommunalt lægelige udvalg (KLU) kan kommunen aftale med de praktiserende læger, hvordan statusnotater håndteres i den enkelte kommune.

Statusnotatet fremsendes efter tilladelse fra forældrene. Såfremt barnet er overvægtigt, og forældrene ikke giver tilladelse, må lægen i det konkrete tilfælde vurdere, hvilke handlinger det skal udløse.

“Vores gamle læge syntes, at jeg var en hysterisk mor. Han mente, at det måtte være noget forkert mad, jeg gav min søn. Han spurgte: ‘Kan du overhovedet finde ud af at lave mad?’”

Mor til 10-årig dreng

Statusnotatet fra den praktiserende læge medvirker til at sikre en sammenhængende indsats overfor barnet og familien, når barnet overgår til skole-sundhedstjenesten, hvad angår de forebyggende ydelser. Med statusnotatet inviterer den praktiserende læge desuden den kommunale sundhedstjeneste til at samarbejde om børn med særlige behov, hvor der er behov for tværfagligt samarbejde i overgangen fra almen praksis til skolesundhedstjenestens forebyggende tilbud.

Eksempel på statusnotat:

Anna Jensen

Født til terminen, vægt 4 kg og længde 54 cm.

Data: 2 år: Vægt 13,2 kg, højde 87,0 cm, BMI 17,4
3 år: Vægt 16,5 kg, højde 96,0 cm, BMI 17,9
4 år: Vægt 19,3 kg, højde 103,5 cm, BMI 18,0
5 år: Vægt 21,2 kg, højde 111,5 cm, BMI 17,1

Anna har venstreforskydning på BMI-kurven og ‘early rebound’^e i 3-års-alderen, hvilket disponerer til udvikling af overvægt^{128, 129}. Familien er i den forbindelse tilbudt konsultation med henblik på forebyggelse af yderligere vægtstigning. Anna er blevet fulgt med ekstra halvårige vægt-, højde- og BMI-målinger. Hun er sprunget fra 75-percentilen til 90-percentilen (p90) i 3-års-alderen. Virker stabiliseret på denne. Se figur 2.

Forældrene: Begge overvægtige, mor er butiksassistent, og far er chauffør.

Storesøster: Normal vægtudvikling.

Annas almentilstand: God kontakt til forældre – og naturlig kontakt her i klinikken.

Følgesygdomme: Ingen tegn på mobning, ifølge forældre. Storesøster skal dog mindes om ikke at drille lillesøster med hensyn til hendes mave.

e Den typiske udvikling af BMI er en stigning fra fødslen til ca. 6-9-måneders-alderen, derefter et gradvist fald til omkring 6-års-alderen, og så en gradvis stigning til voksen-værdier omkring 18-års-alderen. Tidspunktet, hvor BMI begynder at stige igen omkring 6-års-alderen, kaldes ‘adiposity rebound’. Hvis BMI begynder at stige tidligere end 6-års-alderen, kaldet ‘early adiposity rebound’, er det en risikomarkør for udvikling af overvægt senere i livet.

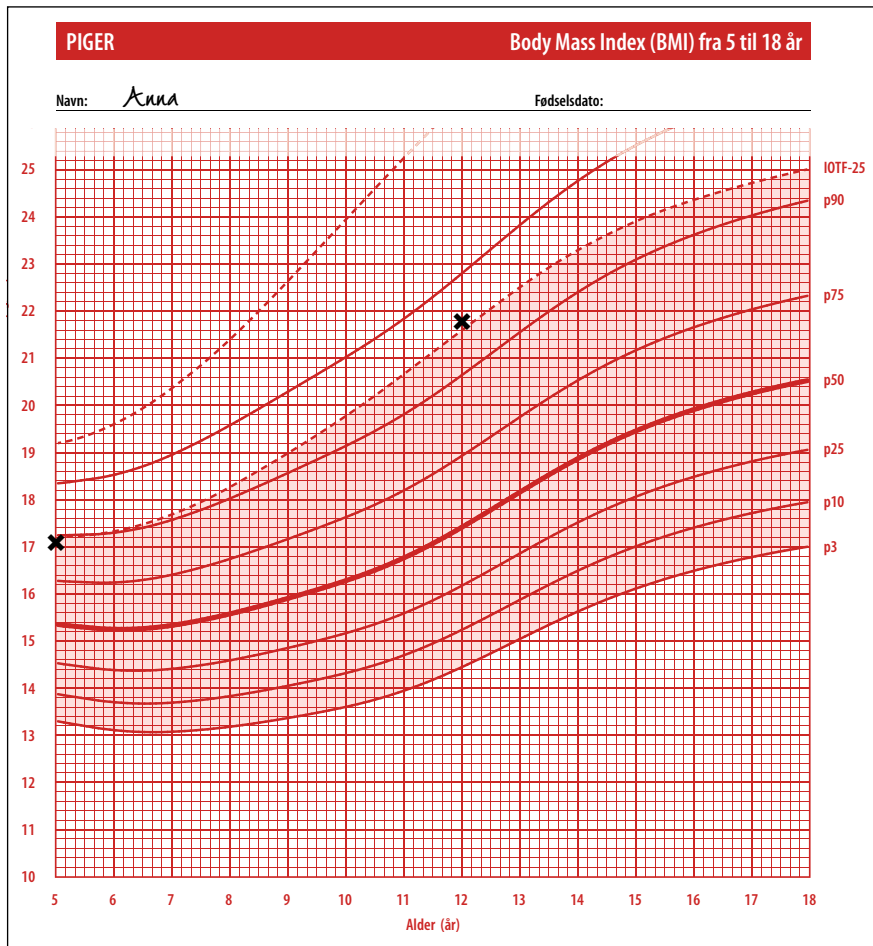
Søvnmønster: Der er arbejdet med forældre støtte til soverutiner. Anna har ikke villet i seng før storesøster, som er 4 år ældre.

Spise- og drikkevaner: Der har været fokus på at begrænse sukkerholdige læskedrikke. Der kan med fordel arbejdes på at anbefale morgenmad.

Fysisk aktivitet og bevægelse: Familie med meget lidt indsigt i betydningen af bevægelse og ingen lyst til at lege.

Social trivsel: Glad i børnehaven med kammerater, der kommer på besøg hjemme. Skal begynde i skole kort efter sin 6-års fødselsdag.

Er fulgt i almen praksis frem til skolestart, hvor den kommunale sundhedstjeneste overtager den fortsatte vægtkontrol og støtte til familien.



Figur 2. Annas vægtudvikling

Da Anna var 5 år, var hendes BMI 17,1. Som 12-årig er Annas BMI 21,8.

Den praktiserende læge har efter afslutning af sin del af de forebyggende børneundersøgelser løbende mulighed for at reagere på klinisk mistanke om begyndende overvægt i forbindelse med efterfølgende konsultationer og at meddele dette til den kommunale sundhedstjeneste.

Hvis skolesundhedstjenesten vurderer, at der er behov for udredning af eventuel somatisk sygdom eller behov for tilbud om støtte til en familie med overvægtsproblemer, er familiens praktiserende læge den vigtigste samarbejdspartner. Såfremt familien ikke er interesseret i at samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste, kan den praktiserende læge inddrages. Kendskabet til familien og den opbyggede tillid kan danne udgangspunkt for at formidle den professionelle bekymring over vægtudviklingen hos et barn på en empatisk måde, så familien og barnet ikke føler sig stigmatiseret, men i stedet taget hånd om. Derefter kan lægen skønne, om almen praksis har den nødvendige kompetence til at gå ind i et behandlingsforløb, eventuelt i samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste, eller om familien skal viderehenvises til kommunale eller regionale tilbud eller ophold på Julemærkehjem, såfremt forældrene ønsker dette.

Eksempel fortsat:

Sundhedsplejersken har ved konsultation i 6. klasse registreret, at Anna, der nu er 12 år, har øget sin vægt betydeligt. Hun vejer 55,0 kg og måler 159,0 cm, hvilket svarer til BMI 21,8. Hun har krydset 90-percentilen (p90) og ligger over grænsen for overvægt (ISO-BMI/IOTF 25) på BMI-kurven, se figur 2. Anna har ifølge statusnotatet fra egen læge haft vægtøgning i 3-års-alderen, hvilket gav anledning til tilbud om konsultationer hos egen læge.

Sundhedsplejersken har talt med klassen om pubertet – og ved den individuelle konsultation taler hun med Anna om menstruation. Det har Anna ikke fået endnu.

Anna bliver ked af det, da hun bliver vejet, og det fordrer kompetencer både på relationelt og fagligt niveau at håndtere situationen. Sundhedsplejersken skal vurdere, om der er behov for tilbud om en indsats, hvordan hun i givet fald skal formidle det til Anna, hvordan forældre og familie bør inddrages, og hvor det skal foregå, for at det bedste resultat kan opnås.

Der kan være flere grunde til, at sundhedsplejersken er usikker på, om Annas vægtudvikling kan få helbreds-mæssige konsekvenser. Er Annas vægtudvikling en naturlig forlængelse af, at hun er tæt på sin første menstruation? Skyldes vægtøgningen, at hun er begyndt at træne mere i sin sport? Er vægtøgningen et resultat af trøstespisning i forbindelse med forældrenes forestående skilsmisse? Er Anna genetisk disponeret – hendes mor har altid været overvægtig – og moderens overvægt er ifølge Anna eskaleret, siden Anna startede i skole? Hvordan har det påvirket familiedynamikken, at far har været arbejdsløs de seneste 2 år? Rækken af



hypoteser kan fortsættes, og det kan være en stor støtte at have mulighed for at kontakte den praktiserende læge for råd eller sparring. Den praktiserende læge kan sidde inde med vigtig information omkring familien, der kan danne grundlag for, at den praktiserende læge vil tilbyde at gå ind i sagen.

Hver enkelt familie med et overvægtigt barn bør fra start informeres om, at vægtproblematik ofte vender tilbage, og at tidlig opsporing og forebyggende tiltag er afgørende, når eller hvis vægten går uhensigtsmæssigt opad. Med den viden er lægen forpligtet til at iværksætte relevante indsatser eller eventuel behandling for barnet i familien. En undersøgelse viser, som nævnt i kapitel 4 (Samarbejdet med forældrene), at mødre til 7-9-årige børn, uanset deres første reaktion og eventuelle manglende bekymring for deres barns overvægt, både ønsker og har brug for at blive vejledt og støttet i at skabe de nødvendige forandringer, når sundhedsprofessionelle italesætter deres børns overvægt⁶⁷.

Den praktiserende læge har de nødvendige kompetencer til at vurdere vægtudvikling og tilbyde et individuelt forløb i praksis eller anbefale støtte hos relevante fagpersoner i kommunen. Den praktiserende læge har endvidere mulighed for at henvise til regionale specialafdelinger, herunder eventuelt regionalt tilbud for overvægtige børn og unge¹³⁰. Såfremt der sker henvisning til regionen – fx til klinisk diætist på sygehuset – bør det lokale kommunale samarbejde koordineres hermed, og det må vurderes, hvem der varetager hvilke opgaver i henhold til bekendtgørelsen³.

Eksempel fortsat:

Anna på 12 år kommer sammen med sin mor til egen læge, fordi sundhedsplejersken er usikker på, hvad Annas vægtstigning skyldes, og om der skal tilbydes hjælp. Annas mor er lidt sur. "Hun har jo bare hvalpefedt", og det er synd for datteren, at hun nu har fået en bekymring, som hun godt kan være foruden. Annas mor er træt af alt det vægthysteri, og hun mener ganske rigtigt, at "det er ikke en sygdom at have sul på kroppen".

Men Anna fortæller grædende, at hun er den tungeste pige i klassen, og at hun altid bliver valgt sidst, når de skal spille bold, fordi hun er dårlig til at løbe. Lægen kan se, at moderen bliver ked af datterens gråd, og hun fornemmer også, at Annas mor føler sig magtesløs og egentlig gerne vil hjælpe datteren. Anna får tid til en samtale ugen efter, hvor de skal tale om hendes hverdag. Forinden skal hun forberede sig ved at kortlægge sin mad, drikke og bevægelse samt familiens samvær. Kortlægningen skal bruges til at vurdere særlige indsatsområder, fx om der skal sættes på mere bevægelse i hverdagen, om der skal skæres i mængden og typen af mad og drikke, eller om der måske skal sættes ind på flere områder. Derudover får hele familien en tid om 14 dage. Hvis lægen ikke selv kender til tilbud i kommunen, er det muligt at indhente oplysninger på SOFT-portalen forud for konsultationen med familien. Lægen kan desuden etablere samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste i den mellemliggende periode.

SOFT-portalen på www.sundhed.dk indeholder information om kommunale forebyggelsestilbud. Se mere på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/>

Den praktiserende læges kontakt til børn og unge i den skolepligtige alder foregår primært på barnets og familiens initiativ, hvis de bestiller tid til konsultation i forbindelse med fysiske eller psykiske problemer. Den eneste form for lægefaglig forebyggelse i skolealderen er for pigernes vedkommende HPV-vaccinationen i 12-års-alderen. Såfremt den praktiserende læge får indtryk af manglende trivsel – også hvad vægt angår – har denne pligt til at kontakte relevante fagpersoner i kommunen efter aftale med forældrene, jf. § 21 i bekendtgørelsen³. Såfremt forældresamtykke ikke kan opnås, må lægen vurdere, hvorvidt der er grund til at underrette kommunen om barnets vægtproblemer og forældrenes manglende lyst eller evne til at samarbejde i forhold til barnets tarv, jf. § 153 i serviceloven LBK nr. 1093 af 05/09/2013⁶². Overvægt alene er ikke tilstrækkelig grund til underretning.

De enkelte kommuner har organiseret sig forskelligt med hensyn til tværfaglige grupper for børn og unge med behov for støtte i forhold til trivsel og overvægt, og den kommunale sundhedstjeneste er en oplagt første mulighed for at afdække, hvilke muligheder der findes lokalt, jf. kapitel 2 (Opsporing og tidlig indsats – lovgrundlag og muligheder for opsporing). Kommunens praksiskonsulent er ligeledes en relevant fagperson at inddrage i drøftelsen af de lokale tilbuds relevans, indhold og omfang samt ved problemer med at få etableret kontakt til rette instans i kommunen.

8.2 Den kommunale sundhedstjeneste

Det lovbestemte tilbud i den kommunale sundhedstjeneste er beskrevet i kapitel 2 (Opsporing og tidlig indsats – lovgrundlag og muligheder for opsporing). Ind- og udskolingsundersøgelser foretages af en sundhedsplejerske eller læge afhængigt af kommunalbestyrelsens beslutning om disse forhold.

Ved indskolingsundersøgelsen kvalificeres sundhedstjenestens vurdering af barnets vægtudvikling, såfremt praktiserende læge har fremsendt statusnotat, som beskrevet side 64-65. Sundhedstjenesten skal supplere med yderligere indsats for børn og unge med særlige behov, jf. § 12 i bekendtgørelsen³. Endvidere skal der ved koordination sikres et effektivt samarbejde mellem den praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste både i det daglige arbejde og i forbindelse med skolestart og -ophør³.

Det anbefales at have øget opmærksomhed på:

- socialt udsatte og sårbare familier
- børn, der mistrives, fx pga. af mobning eller social isolation
- børn med overvægtige forældre eller søskende
- familier med anden etnisk baggrund end dansk
- børn med spiseforstyrrelser.

(Referencer findes i kapitel 3 og i *Skolesundhedsarbejde – en håndbog til sundhedspersonale*, kapitel 5⁴⁰).

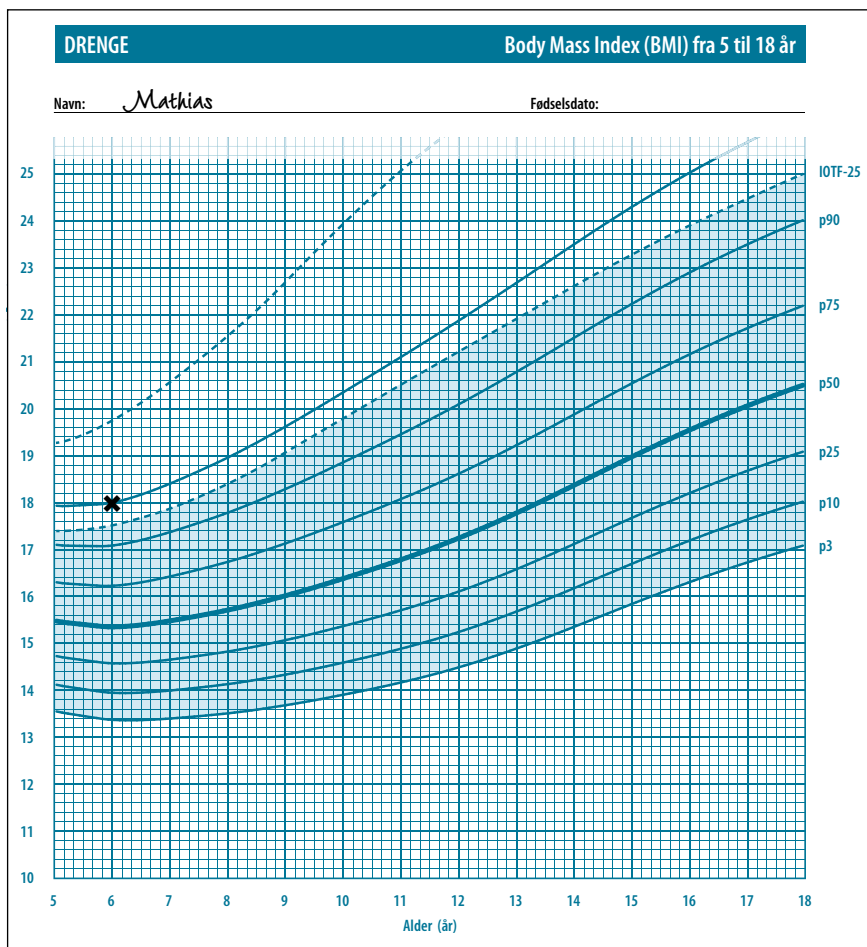
Disse grupper af børn og deres forældre kræver en ekstra indsats, da børnene er sårbare og/eller familierne ofte ressourcetsvage.

Eksempel:

Mathias på 6 år kommer med sin mor til indskolingsundersøgelse hos sundhedsplejersken. Familien er lige flyttet til kommunen, og moderen beklager, at "Barnets bog" er blevet væk i flytterodet. Mathias vejer 30,0 kg og er 129,0 cm høj, hvilket svarer til et BMI på 18,0. Han ligger over grænsen for overvægt (ISO-BMI/IOTF-25) på BMI-kurven, se figur 3. Moderen fortæller, at Mathias altid har været en stor dreng fra fødslen, og at "de har tunge knogler i familien". Sundhedsplejersken anerkender moderens forklaring og spørger til, om hun må kontakte familiens læge og hente data på Mathias til hans skolejournal. Mathias' mor accepterer. Derefter sikrer sundhedsplejersken sig, at familien har fået overført journaler fra tidligere læge til nuværende læge. Det har familien glemt, men moderen lover at få givet besked til tidligere læge om overførsel af journaler til den nye læge. Afslutningsvis spørger sundhedsplejersken til, om hun må tale med egen læge, hvis hun finder anledning til det i forhold til de data, som hun ser frem til at modtage, og ligeledes om moderen vil ringes op og orienteres herom, når hun har set på data.

Data om barnets tidligere vægtudvikling er meget vigtige i den forebyggende indsats mod overvægt, da det generelt ikke er muligt at udtale sig om sværhedsgraden af overvægt på enkeltdata uden at have vægtudviklingen over tid at forholde sig til.

Egen læge har mulighed for med forældrenes accept at indhente oplysninger om et barns trivsel via skolesundhedstjenesten.



Figur 3. Mathias' vægtudvikling

Mathias er 6 år, og hans BMI er 18,0.

Eksempel fortsat:

Mathias kommer sammen med sin mor til konsultation. Han er startet i skole for 1,5 måned siden, men han har svært ved at komme ud ad døren om morgenen, fordi han har ondt i maven. Mathias virker genert og sky i konsultationen. Lægen trykker ham på maven og bemærker, at Mathias har meget subkutan fedt om maven. Lægen fortæller, at der ikke umiddelbart findes tegn på sygdom i maven, og spørger til, hvordan det har været at flytte, og om Mathias savner sine gamle kammerater. Det er svært at få rigtigt indtryk af barn og familie. Derfor spørger lægen, om der må tages kontakt til skolen for at tale med sundhedsplejersken og eventuelt klasse-læreren om, hvordan det går. Inden Mathias går hjem med sin mor, tilbydes de en ny aftale for at følge op på Mathias og arbejdet frem mod, at han får det bedre.

Den praktiserende læge kontakter herefter sundhedsplejersken på Mathias' skole, og sammen aftaler de det videre forløb samt ansvars- og rollefordelingen.

Det kommunale tværfaglige samarbejde omkring det enkelte barn bør koordineres af en udvalgt person, hvor sundhedstjenestens relevante samarbejdspartnere kunne være: den praktiserende læge, medarbejdere i Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), psykologer, diætister (se fodnote a, side 16), pædagoger, lærere, fysioterapeuter, idrætslærere, socialrådgivere og naturligvis barnets familie.

Det er vigtigt, at kommunen sikrer let tilgængelig information om kommunens tilbud for børn og unge med overvægt. Den praktiserende læge kan holde sig løbende orienteret, fx via SOFT-portalen på www.sundhed.dk. I nogle kommuner findes der praktiserende læger med særlig interesse for overvægt hos børn og unge. Det vil være hensigtsmæssigt at inddrage dem eller at samarbejde om emnet på tværs af kommunegrænser.

8.3 Familien

Som beskrevet gennem hele vejledningen er familien den vigtigste ressource for barnets sunde udvikling. Det er derfor afgørende, at forældrene er deres ansvar bevidst og går foran som gode rollemodeller i det omfang, de kan. Forældre kan være med til at give barnet indsigt i madlavning, valg af sund mad og drikke samt gode bevægelsesvaner. Dette kan opnås bl.a. ved at inddrage barnet i indkøb og madlavning samt hjælpe barnet med ernæringsrigtig mad i fritids- og skolelivet. Forældre kan støttes i selv at gå foran ved at være fysisk aktive i fritiden og engagere sig i barnets muligheder for at bruge kroppen i hverdagen. Samtidig kan forældre sætte grænser for barnets inaktivitet, fx i forbindelse med tv og computerspil samt i forbindelse med transport til skole og fritidsaktiviteter¹³⁰, som beskrevet i kapitel 6 (Sundhedspædagogiske overvejelser). Forebyggelse og indsatser overfor overvægt er i særdeleshed en forældre- og familieopgave, og det tager tid at korrigere en uheldig vægtudvikling¹³¹. Det væsentlige er, at ændringer altid må iværksættes ud fra familiens og barnets egne forestillinger om det gode og sunde liv og uden moraliseringen⁶⁷. Se også kapitel 4 (Samarbejdet med forældrene).

Eksempel på utilstrækkelig forældreinddragelse:

Camilla på 9 år bor sammen med sin mor, som er overvægtig, og sin far og storebror, som begge er normalvægtige. Camilla er begyndt at gå tidligt hjem fra SFO og sidder ofte på sit værelse med sin pc. Hvis hun keder sig – og det gør hun tit – går hun i køleskabet eller køkkenskabene efter noget at spise. Hun bryder sig ikke meget om vand, men drikker en del sødmælk. Camillas far er meget glad for slik og chips. Når han kommer hjem, har han tit en pose med af hver slags, så de kan hygge sig sammen, mens moderen laver mad. Det er kvalitetstid for familien. Men Camilla har siden jul taget voldsomt på, og hendes klasselærer har kontaktet sundhedsplejersken.

Ved samtaler med sundhedsplejersken aftaler Camilla og hendes forældre, at de vil forsøge at ændre eftermiddagsvanerne. Camilla og hendes far spiser stadig før aftensmaden – men nu får Camilla, som den eneste i familien, mere grønt til aftensmaden, for de tre andre kan ikke lide grøntsager. Det kan Camilla heller ikke.

Ovenstående er et klassisk eksempel på, at hele familien ikke inddrages i de nye vaner i familien. Den sundhedspædagogiske opgave er at få familien til at forstå og handle i forhold til, at alle i familien skal spise det samme. Far skal få forståelse for, at han må spise sine chips og slik på tidspunkter, hvor Camilla ikke fristes, og allerbedst, at der ikke købes ting, som Camilla ikke må få. Mange familier vil blive overraskede over, hvor små ændringer der skal til, for at man – over lang tid – kan opnå en sundere vægt. Det gælder både børn og voksne.

Inspiration til sådanne ændringer kan hentes i *Små skridt til vægttab – der holder*¹³² og *10 veje til vægttab*¹³³. Materialet er målrettet voksne med overvægt og kan derfor anvendes i vejledning af hele familien i forhold til deres vaner. Ved svær overvægt kan metoden ikke stå alene.

For inspiration til samtale og gennemgang af barnets/den unges vaner og sundhedsadfærd se bilag IV.

8.4 Resume

Den praktiserende læge kender ofte barnet og familien fra spæd- og småbarns-alderen og har derfor kendskab til barnets hidtidige vægtudvikling og eventuelle tidligere indsatser. Via dette langvarige kendskab har lægen naturlig adgang til at italesætte barnets overvægt under hensyntagen til den enkelte familiens værdier og mål. Denne viden om familien kan udnyttes i det tværfaglige samarbejde i forhold til at iværksætte tidlige indsatser.

Det anbefales, at den praktiserende læge ved den sidste forebyggende helbredsundersøgelse ved 5-års-alderen udarbejder et statusnotat til den kommunale sundhedstjeneste, såfremt barnet er i gang med at udvikle overvægt eller allerede er overvægtigt, således at der skabes sammenhæng i indsatsen om barnets vægtudvikling. Statusnotatet sendes til den kommunale sundhedstjeneste efter informeret samtykke fra forældrene.

Såvel den praktiserende læge som ansatte i den kommunale sundhedstjeneste er forpligtigede til at samarbejde omkring børn med særlige behov. Det skal gennem koordination sikres, at der etableres et effektivt samarbejde mellem alle relevante parter, herunder også med samarbejdspartnere i regionen. Dette samarbejde kan med fordel beskrives i sundhedsaftalerne og håndtering af statusnotater mellem almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste kan aftales i de kommunale lægelige udvalg (KLU).

Bilag I

Forskrift for højde- og vægtmåling

Højde

Højde registreres i hele centimeter (cm). Der forhøjes fra ,5 således at fx $165,4=165$ cm og $165,5=166$ cm.

Barnet/den unge måles uden sko på, stående med samlede ben op mod en væg og skuende lige frem. Målingen sker med lodret bagkant. Barnet må ikke læne sig op ad eller røre ved noget under målingen⁴.

Vægt

Vægt registreres i kilo (kg) med én decimal. Godkendte vægte er mærket OIML klasse III (romertal).

Barnet/den unge vejes på en godkendt vægt. Barnet vejes uden sko på flade fødder, uden overtøj og uden ting i lommerne⁴.

Bilag II

Kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver og grænseværdier for overvægt og svær overvægt for drenge og piger

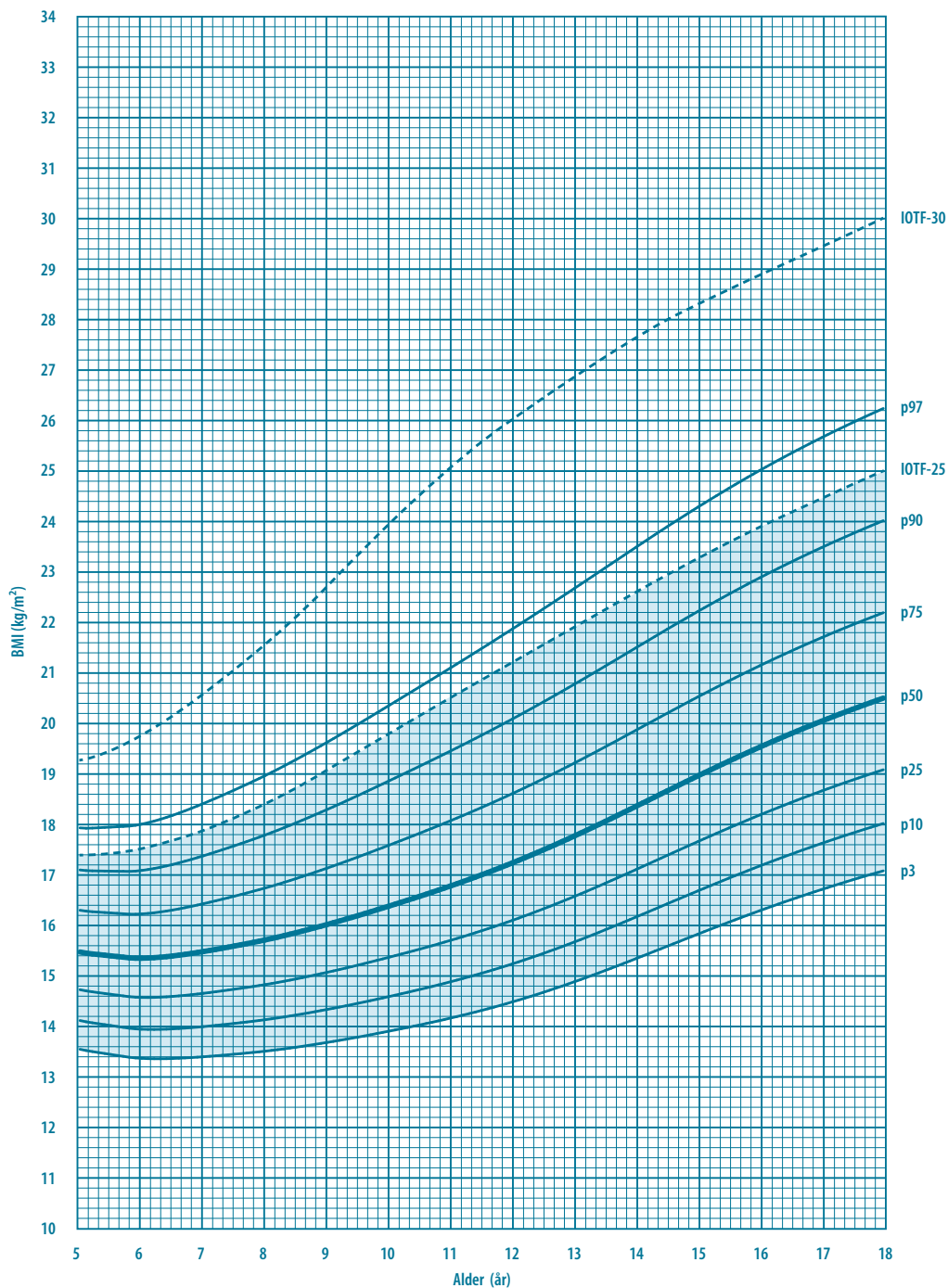
BMI-kurver og grænseværdier er baseret på data fra danske børn og International Obesity Task Force (IOTF)^{87,90-92}.

Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver baseret på danske data⁸⁷ med internationale grænseværdier (ISO-BMI/IOTF)⁹⁰⁻⁹² til definition af overvægt og svær overvægt hos børn og unge i skolealderen. Det er også disse grænseværdier, der anvendes i Sundhedsstyrelsens Børnedatabase.

- Overvægt: BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25
- Svær overvægt: BMI \geq ISO-BMI/IOTF-30

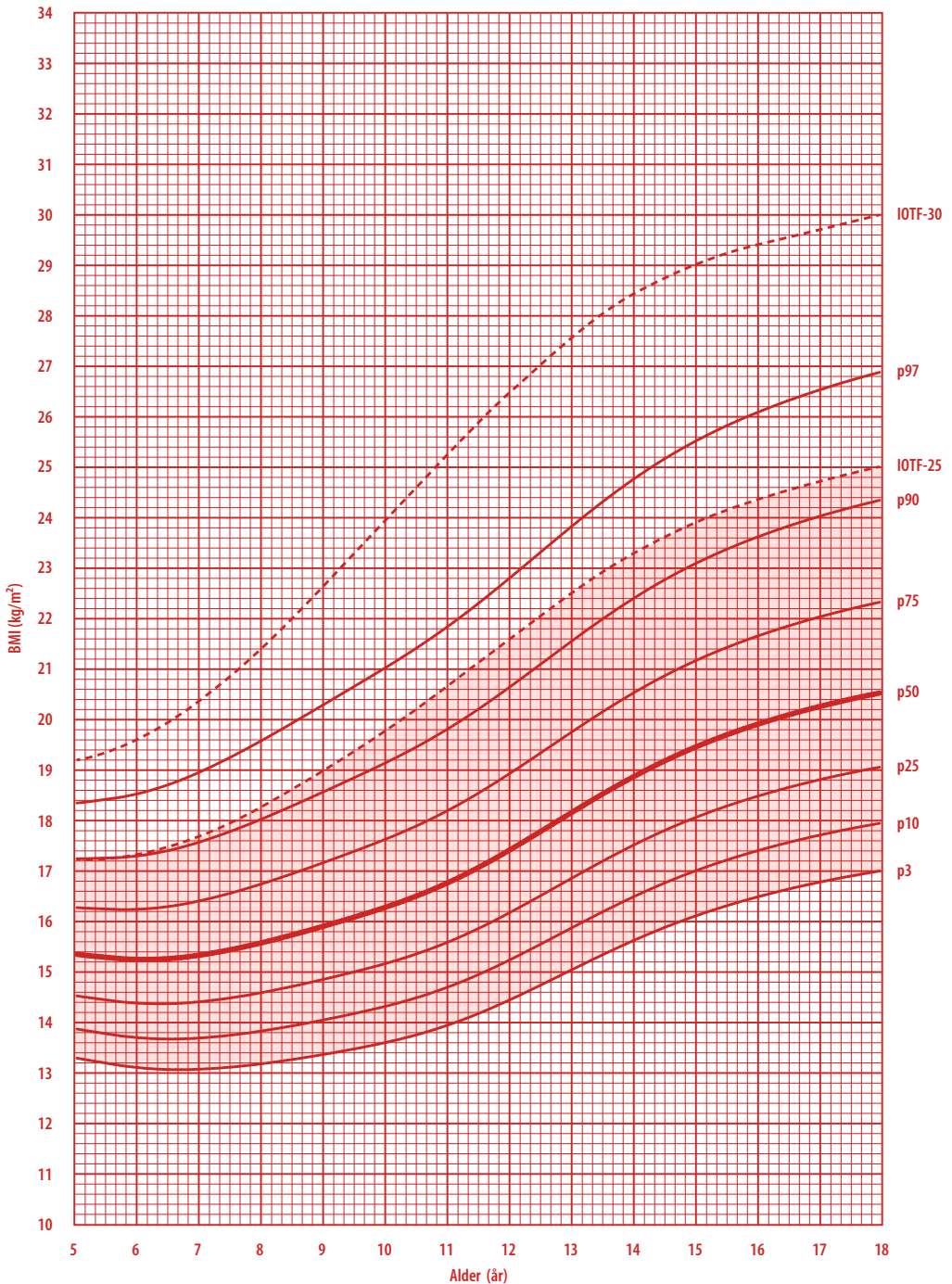
Navn: _____

Fødselsdato: _____



Navn: _____

Fødselsdato: _____



Tabel 1: Grænseværdier for overvægt (ISO-BMI/IOTF-25) og svær overvægt (ISO-BMI/IOTF-30) hos drenge og piger i skolealderen¹³⁴

Alder (år)	ISO-BMI/IOTF-25		ISO-BMI/IOTF-30	
	Drenge	Piger	Drenge	Piger
5	17,39	17,23	19,27	19,20
5,5	17,42	17,25	19,46	19,36
6	17,52	17,33	19,76	19,61
6,5	17,67	17,48	20,15	19,96
7	17,88	17,69	20,59	20,39
7,5	18,12	17,96	21,06	20,89
8	18,41	18,28	21,56	21,44
8,5	18,73	18,63	22,11	22,04
9	19,07	18,99	22,71	22,66
9,5	19,43	19,38	23,34	23,31
10	19,80	19,78	23,96	23,97
10,5	20,15	20,21	24,54	24,62
11	20,51	20,66	25,07	25,25
11,5	20,85	21,12	25,56	25,87
12	21,20	21,59	26,02	26,47
12,5	21,54	22,05	26,45	27,05
13	21,89	22,49	26,87	27,57
13,5	22,24	22,90	27,26	28,03
14	22,60	23,27	27,64	28,42
14,5	22,95	23,60	28,00	28,74
15	23,28	23,89	28,32	29,01
15,5	23,59	24,13	28,61	29,22
16	23,89	24,34	28,89	29,40
16,5	24,18	24,53	29,15	29,55
17	24,46	24,70	29,43	29,70
17,5	24,73	24,85	29,71	29,85
18	25,00	25,00	30,00	30,00

Bilag III

Eksempler på indsatser udgået fra skolesundhedstjenesten

Pige, indskolingsundersøgelse

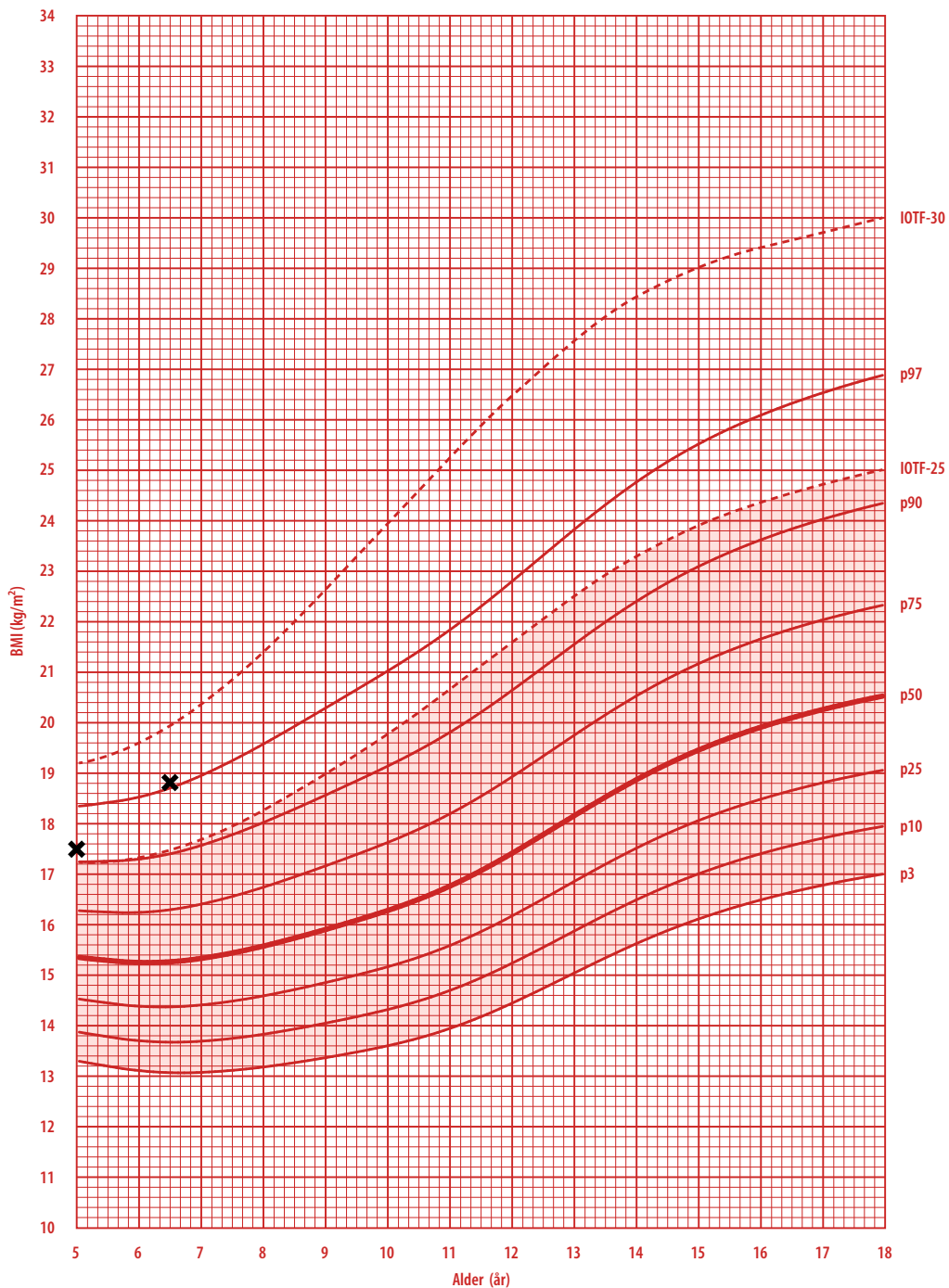
6½ år gammel pige, som var normalvægtig ved 3-års-undersøgelse, med let stigende vægtudvikling frem mod indskolingsundersøgelsen. Begge forældre er overvægtige, pigen har en normalvægtig storebror. Ved 5-års-undersøgelsen var pigens BMI lige over kurven for overvægt (ISO-BMI/IOTF-25). Ved indskolingsundersøgelsen har pigen krydset en percentil og ligger nu lige over 97-percentilen (p97).

Skolesundhedstjenesten inviterer begge forældre til opfølgende samtale, hvor pigen ikke deltager. Der tages efter aftale med forældrene kontakt til praktiserende læge, og det besluttet, at skolesundhedstjenesten tilbyder opfølgende samtaler og vejledning, og at familien henvises til et kommunalt tilbud om fysisk aktivitet for overvægtige børn.

Data:	3 år:	Vægt 15,0 kg	Højde 98,0 cm	BMI 15,6
	4 år:	Vægt 18,6 kg	Højde 105,5 cm	BMI 16,7
	5 år:	Vægt 22,2 kg	Højde 112,5 cm	BMI 17,5
	6,5 år:	Vægt 28,0 kg	Højde 122,0 cm	BMI 18,8

Navn: _____

Fødselsdato: _____



Dreng, 4. klasse

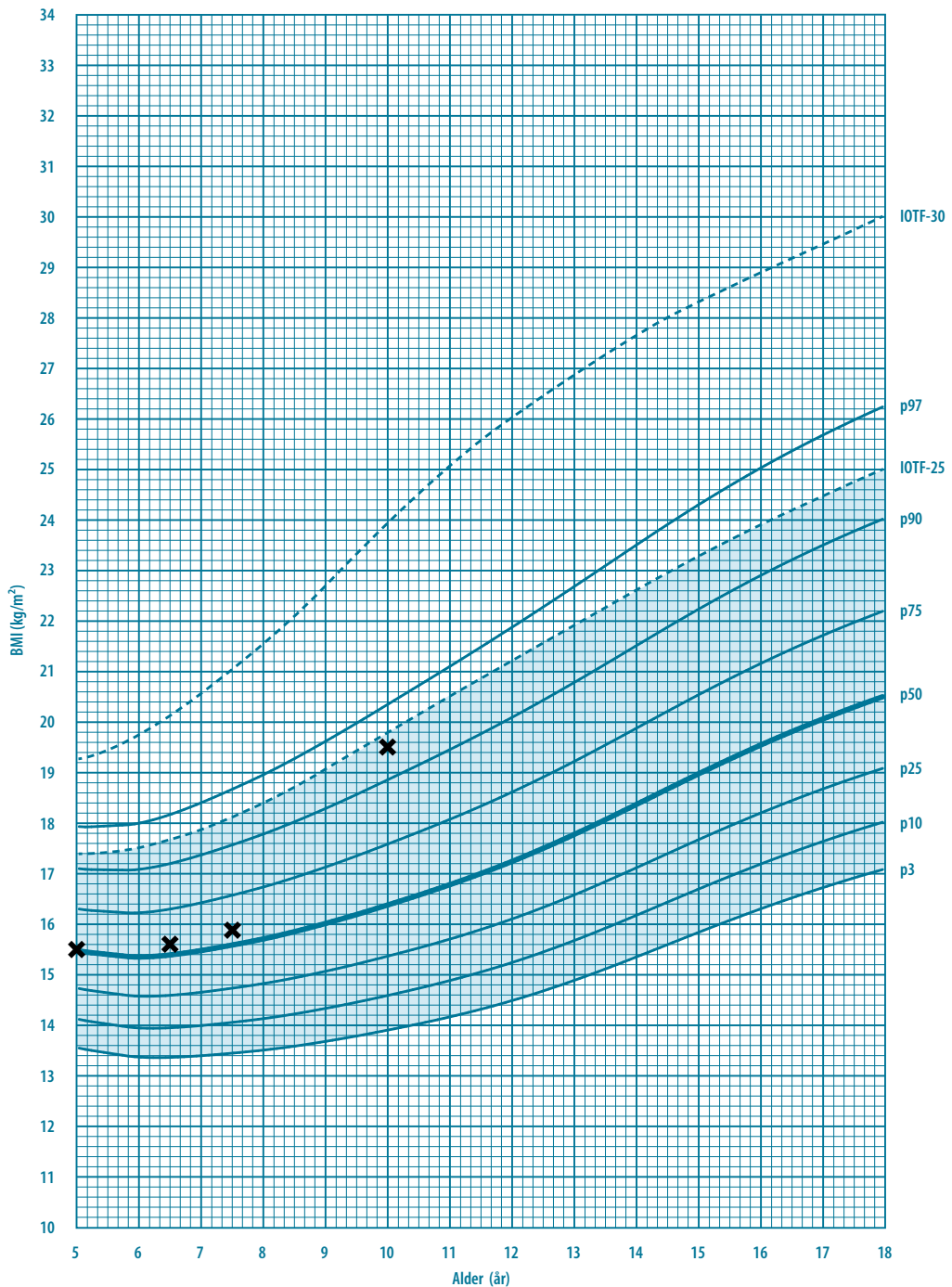
10 år gammel dreng, som gennem småbarnsalderen og ved indskolingen var normalvægtig. Begge forældre er normalvægtige, der er ingen søskende. Ved den rutinemæssige vejning ses, at drengens BMI nu ligger lige under grænsen for overvægt (ISO-BMI/IOTF-25). Hans BMI har således krydset to percentiler. Drengen er flyttet til byen for 9 måneder siden, går ikke til nogen fritidsaktiviteter og har endnu ikke etableret nye venskaber, der har betydning for ham.

Sundhedsplejersken inviterer forældre og dreng til samtale, og det aftales, at sundhedsplejersken i første omgang varetager opgaven monofagligt med rådgivning og vejledning til drengen og hans forældre både sammen og hver for sig.

Data:	5 år:	Vægt	21,2 kg	Højde	117,0 cm	BMI	15,5
	6,5 år:	Vægt	23,2 kg	Højde	122,0 cm	BMI	15,6
	7,5 år:	Vægt	25,9 kg	Højde	127,5 cm	BMI	15,9
	10 år:	Vægt	39,5 kg	Højde	142,5 cm	BMI	19,5

Navn: _____

Fødselsdato: _____



Dreng 9. klasse

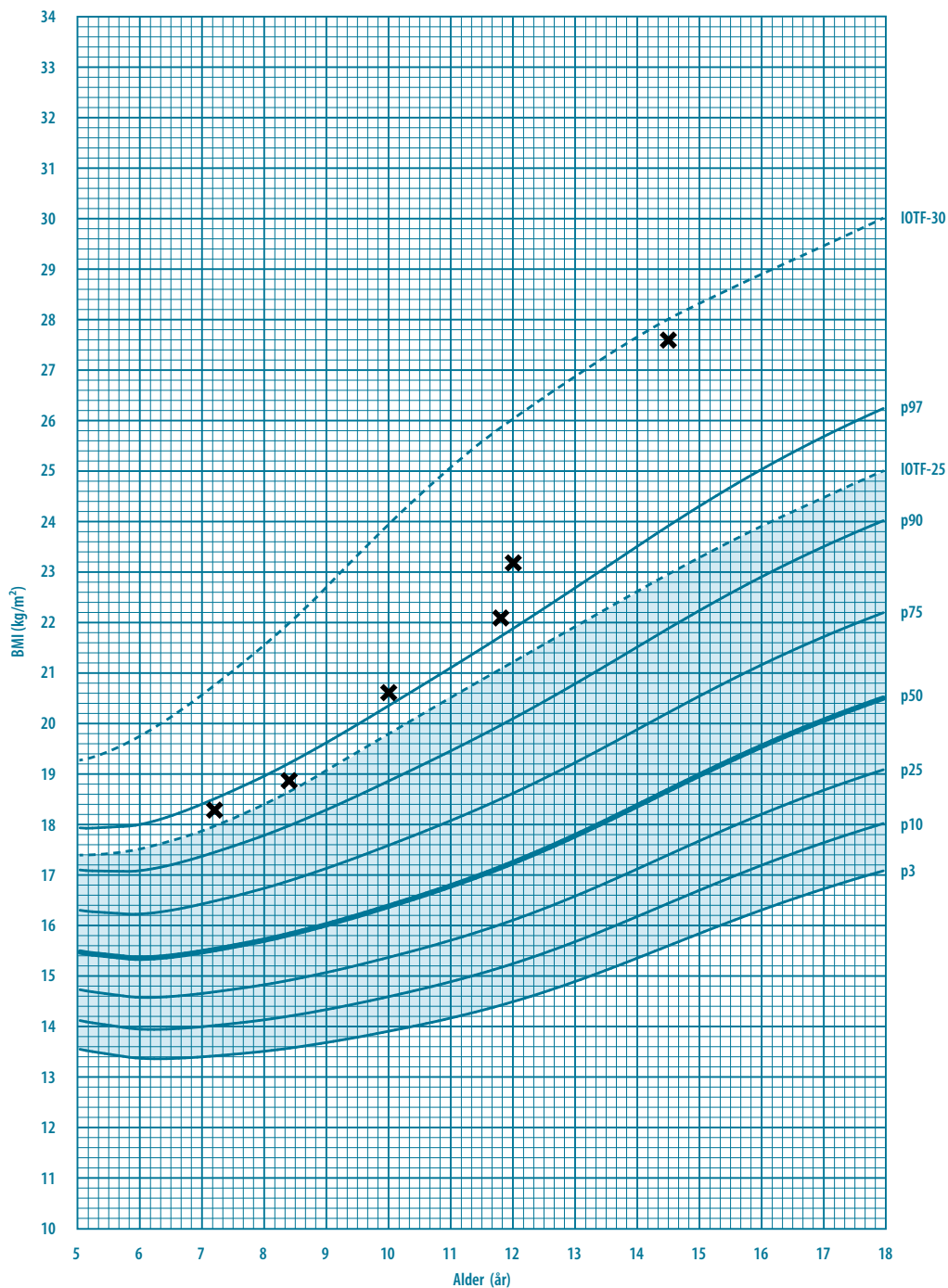
14 år gammel dreng, som gennem hele barndommen har været overvægtig, men det har ikke været muligt for sundhedstjenesten at støtte drengen til vægttab. Egen læge har aldrig været involveret, og drengen er således ikke undersøgt og vurderet somatisk. Mor er svært overvægtig, far er overvægtig, han har to overvægtige søskende. Ved udskolingsundersøgelsen ligger hans BMI på grænsen for svær overvægt (ISO-BMI/IOTF-30). Han er nu stærkt motiveret til vægttab, og begge forældre er indstillet på at støtte op om ham og vil også gerne selv omlægge deres vaner med henblik på vægttab.

Drengen henvises til praktiserende læge med henblik på vurdering og eventuel udredning og behandling. Sundhedstjenesten tilbyder at henvise til tæt opfølgning i kommunalt tværfagligt regi for hele familien.

Data:	7,2 år:	Vægt 29,8 kg	Højde 127,5 cm	BMI 18,3
	8,4 år:	Vægt 34,0 kg	Højde 134,0 cm	BMI 18,9
	10 år:	Vægt 43,0 kg	Højde 144,5 cm	BMI 20,6
	11,8 år:	Vægt 51,5 kg	Højde 152,5 cm	BMI 22,1
	12 år:	Vægt 55,0 kg	Højde 154,0 cm	BMI 23,2
	14,5 år:	Vægt 78,0 kg	Højde 168,0 cm	BMI 27,6

Navn: _____

Fødselsdato: _____



Bilag IV

Personlig sundhedsprofil

Den personlige sundhedsprofil er baseret på originalt materiale¹²⁴.

Navn _____ Alder _____

Adresse _____

Mors mobil-nr. _____ Fars mobil-nr. _____

Mors navn _____

Mors adresse _____

Fars navn _____

Fars adresse _____

Søskendes navn: _____ Alder: _____

Praktiserende læge: _____

Skemaet udfyldes sammen med dine forældre og tages med, næste gang vi skal tale sammen. Hvis du synes, at nogle af spørgsmålene ikke passer til din alder, eller du ikke kan svare, så springer du dem bare over.

Med venlig hilsen

De første spørgsmål handler om dit helbred og dine følelser

Hvor ofte har du? Sæt kryds i skemaet:

	Aldrig	Sjældent	Ca. 1 gang om ugen	Dagligt
Hovedpine				
Mavepine				
Ondt i ryggen				
Svært ved at falde i søvn				
En følelse af hjælpeløshed				

Hvor ofte er du? Sæt kryds i skemaet:

	Aldrig	Sjældent	Ca. 1 gang om ugen	Dagligt
Ked af det				
Irriteret eller i dårligt humør				
Nervøs eller bange				
Svimmel				
Ensom				

Er du tilfreds med dig selv? Ja Nej

Hvis ja: Hvorfor, og hvad er du mest tilfreds med?:

Hvis nej: Hvorfor, og hvad er du mest utilfreds med?:

Er der noget, du kunne tænke dig at lave om på? Hvad og hvordan?

De næste spørgsmål handler om, hvor meget du sover

Hvor mange timer sover du om natten – i hverdagen?

Hvor mange timer sover du om natten – i weekenden?

Er der noget, du kunne tænke dig at lave om på? Hvad og hvordan?

De næste spørgsmål handler om, hvor aktiv du er, og hvad du kan lide at lave i løbet af dagen

Hvilke fritidsaktiviteter kan du lide?

Deltager du i nogen form for sport, fx i en klub eller på et hold?

Har din familie fælles aktiviteter, hvor I er fysisk aktive?

Er du mere eller mindre aktiv end dine venner?

Mere Samme Mindre

Kan du lide at bruge kroppen og være fysisk aktiv?

Ja Nej

Har det altid været sådan for dig?

Ja Nej

Hvis nej: Kan du så huske, hvornår det blev anderledes, og hvorfor det forandrede sig?

Kan du bedst lide at være fysisk aktiv alene eller sammen med venner?

Alene Sammen med venner

Hvornår er du mest aktiv?

I frikvartererne Efter skoletid I weekenden

Hvordan kommer du til og fra skole?

Går Cykler Med bus/tog Jeg bliver kørt i bil

Hvordan er mulighederne for at være fysisk aktiv, der hvor du bor?

Der er mange muligheder

Der er nogle muligheder

Der er næsten ingen muligheder

Der er ingen muligheder

Hvor mange timer om dagen bruger du på at:

Se tv/dvd:

Spille computer:

Sidde stille og fx læse eller snakke
med venner/veninder/forældre:

Er der noget, du kunne tænke dig at lave om på? Hvad og hvordan?

De næste spørgsmål handler om dit forhold til dine venner og skolen

Hvor mange nære venner har du?

Ingen Én To eller flere

Hvor tit er du sammen med dine venner lige efter skoletid?

4-5 dage om ugen 2-3 dage om ugen 1 dag om ugen eller sjældnere

Har ingen venner for tiden

Hvor mange aftner om ugen er du sammen med dine venner?

Har du nogen at tale fortroligt med? (Det kan også være nogen uden for skolen)

Ja Nej

Hvis ja: Hvem?

Føler du dig ensom?

Ja meget ofte Ja ofte Ja af og til Nej

Hvad synes du om skolen for øjeblikket?

Kan meget godt lide den Synes den er nogenlunde

Synes ikke særlig godt om den Kan slet ikke lide den

Hvordan klarer du dig i skolen?

Meget godt Godt Nogenlunde Dårligt

Er der noget, du kunne tænke dig at lave om på? Hvad og hvordan?

De næste spørgsmål handler om mobning

Er du blevet mobbet i skolen dette skoleår?

Er ikke blevet mobbet 1-2 gange Nogle gange 1 gang om ugen
Flere gange om ugen

Har du selv været med til at mobbe andre i dette skoleår?

Slet ikke mobbet andre 1-2 gange Nogle gange 1 gang om ugen
Flere gange om ugen

Nævn noget, du er god til?

Er der noget, du kunne tænke dig at lave om på? Hvilket og hvordan?

De næste spørgsmål handler om rygning og alkohol

Ryger du?

Ja Nej

Hvis ja: Hvor mange cigaretter om dagen?

Drikker du øl eller alkohol?

Ja Nej

Hvis ja: Hvor meget pr. gang?

Antal genstande:

Mere end 3 genstande Mere end 5 genstande

Mere end 10 genstande

Hvis ja: Hvor tit:

1 gang om ugen 2 gange om ugen 3 eller flere gange om ugen

Kender du Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, hvor meget alkohol unge maks. bør drikke?

Ja Nej

Er der noget, du kunne tænke dig at lave om på? Hvad og hvordan?

De næste spørgsmål handler om mad og spisevaner

Hvor tit spiser du? Sæt kryds i skemaet:

	Hver dag	1 dag om ugen	2-4 dage om ugen	5-6 dage om ugen	Aldrig
Frugt					
Grøntsager					
Morgenmad					
Frokost i skolen					
Frokost efter skoletid					
Aftensmad					
Usundt – fx kager, is, slik, chips					
Hvor tit drikker du mælk?					
Hvor tit drikker du sodavand/juice?					

Hvis du drikker mælk, hvilken mælk drikker du så?

Skummetmælk Minimælk Kærnemælk Letmælk Sødmælk

Hvis du drikker mælk, hvor meget drikker du så om dagen:

Hvis du drikker sodavand hver dag eller flere dage om ugen, hvor meget drikker du så cirka om dagen?

½ liter 1 liter Mere end 1 liter

Hvornår er du mest sulten?

Sæt kryds i skemaet:

Morgen	
Frokost	
Eftermiddag	
Aftensmad	
Efter aftensmad	

Spiser du, når du keder dig?

Ja Nej

Er du kræsen?

Ja Nej

Er du selv med til at købe ind?

Ja Nej Nogle gange

Er du selv med til at lave mad?

Ja Nej Nogle gange

Er der noget, du gerne vil lave om på ved dine mad-, spise- og spisevaner?

Ja Nej

Hvis ja: Hvad vil du gerne lave om på?

Til sidst et par spørgsmål om din højde og vægt

Har du tidligere forsøgt at tabe dig?

Ja Nej

Hvis ja: Hvad gjorde du?

Fik du hjælp af nogen?

Ja Nej

Hvis ja: Hvem fik du så hjælp af?

Hvor høj er du? cm

Hvad vejer du? kg

Tak fordi du gav dig tid til at svare på alle spørgsmålene. Vi skal bruge dine svar, når vi sammen skal finde ud af, hvilken hjælp og støtte du og din familie har brug for, når du skal tabe dig.

Venlig hilsen

Bilag V

Model for samarbejde mellem kommuner og Julemærkehjemmene

Målet for samarbejdet mellem kommuner og Julemærkehjemmene er at sikre, at børnene får det størst mulige udbytte af parternes indsats og de resurser, der investeres. Samarbejdet mellem kommuner og Julemærkehjemmene er samtidig et samarbejde med familien og skal ske med familiens accept. Samarbejdsmodellen skal sikre en kommunikation, der giver en sammenhængende indsats i forhold til det enkelte barn. Modellen er struktureret, så den kan fungere i alle kommuner uanset serviceniveau. Kommunen kobler sig på samarbejdsmodellen ud fra de servicetilbud og prioriteringer, der er mulige i kommunen.

I hver kommune er der en tovholder. Tovholderen er Julemærkehjemmets faste kontakt i kommunen. Tovholderen udpeger barnets kontaktperson, der efterfølgende arbejder videre med barnet og familien.

Julemærkehjemmene inviterer kontaktpersoner og tovholdere til netværksmøde en gang årligt. På netværksmøderne vil der være mulighed for erfaringsudveksling imellem Julemærkehjemmet og kommunerne og kommunerne indbyrdes. Målet med møderne er at inspirere hinanden, udveksle metoder og få en dialog om, hvordan vi bedst kan hjælpe børnene.

Ansøgning

I ansøgningen tager forældrene stilling til, om de vil være med i samarbejdet med kommunen, og skriver under. Julemærkefonden følger op på de familier, der ikke ønsker samarbejdet og taler med familien om, at samarbejdet er en hjælp.

Optagelse

Når barnet bliver optaget på et Julemærkehjem, sender Julemærkefonden et brev/mail til tovholderen i kommunen om optagelsen og om, hvor lang tid det vare, inden barnet kan starte. Brevet indeholder en kopi af ansøgnings-skemaet samt et dokument, der skal sendes til Julemærkehjemmet.

Udpegelse af kontaktperson

Tovholderen i kommunen udpeger en kontaktperson og sender overstående dokument til Julemærkehjemmet. I dokumentet står der, hvem kontaktpersonen er, og hvilke aktiviteter kommunen tilbyder familien og barnet i forbindelse med forløbet på Julemærkehjemmet. Tovholder og kontaktperson kan tage initiativ til at udsætte barnets ophold, hvis det skønnes, at barnet

vil profitere af det. F.eks. hvis barnet afbryder et behandlingstilbud i kommunen. En udsættelse af opholdet skal ske i et samarbejde mellem familien, Julemærkehjemmet og kommunen.

Indkaldelse

Når Julemærkehjemmet indkalder familien til forbesøg, sendes samtidigt brev/mail til tovholder, der videresender til kontaktpersonen. Brevet indeholder oplysninger om, hvem der er barnets kontaktpædagog på Julemærkehjemmet samt datoer for følgende: forbesøg, infodag, opholdets start og afslutning, forældredag samt opfølgningsdagen.

Forbesøg

På barnets forbesøg ca. 2 måneder før opholdets start taler kontaktpædagogen med familien om samarbejdet med kommunerne. På forbesøget får familien udleveret ”Familiens bog”, der kommer til at følge barnet igennem hele forløbet.

Barnets ophold

Under barnets ophold på Julemærkehjemmet er kontaktpersonen meget velkommen til at besøge barnet på Julemærkehjemmet. Der er mulighed for at deltage i afslutningssamtalen eller andre relevante samtaler i løbet af opholdet.

Afslutning på barnets ophold

Kopi af udtalelse fra Julemærkehjemmet samt handleplan udarbejdet i samarbejde med familien sendes til tovholderen, der videresender den til kontaktpersonen. Udtalelsen samt handleplanen skal fokusere på, hvordan familien fremadrettet kan støtte den udvikling, barnet har haft på Julemærkehjemmet. Foruden kost og motion skal der i udtalelse og handleplan være stor vægt på barnets trivsel. I udtalelsen skal Julemærkehjemmene formidle erfaringer med barnet og komme med fremadrettede anbefalinger. Udtalelse og handleplan skal sendes hurtigt efter, barnet har afsluttet sit ophold. Familien opfordres til at drøfte handleplanen med kontaktpersonen.

Efter opholdet

Efter behov og med familien samtykke er der en dialog mellem Julemærkehjemmet og kontaktpersonen lige efter, barnet har afsluttet opholdet. F.eks. kan kontaktpædagogen, på eget eller kontaktpersonens initiativ, uddybe vigtige ting i udtalelsen eller handleplanen.

Opfølgning

I forbindelse med opfølgningsdagen på Julemærkehjemmet, der ligger 4-6 uger efter afsluttet ophold, er der en dialog mellem kontaktpersonen og Julemærkehjemmene, hvis der er behov. Kontakten skal tages senest en uge efter opfølgningen. Initiativet kan tages både af kontaktpersonen og Julemærkehjemmet.

Bilag VI

Laminatark

Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen

Obligatoriske måle- og vejtidspunkter for alle børn

Barnet/den unge vejes og måles som minimum:

- ved indskolingsundersøgelsen
- i 1. klasse
- midt i skoleforløbet i 4., 5. eller 6. klasse
- ved udskolingsundersøgelsen.

Behovsundersøgelser og samtaler med forældre

Barnet/den unge og forældrene tilbydes ekstra undersøgelser af højde- og vægtudviklingen:

- når barnet/den unge eller forældrene selv ønsker det (via åben konsultation)
- når kurven krydser en percentil opad siden sidste vejning. Der tilbydes kontrol af højde- og vægtudviklingen *indenfor 3 måneder* efter aftale med forældrene, som umiddelbart informeres og tilbydes samtale
- hvis kurven har krydset to percentiler siden sidste vejning. Forældrene informeres umiddelbart og indkaldes til samtale. Denne afholdes *indenfor 1 måned*, hvor også højde- og vægtudviklingen kontrolleres.

Henvielse til praktiserende læge

Sundhedsplejerske/kommunallæge henviser til praktiserende læge i følgende tilfælde:

- Mistanke om syndrom, herunder dyskrine træk, eller anden somatisk årsag til overvægten
- Vigende højdetilvækst
- Forsinket psykomotorisk udvikling
- Mistanke om spiseforstyrrelse
- Mistanke om komplikationer forårsaget af overvægten
- Kønsspecifik og aldersrelateret ISO-BMI/IOTF ≥ 30 (svær overvægt)
- Hurtigt stigende BMI, svarende til to eller flere percentiler *indenfor 6 måneder*
- Kønsspecifik og aldersrelateret ISO-BMI/IOTF ≥ 25 ved samtidig familær disposition overfor to eller flere af følgende diagnoser: type 2-diabetes, hypertension, hyperlipidæmi, metabolisk syndrom, hjerte-kar-sygdom, svær overvægt.

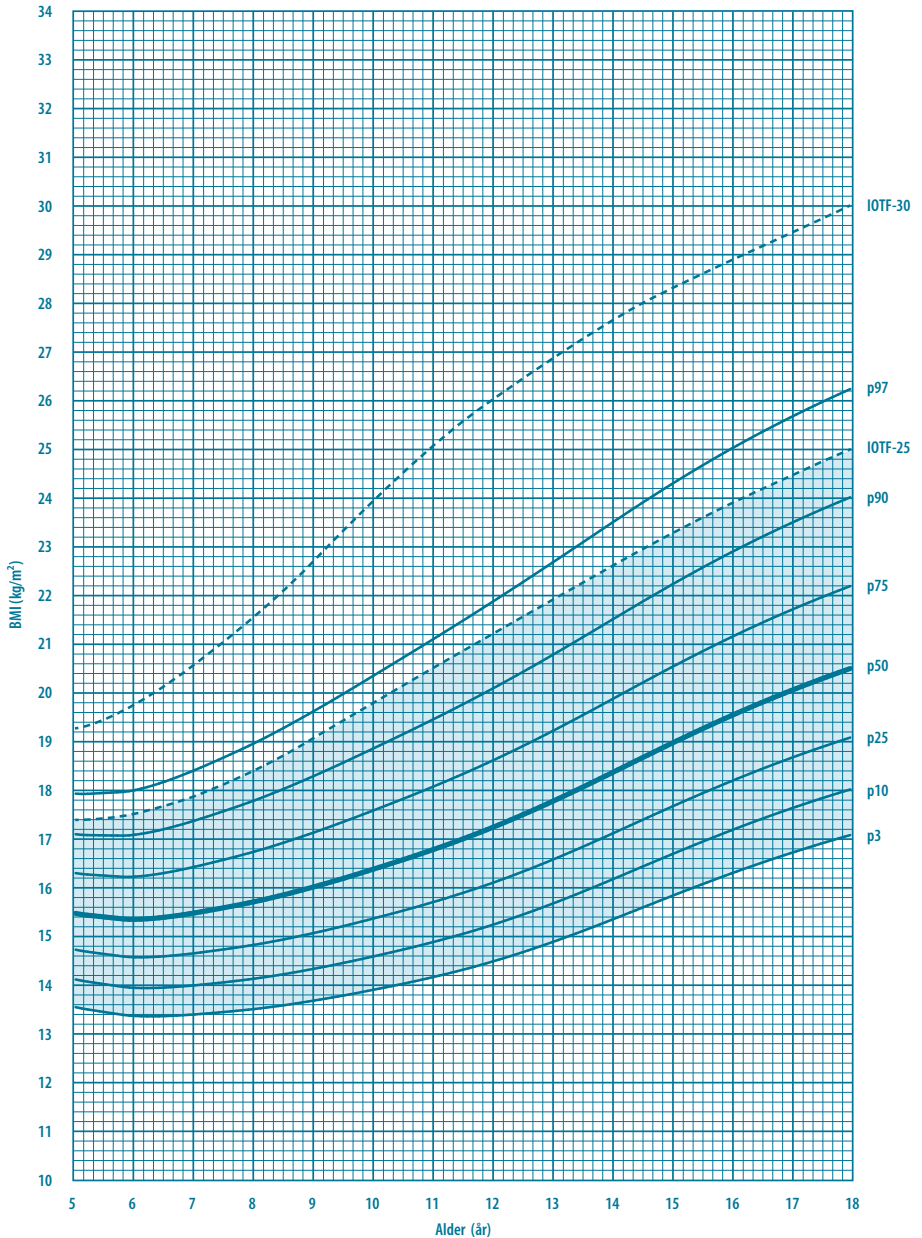
Såfremt sundhedsplejersken alene har opsporet den u hensigtsmæssige vægtudvikling, kan sundhedsplejersken drøfte den videre udredning med kommunallægen før eventuel henvisning til praktiserende læge.

Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen

TRIN 1	
Vurder vægtudviklingen	Mål og vej barnet i henhold til forskrifterne, udregn BMI og plot ind på kurve. Vurder vægtudviklingen i forhold til tidligere. Sammenhold med det kliniske skøn.
Trin 1a	
Normal vægtudvikling	Fortsat kontrol i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning og kommunens forebyggende tilbud i skolen.
Trin 1b	
Sundhedstruende vægtudvikling	ISO-BMI/IOTF ≥ 25 tyder på overvægt – til trin 2 ISO-BMI/IOTF ≥ 30 tyder på svær overvægt – til trin 2 ISO-BMI/IOTF < 25 , men hvor barnet har krydset en percentil siden sidste undersøgelse – til trin 2 og trin 2a ISO-BMI/IOTF < 25 , men hvor barnet har krydset to percentiler siden sidste undersøgelse – til trin 2 og trin 2b ISO-BMI/IOTF ≥ 25 kontakter forældrene, tilbyder samtale med henblik på at afklare, hvilket tilbud familien skal have i kommunalt eller regionalt regi, evt. via praktiserende læge.
TRIN 2	
Vurder årsagen til vægtudviklingen	Tal med barnet og forældrene om trivsel, vaner og livsstil. Vurder vægtudvikling i 0-5-års-alderen og i skolealderen frem til undersøgelsestidspunktet. Vær opmærksom på socialt udsatte familier, familier med anden etnisk baggrund end dansk, børn, der mistrives fx pga. mobning, børn med overvægtige forældre eller søskende, samt børn med spiseforstyrrelser.
Trin 2a	
Vurder hvilken indsats, der er påkrævet	ISO-BMI/IOTF < 25 , men har krydset en percentil – kontakt forældrene, tilbyd rådgivende samtale og højde-vægt-kontrol <i>indenfor 3 måneder</i> .
Trin 2b	
Vurder hvilken indsats, der er påkrævet	ISO-BMI/IOTF < 25 , men har krydset to percentiler – kontakt forældrene, tilbyd rådgivende og afklarende samtale <i>indenfor 1 måned</i> .
TRIN 3	
Vurder vægt-relaterede symptomer/sygdomme	Vurder i hvilket omfang barnets trivsel er påvirket. Vurder i hvilket omfang barnet er i risiko for at udvikle vægtrelaterede følgesygdomme.
TRIN 4	
Beslut niveauet for indsatsen	Vurder, evt. i et samarbejde mellem kommunallæge og sundhedsplejersken, hvorvidt der skal ske henvisning til praktiserende læge, eller om indsatsen kan ske alene i skolesundhedstjenestens eller i andet kommunalt regi.
TRIN 5	
Fastlæg strategien for indsatsen	Vurder forældrenes motivation. Hvordan inddrages forældrene bedst muligt? Hvor tages fat? På motivation, trivsel, mad og drikke, fysisk aktivitet, andet ... ? Hvilke metoder skal anvendes? Herunder sundhedspædagogiske overvejelser. Hvordan inddrages og ansvarliggøres barnet bedst muligt i forhold til alder, forældrenes motivation, søskende m.m.? Hvilke samarbejdspartnere skal aktiveres? Og hvornår?
TRIN 6	
Præsenter tilbud om støtte for familien. Drøft succeskriterier	Afklar roller og forventninger mellem barnet og forældrene og mellem familien og sundhedsplejersken. Præsenter såvel sundhedstjenestens tilbud som supplerende tilbud i kommunen for barnet og forældrene. Beslut sammen succeskriterierne, både trivsels- og vægtrelaterede.
TRIN 7	
Gennemgå planen med barnet og forældrene	Lav aftaler for den nærmeste fremtid. Inviter til, at planen altid kan ændres i dialog med sundhedstjenesten. Læg en plan for evaluering i nær fremtid og i en lidt fjernere fremtid.

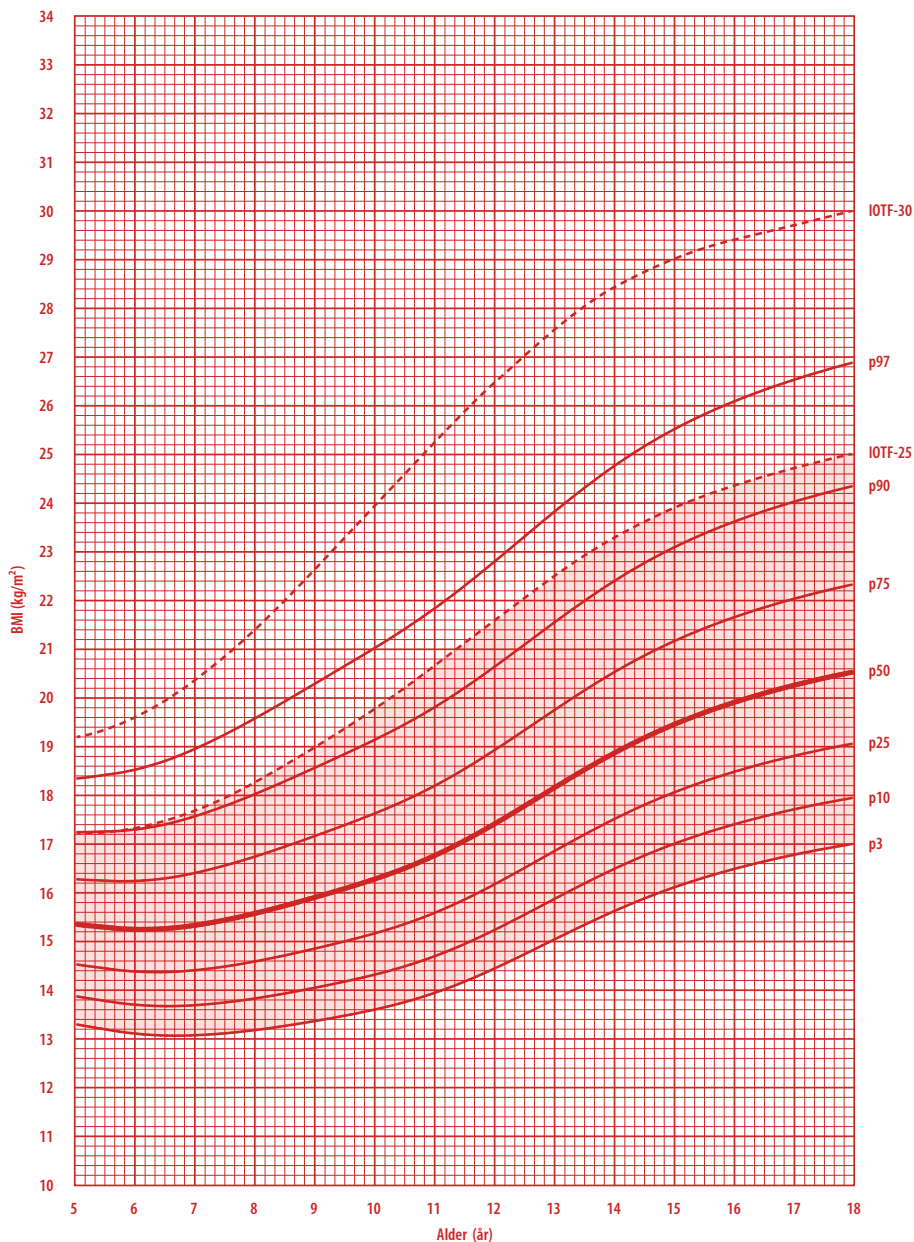
Navn: _____

Fødselsdato: _____



Navn: _____

Fødselsdato: _____



Litteratur

- 1 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. LBK nr. 913 af 13/07/2010. Bekendtgørelse af sundhedsloven. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2010. www.retsinformation.dk
- 2 Baker J, Farpour-Lambert NJ, Nowicka P, Pietrobelli A, Weiss R. Evaluation of the Overweight/Obese Child – Practical Tips for the Primary Health Care Provider: Recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity. *Obesity Facts* 2010;3(2):131-7.
- 3 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. BEK nr. 1344 af 03/12/2010. Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2010. www.retsinformation.dk
- 4 Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelse; 2011.
- 5 Gibson LY, Byrne SM, Davis EA, Blair E, Jacoby P, Zubrick SR. The role of family and maternal factors in childhood obesity. *Med J Aust* 2007;186(11):591-5.
- 6 Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: A prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr* 2004;145:20-5.
- 7 Brødsgaard A. A Childhood with or without overweight. Mother's action competence, health behaviour and relationships with their children. Ph.d.-afhandling. Odense: Syddansk Universitet; Odense 2011
- 8 Videncenter for Sundhed og Trivsel, Børn og Unge. Fedt for Fight – skolestarter. Evalueringsrapport med fokus på metode. Århus: Videncenter for Sundhed og Trivsel; 2010.
- 9 Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: A crisis in public health. *Obes Rev* 2004;5(1):4-85.
- 10 Mølgaard C. Børn og unge. I: Adipositas – sygdom, behandling og organisation. Svendsen OL, Astrup A & Hansen GS (red). København: Munksgaard; 2011, s. 238-48.
- 11 Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
- 12 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. BEK nr. 581 af 23/05/2011. Bekendtgørelse om kommunernes indberetning af oplysninger om børns sundhed til Sundhedsstyrelsen. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2011. www.retsinformation.dk
- 13 Servicestyrelsen. Med familiens hjælp er det slet ikke så hårdt... En evaluering af Julemærkefondens projekt om udvidet forældresamarbejde og kommunal opfølgning omkring overvægtige børn. Projekt Drivkraft. København: Servicestyrelsen; 2008.
- 14 Nielsen HIT, Poulsen KT, Jensen M, Hansen TF. Når vægten gør glad. Professionsbachelorprojekt. Holstebro: VIA University College; 2010.
- 15 Reilly JJ. Obesity ion childhood and adolescence: Evidence based clinical and public health perspectives. *Postgrad Med J* 2006;82(969):429-37.

- 16 Plauborg H. De fede interesserer sig ikke for måltider. Tema om krop og kultur. Om Lindelof As ph.d.-studie. Augustus 2010;1:19-21.
- 17 Lindelof A, Nielsen CV, Pedersen BD. Obesity treatment – more than food and exercise: A qualitative study exploring obese adolescents' and their parents' views on the former's obesity. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 2010;5:5073-83.
- 18 Wille N et al. Health-related quality of life in overweight and obese youths: Results of a multicenter study. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:36-43.
- 19 Luttikhuis HO et al. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD001872.
- 20 From D-M. De sunde overvægtige børn. Sundhedspædagogiske potentialer i arbejdet med overvægtige børn. Ph.d.-afhandling. Roskilde: Institut for psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet; 2012.
- 21 Grønbæk HN. "We've always eaten healthily". Family Narratives About Causes of Their Child's Obesity and Their Motivation for Taking Action. *Nordic Psychology* 2008;60(3):183-208.
- 22 Zeller MH, Reiter-Purtill J, Modi AC, Gutzwiller J, Vannatta K, Davies WH. Controlled Study of Critical Parent and Family Factors in the Obesigenic Environment. *Obesity* 2007;15(1):126-36.
- 23 Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic Status and Adiposity in Childhood: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies 1990-2005. *Obesity* 2008;16(2): 275-84.
- 24 Groth MV, Christensen LM, Knudsen VK, et al. Sociale forskelle. Børns kostvaner, fysiske aktivitet og overvægt & Voksnes kostvaner. Søborg: DTU Fødevareinstituttet; 2013.
- 25 Madsen SA, Grønbæk HN, Olsen H. Psykologiske aspekter ved overvægt. *Ugeskr Laeger* 2006;168(2):194-6.
- 26 Mellin AE, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M, Resnick MD. Unhealthy Behaviors and Psychosocial Difficulties Among Overweight Adolescents: The Potential Impact of Familial Factors. *J Adolesc Health* 2002;31(2):145-53.
- 27 Hendy HM. (2009). Research report the Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight. *Appetite* 2009;52(2):328-39.
- 28 Lissau I, Sorensen TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet* 1994;343(8893):324-7.
- 29 Anderson SE, Gooze RA, Lemeshow S, Whitaker RC. Quality of Early Maternal-Child Relationship and Risk of Adolescent Obesity. *Pediatrics* 2012;129(1):132-40.
- 30 Cambridge University Press . *Child and Adolescent Obesity. Causes and Consequences, Prevention and Management.* Burniat W, Cole TJ, Lissau I, Poskitt EME (eds). Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- 31 Wardle J, Volz C, Golding C. Social variation in attitudes to obesity in children. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995;19(8):562-9.
- 32 Richardson SA. Research report. Handicap, appearance and stigma. *Soc Sci Med* 1971;5(6):621-8.

- 33 Latner JD, Stunkard AJ. Getting Worse: The Stigmatization of Obese Children. *Obes Res* 2003;11(3):452-6.
- 34 Richardson SA, Goodman N, Hastorf AH, Dornbusch SM. Cultural Uniformity in Reaction to Physical Disabilities. *Am Sociol Rev* 1961;26(2):241-7.
- 35 Sundhedsstyrelsen. Sundhedsmæssige aspekter af fysisk aktivitet hos børn – et treårigt forsøg i to kommuner ved København: Ballerup og Tårnby. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 36 Ørntoft JK, Madsen B (red). Overvægt. 21 børn og unge skriver om at være overvægtig. Vejle: Kroghs Forlag A/S; 2005.
- 37 Grønback HN og Holm J-C. Psykologiske konsekvenser af svær overvægt hos teenagere. *Ugeskr Læger* 2011;173(25):1785-91.
- 38 Sundhedsstyrelsen. Temarapport om børn og overvægt. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- 39 Hilbert A. The Burden of the Burden: Current Advances in Weight Stigma Research. *Obes Facts* 2010;3(1):5-6.
- 40 Sundhedsstyrelsen. Skolesundhedsarbejde – håndbog til sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
- 41 Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke Mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- 42 Niclasen BV-L. Overvægt og fedme. Sociale følger, holdninger, selvværd og livskvalitet med fokus på børn og unge. *Ugeskr Læger* 2005;167(10):1145-8.
- 43 Wardle J, Cooke L. The impact of obesity on psychological well-being. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2005;19(3):421-40.
- 44 Schibye B, Klausen K. Menneskets fysiologi. Hvile og arbejde. (2. udgave). København: FADL's forlag A/S; 2007.
- 45 Rivera NF, Eisenstein E, Cardoso CBMA. The relation between pubertal gynecomastia and body mass index in a sample of adolescents attended at the Outpatient Health Unit of a University Hospital. (In Portuguese). *Arq Bras Endocrinol Metab* 2009;53(4):435-9.
- 46 Rosen H et al. Adolescent Gynecomastia: Not Only an obesity Issue. *Ann Plast Surg* 2010;64(5):688-90.
- 47 Cortese S et al. The Relationship between Body Mass Index and Body Size Dissatisfaction in Young Adolescents: Spline Function Analysis. *J Am Diet Assoc* 2010 Jul;110(7):1098-102.
- 48 Center for forskning i børns sundhed, Syddansk Universitet. En undersøgelse af 7.-9. klasse elevers livsstil og sundhedsvaner i Odense Kommune. Folkeskoleundersøgelse Odense Kommune 2009. Odense: Center for forskning i børns sundhed, Syddansk Universitet; 2009.
- 49 Bazargan-Hejazi S, Alvarez G, Teklehaimanot S, Nikakhtar N, Bazargan M. Prevalence of Depression Symptoms among Adolescents Aged 12-17 Years in California and the Role of Overweight as a Risk Factor. *Ethn Dis* 2010;20(Suppl 1):S1-107-S1-115.
- 50 van den Berg P, Neumark-Sztainer D. Fat'n Happy 5 Years Later: Is It Bad for Overweight Girls to Like Their Bodies? *J Adolesc Health* 2007;41(4):415-7.

- 51 Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents. *JAMA* 2003;289(14):1813-9.
- 52 Swallen KC, Reither EN, Haas SA, Meier AM. Overweight, Obesity, and Health-Related Quality of Life Among Adolescents: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics* 2005;115(2):340-7.
- 53 Christensen MB, Christensen AB. Jeg har tabt mig – men hvad skete der egentlig? Bacheloropgave. Odense: Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet; 2008. (Ikke publiceret, rekvireres hos mebc@odense.dk eller andreas.bolding@gmail.com).
- 54 Center for Sundhed, Odense Kommune. Statusrapport Camp Fanø 2010. Odense: Børne- og Familieafdelingen, Center for Sundhed, Odense Kommune; 2011.
- 55 Braet C, Tanghe A, De Bode P, Franckx H, Van Winckel M. Inpatient treatment of obese children: a multicomponent programme without stringent calorie restriction. *Eur J Pediatr* 2003;162:391-6.
- 56 Edwards C et al. Family-based behavioural treatment of obesity: acceptability and effectiveness in the UK. *Eur J Clin Nutr* 2006;60:587-92.
- 57 Epstein LH, Valoski A, Wing RR, McCurley J. Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychol* 1994;13(5):373-83.
- 58 Flodmark C-E, Ohlsson T, Rydén O, Sveger T. Prevention of progression to severe obesity in a group of obese schoolchildren treated with family therapy. *Pediatrics* 1993;91(5): 880-4.
- 59 Golan M, Crow S. Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. *Obes Res* 2004;12:357-61.
- 60 Jeffery RW et al. Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychol* 2000;19(1) (Suppl 1):5-16.
- 61 Korsten-Reck U, Kromeyer-Hauschild K, Wolfarth B, Dickhuth H-H, Berg A. Freiburg Intervention Trial for Obese Children (FITOC): results of a clinical observation study. *Int J Obes* 2005;29(4):356-61.
- 62 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. LBK nr. 1093 af 05/09/2013, § 153. Serviceloven. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2013. www.retsinformation.dk
- 63 Morgan A. Narrative samtaler. En introduktion. København: Hans Reitzels Forlag; 2005 (dansk udgave), s. 41-58.
- 64 Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;12:CD001871.
- 65 Papadaki A et al. The Effect of Protein and Glycemic Index on Children's Body Composition: The DiOGenes Randomized Study. *Pediatrics* 2010;126(5):e1143-e1152.
- 66 Larsen TM et al. Diets with High or Low Protein Content and Glycemic Index for Weight-Loss Maintenance. *N Engl J Med* 2010;363:2102-13.
- 67 Brødsgaard A. A Childhood with or without overweight. Mother's action competence, health behaviour and relationships with their children. Ph.d.-afhandling. Odense: Syddansk Universitet; Odense 2011.
- 68 Christensen VT. Weight, Class and Gender. A Sociological Analysis of Weight and Weight Perception using Bourdieu's Concept of Lifestyle and Micro-econometric Methods. Ph.d.-afhandling. København: Sociologisk Institut, 2010.

- 69 Københavns Kommune. Børnesundhedsprofil for Københavns Kommune 2009. Sundhed og trivsel 3- og 6-årige. Grundrapport. København: Københavns Kommune; 2011.
- 70 Miller RW, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing people for change. London: The Guilford Press; 2002.
- 71 Bandura A (ed). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.; 1977.
- 72 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.
- 73 Wadden TA et al. Obesity in Black Adolescent Girls: A Controlled Clinical Trial of Treatment by Diet, Behavior Modification, and Parental Support. *Pediatrics* 1990;85(3):345-52.
- 74 Epstein LH, Wing RR, Koeske R, Andrasik F, Ossip DJ. Child and Parent Weight Loss in Family-Based Behavior Modification Programs. *J Consult Clin Psychol* 1981;49(5):674-85.
- 75 Epstein LH, Wing RR, Valoski A, Penner BC. Stability of Food Preferences During Weight Control. A Study with 8- to 12-Year-Old Children and Their Parents. *Behav Modif* 1987;11(1):87-101.
- 76 McLean N, Griffin S, Toney K, Hardeman W. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: A systematic review of randomized trials. *Int J Obes* 2003;27(9):987-1005.
- 77 Epstein LH, McCurley J, Wing RR, Valoski A. Five-Year Follow-Up of Family-Based Behavioral Treatments for Childhood Obesity. *J Consult Clin Psychol* 1990;58(5):661-4.
- 78 Daniels SR et al. Overweight in Children and Adolescents: Pathophysiology, Consequences, Prevention, and Treatment. *Circulation* 2005;111(15):1999-2012.
- 79 Billeskov T. Overvægt blandt børn i Ishøj Kommune. *Ugeskr Laeger* 2005;167(12):1380.
- 80 Coolidge JAS, Herner EB, Bülow SLM, Biering-Sørensen S. Overvægt og livsstil hos 5-8-årige. *Ugeskr Laeger* 2010;172(37):2535.
- 81 Pearson S, Broløs EJ, Herner EB, Hansen B, Olsen BS. Screening Copenhagen school children at risk of type 2 diabetes mellitus using random capillary blood glucose. *Acta Paediatr* 2007;96(6):885-9.
- 82 Sundhedsstyrelsen. Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 83 Singhammer J. Etniske minoriteters sundhed. Århus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland; 2008.
- 84 Sundhedsstyrelsen. Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Et registerstudie. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 85 Andersen E, Hutchings B, Jansen J, Nyholm M. Højde og vægt hos danske børn. *Ugeskr Laeger* 1982;144:1760-5.

- 86 Andersen E, Andersen H, Hutchings B, Peitersen B, Rosen J, Thamdrup E, Wichmann R, Nyholm M. Højde og vægt hos danske skolebørn 1971-1972. *Ugeskr Læger* 1974;136:2796-802.
- 87 Nysom K, Mølgaard C, Hutchings B, Michaelsen KF. Body mass index of 0 to 45-y-old danes: Reference values and comparison with published European reference values. *Int J Obes* 2001;25(2):177-84.
- 88 World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 2000.
- 89 Dansk Selskab for Almen Medicin og Sundhedsstyrelsen. Klinisk vejledning for almen praksis. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. Dansk Selskab for Almen Medicin og Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning; 2006.
- 90 Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320(7244):1240-3.
- 91 Cole TJ, Lobstein T. Extended International (IOTF) Body Mass Index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012;7(4):284-94.
- 92 Extended International (IOTF) Body Mass Index cut-offs for thinness, overweight and obesity in children. www.iaso.org/resources.
- 93 Cawley J, Spiess CK. Obesity and Skill Attainment in Early Childhood. *Econ Hum Biol* 2008;6(3):388-97.
- 94 Braet C, Beyers W. Subtyping Children and Adolescents Who Are Overweight: Different Symptomatology and Treatment Outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(5):814-24.
- 95 Terracciano A et al. Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosom Med* 2009;71(6):682-9.
- 96 Medina-Lezama J et al. Optimal definitions for Abdominal Obesity and the Metabolic Syndrome in Andean Hispanics: The PREVENCIÓN study. *Diabetes Care* 2010;33(6):1385-8.
- 97 Skilton MR, Moulin P, Sérusclat A, Nony P, Bonnet F. A comparison of the NCEP-ATPIII, IDF and AHA/NHLBI metabolic syndrome definitions with relation to early carotid atherosclerosis in subjects with hypercholesterolemia or at risk of CVD: Evidence for sex-specific differences. *Atherosclerosis* 2007;190(2):416-22.
- 98 Alberti KG, Zimmet P, Shaw J, IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome – a new worldwide definition. *Lancet* 2005;366(9491):1059-62.
- 99 Andersen LB et al. Fitness, fatness and clustering of cardiovascular risk factors in children from Denmark, Estonia and Portugal: The European Youth Heart Study. *Int J Pediatr Obes* 2008;3(Suppl 1):58-66.
- 100 Dansk Pædiatrisk Selskab, Adipositasudvalget. Kliniske retningslinjer for udredning og behandling af overvægt og adipositas hos børn og unge i pædiatrisk regi. Under udarbejdelse.
- 101 Klausen K, Andersen LB, Pelle I. Adaptive changes in work capacity, skeletal muscle capillarization and enzyme levels during training and detraining. *Acta Physiol Scand* 1981;113:9-16.

- 102 Andersen LB, Andersen T-E, Andersen E, Anderssen SA. An intermittent running test to estimate maximal oxygen uptake: The Andersen test. *J Sports Med Phys Fitness* 2008;48:434-7.
- 103 Andersen LB, Wedderkopp N, Hansen HS, Cooper AR, Froberg K. Biological cardiovascular risk factors cluster in Danish children and adolescents. The European Youth Heart Study. *Prev Med* 2003;37:363-7.
- 104 Andersen LB et al. Insulin sensitivity and clustering of coronary heart disease risk factors in young adults. The Northern Ireland Young Hearts Study. *Prev Med* 2006;42(1):73-7.
- 105 Anderssen SA, Carroll S, Urdal P, Holme I. Combined diet and exercise intervention reverses the metabolic syndrome in middle-aged males: results from the Oslo Diet and Exercise Study. *Scand J Med Sci Sports* 2007;17(6):687-95.
- 106 Anderssen SA et al. Low cardiorespiratory fitness is a strong predictor for clustering of cardiovascular disease risk factors in children independent of country, age and sex. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(4):526-31.
- 107 Andersen LB, Harro M, Sardinha LB, Froberg K, Ekelund U, Brage S, Anderssen SA. Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). *Lancet* 2006;368:299-304.
- 108 Fogelholm M, Kukkonen-Harjula K. Does physical activity prevent weight gain – a systematic review. *Obes Rev* 2000;1:95-111.
- 109 Wistoft K. *Trivsel og selvværd. Mental sundhed i skolen.* København: Hans Reitzels Forlag; 2012.
- 110 Dewey J. *Demokrati og uddannelse.* Århus: Forlaget Klim; 2005 (dansk udgave).
- 111 Wistoft K. *Sundhedspædagogik. Viden og værdier.* København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
- 112 www.who.int/about/definition/en/print.html
- 113 Lindelof A. Overvægtige børn og deres forældres oplevelse og forståelse af barnets overvægt. *Ugeskr Laeger* 2005;167(2):163-165.
- 114 Maddox GL, Back KW, Liederman VR. Overweight as social deviance and disability. *J Health Soc Behav* 1968;9(4):287-298.
- 115 Wistoft K, Højlund H, Grabowski D. *Sammenhæng i den kommunale indsats – med fokus på børn og unges sundhed.* København: Forlaget Lundtofte; 2009.
- 116 Nordentoft H M, Wistoft K. *I hjertet af skolesundhedsplejen – et sundhedspædagogisk udviklingsprojekt I Randers Kommune.* Århus: Aarhus Universitetsforlag; 2010.
- 117 Wistoft K. Pedagogical competences and value clarification among health educators. *Global Health Promotion* 2009;16(3):24-34.
- 118 Ryle G. *The Concept of Mind.* Harmondsworth: Penguin Books Ltd; 1949.
- 119 Wistoft K. Health strategies and reservoirs of knowledge among adolescents in Denmark. *Global Health Promotion* 2010;17(2):16-21.
- 120 Daniélsdóttir S, Burgard D, Oliver-Pyatt W. *AED Guidelines for Childhood Obesity Prevention Programs.* Academy for Eating Disorders 2009.

- 121 Spear BA et al. Recommendations for Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity. *Pediatrics* 2007;120(4):S254-88.
- 122 Holm J-C et al. Chronic care treatment of obese children and adolescents. *Int J Pediatric Obes* 2011;6(3-4):188-96.
- 123 Statens Institut for Folkesundhed. Københavns Kommune. Indsats til svært overvægtige børn og unge. Evaluering af Børnevægtscentret. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2013.
- 124 Team Tab og Vind. Rapport af projekt "Tværfagligt samarbejde omkring tykke børn og deres familier i Holbæk Kommune" 1997-2001.
- 125 Holm J-C et al. Longitudinal changes in blood pressure during weight loss and regain of weight in obese boys and girls. *J Hypertens* 2012;30(2):368-74.
- 126 Nowicka P, Höglund P, Pietrobelli A, Lissau I, Flodmark C-E. Family Weight School treatment: 1-year results in obese adolescents. *Int J Pediatr Obes* 2008;3(3):141-7.
- 127 Danske Regioner. Overvægt – forslag til visitation. København: Danske Regioner; 2012.
- 128 Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Bellisle F, Sempé M, Guilloud-Bataille M, Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *Am J Clin Nutr* 1984;39(1):129-35.
- 129 Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Maillot M, Bellisle F. Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults. *Int J Obes* 2006;30(4):S11-7. Erratum in: *Int J Obes* 2010;34(7):1230.
- 130 Dansk Selskab for Almen Medicin, Sundhedsstyrelsen. Klinisk vejledning. Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn. Dansk Selskab for Almen Medicin og Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning; 2006.
- 131 Ernæringsrådet. Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats. København: Ernæringsrådet; 2002.
- 132 Sundhedsstyrelsen. Små skridt til vægttab – der holder. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- 133 Sundhedsstyrelsen. 10 veje til vægttab. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
134. *Pediatr Obes* 2012;7(4):284-94.

Stikordsregister

A

Adfærdsbaseret tilgang 30ff, 46
Anerkendende samtale 27, 31

B

Barnets vaner 59f
Barriere 21
Behovsundersøgelser 13ff
Bekendtgørelsen 10, 14, 70
BMI/IOTF 38ff, 57, 66
BMI-kurver 8, 13, 37-45, 76-79
Børnedata 7
Børneundersøgelser, forebyggende 64, 67

D

Den kommunale sundhedstjeneste 70ff, 80ff
Den motiverende samtale 27
Den pædagogiske indsats 50
Diskriminering 19
Diætist 16, 60
Drenges kropsofattelse 22, 29
Drilleri 7

E

Empati 26
Etnicitet 35, 74, 100
Etniske minoriteter 35f
Evaluering af mål 31

F

Faglighed 26
Familiens rolle 73ff
Forandring 17, 30, 46
Forebyggende børneundersøgelser 64, 67
Forekomst af overvægt 7
Forhold i familien 18f
Forhold i skolen 19
Forholdet til kroppen 21
Forklaringer på overvægten 25, 27, 48
Forældre, samarbejde med 4, 12, 25-36, 54, 57, 60f, 69, 73
Forældreinddragelse 73
Fremme af ønsket adfærd 31ff

Funktionsundersøgelser 11, 15
Fysisk aktivitet 44, 59, 61
Fysiske vanskeligheder 21
Følgesygdomme 7

G

Gruppetilgang 52-53
Grænseværdier 79

H

Henvielse til egen læge 56f, 61, 62
Hjerte-kar-sygdom 7, 60, 99
Hyperlipidæmi 99
Hypertension 56, 99
Højde- og vægtmåling 12f, 15, 40f, 75ff

I

Inaktivitet 43, 73
Inddragelse 12, 41, 64, 67, 74, 100
Indskolingsundersøgelsen 11ff, 41, 55, 70
Information 26, 69
Informeret samtykke 74
IOTF-kurve 39, 57, 66, 76-79

J

Julemærkehjem 15, 29, 97f

K

Kardiovaskulære risikofaktorer 43
Klinisk skøn 40f
Kognitiv indlæringsteori 30f
Kommunale sundhedstjeneste, den 70ff, 80ff
Kompetencer, barnets 48f
Kompetencer, den professionelle 49f
Konditionsmåling 42
Konsekvenser af overvægt 7, 17-21
Kontakt til forældre 57
Kontakter 13ff
Kostvaner 55, 58, 60, 62
Kostvejledning 16
Kropsofattelse 20, 21ff, 59
Kropsofattelse, drenges 22, 29
Kropsofattelse, pigers 22, 29
Kulturforskelle 35
Kunnen 51

L

Livsændringer 17, 29
Lokale tilbud 13, 54
Lovgrundlag 10ff

M

Medejerskab 31
Metabolisk syndrom 42f, 56, 60, 62, 100
Metaboliske problemer 43f
Midt i skoleforløbet 41
Mistrivsel 71, 100
Mobning 7, 17, 19-24, 34, 55, 58, 60, 71, 100
Motionshold 16
Motivation 25, 29ff, 34, 46
Motiverende samtale 27
Mål 31, 61f

N

Narretive metode, den 27

O

Omsorgssvigt 18
Opfølgning 13, 61
Opmærksomhedspunkter 19, 24, 60, 71
Opsporing 10ff, 55ff
Overvægt, grænseværdier 39, 76, 79

P

Personlig sundhedsprofil 86-96
Pigers kropsoptagelse 22, 29
Praksiskonsulent 70
Praktiserende læge 64f
Problemer i familien 18
Psykologiske problemer 20
Psykosociale problemer 7, 18f, 59
Pædagogisk indsats 50

R

Ressourcer 23, 26, 55, 62
Rygning 58
Råd til forældre 32f

S

Samarbejde 97f
Samarbejde, med forældre 4, 12, 25-36,
54, 57, 60f, 69, 73
tværsektorielt 13, 15, 52f, 55, 60,
64-74, 97f
Samtale med den unge 15
Samtale om overvægt 12, 14, 26ff, 57f
Samtaler 11, 19, 21, 23
Selverkendelse 47

Selvforvaltning 16, 19
Selvstændighed 33
Selvtillid 20
Selvværd 7, 22, 47
Serviceloven 26, 70
Skolesundhedstjenestens indsats 54-63
Socialt udsatte 24, 71, 100
Socioøkonomiske forhold 18
Somatiske symptomer 58
Spiseforstyrrelse 20, 26, 71, 99, 100
Sprogbarrierer 35
Spørgsmål til barnet 28
Spørgsmål til forældrene 28
Statusnotat 11f, 64ff, 67, 74
Stigmatisering 19
Stillesiddende aktiviteter 59f
Stimuluskontrol 31
Stress 18, 34
Sunde vaner 54
Sundhedsadfærd 15
Sundhedsloven 10
Sundhedsprofil, skema 86-96
Sundhedspædagogiske overvejelser 46
Sundhedstjenesten 70ff, 80ff
Supplerende målinger 42
Svær overvægt 7
Svær overvægt, grænseværdier 39, 79
Særlige behov 14, 41, 65, 70, 74
Søvn 34, 54, 59

T

Taljemål 42, 44
Teenagere 33
Tidspunkter for højde- og vægtmåling 41
Trivsel 17ff, 55, 58
Tværfagligt samarbejde 64-74
Tværsektorielt samarbejde 13, 15, 52f, 55,
60, 64-74, 97f
Type 2-diabetes 7, 33, 35, 56, 99

U

Udskolingsundersøgelsen 15ff, 41
Underretning 26

V

Vaner 59ff
Viden 50
Vilje 51
Vurdering af barnets vægt 37-45, 56f
Vægtudvikling, uhensigtsmæssig 13f
Vækstkurver 37f
Værdier 47ff

OPSPORING AF OVERVÆGT OG TIDLIG INDSATS

for børn og unge i skolealderen

Mange overvægtige børn og unge har det svært psykisk og socialt. Nogle trækker sig fra det sociale samvær pga. deres overvægt, mens andre måske er udsat for drilleri, mobning og ensomhed. Hos børn og unge med svær overvægt kan der desuden opstå fysiske komplikationer i form af problemer med hofter og knæ, forstadier til type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, astma og forringet leverfunktion.

Skolesundhedstjenesten har en væsentlig rolle, når det gælder opsporing af overvægt og tidlig indsats overfor uhensigtsmæssig vægtudvikling hos børn og unge i skolealderen.

Denne vejledning har til formål at understøtte sundhedstjenestens arbejde med at iværksætte nødvendige og rettidige indsatser i samarbejde med familien, den praktiserende læge og lokale eller regionale tilbud. Vejledningen giver konkrete råd til, hvordan man i samarbejde med forældrene kan understøtte omlægningen til sundere vaner og livsstil i hele familien.

Fra bogens indhold:

- Overvægtige børns trivsel
- Samarbejdet med forældrene
- Vurdering af vægt
- Skolesundhedstjenestens indsats
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

I vejledningen introduceres nye BMI-kurver og internationale grænseværdier (ISO-BMI/IOTF) til at definere børn og unges vægt. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne efterhånden implementerer de nye kurver.

www.sst.dk

Kan bestilles hos:
Komiteen for Sundhedsoplysning
Classensgade 71, 5. sal
2100 København Ø
Telefon: 35 36 54 00
Fax: 35 43 02 13
kfs@sundkom.dk
www.sundhedsoplysning.dk

