



Marie Brandhøj Wiuff og Betina Højgaard

Indsatser til børn og unge med overvægt

En afdækning af effektmål, erfaringer med tværsektorielt samarbejde samt beskrivelse af lovende indsatser



Indsatser til børn og unge med overvægt – En afdækning af effektmål, erfaringer med tværsektorielt samarbejde samt beskrivelse af lovende indsatser

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-863-5

Projekt: 11067

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner har i deres sundhedsaftale særskilt fokus på at styrke indsatser over for børn og unge med overvægt. Der er i den forbindelse igangsat et arbejde med at opbygge en ensartet, systematisk monitorering og opfølgning af de børn og unge, som indgår i overvægtsindsatser. Arbejdet er initieret af *Temagruppen for børn og unge – somatik*. Som grundlag for at kvalificere dette arbejde har temagruppen bedt KORA om at foretage en afdækning af effektmål, erfaringer med tværsektorielt samarbejde samt beskrivelse af lovende indsatser til børn og unge med overvægt.

KORA ønsker at takke interviewpersonerne samt de forskere og ressourcepersoner, som har hjulpet med udpegning af indsatser samt relevant litteratur. Endvidere tak til kommunerne og hospitalerne i Region Midtjylland for deres samarbejde i forbindelse med indsamling og kvalificering af dokumenter til beskrivelse af deres indsatser til børn og unge med overvægt.

Forfatterne

Maj 2016

Indhold

Resumé	6
1 Formål og metode	9
1.1 Metode	9
1.1.1 Erfaringer med tværsektorielt samarbejde.....	10
1.2 Definition af overvægt	11
1.2.1 Definition af overvægt hos børn og unge.....	14
1.3 Afgrænsning.....	14
2 Effektmål	15
2.1 Fysiske effektmål	15
2.1.1 Body Mass Index Standard Deviation Scores (BMI SDS).....	15
2.1.2 BMI-point fra overvægtsgrænsen	16
2.1.3 Målingen af fedtmasse og taljemål	18
2.1.4 Andre mål	18
2.2 Psykiske effektmål	19
2.2.1 Spørgeskemaet Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)	19
2.2.2 Spørgeskemaet WHO-5.....	19
2.2.3 Spørgeskemaet Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment (BYI).....	20
2.2.4 Spørgeskemaet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	20
2.2.5 Spørgeskemaet The General Self-efficacy Scale (GSE)	21
2.2.6 Spørgeskemaet Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).....	21
2.3 Opsamling.....	22
3 Indsatser til børn og unge med overvægt i Region Midtjylland	24
3.1 Indsatser på hospitaler	24
3.2 Indsatser i kommunerne	26
3.3 Kriterier og henvisning.....	28
3.4 Form og indhold.....	30
3.4.1 Hospitalsbaserede og tværsektorielle indsatser	32
3.4.2 Indsatser i kommunerne	32
3.5 Opsamling.....	33
4 Erfaringer med tværsektorielt samarbejde	35
4.1 Hvad består det tværsektorielle samarbejde i?.....	35
4.1.1 Almen praksis som aktør i det tværsektorielle samarbejde omkring opsporing og henvisning	36
4.2 Oplevede fordele ved det tværsektorielle samarbejde mellem hospital og kommune.....	38
4.3 Oplevede udfordringer i det tværsektorielle samarbejde mellem hospital og kommune.....	40
4.4 Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde	40
4.5 Samarbejde omkring børn, der har været på Julemærkehjem	42
4.6 Opsamling.....	43

4.6.1	Scenarier for indsatser til børn og unge med overvægt	44
5	Lovende indsatser til børn og unge med overvægt	46
5.1	Udvælgelse af indsats til nærmere beskrivelse	46
5.1.1	Satspuljen 2012-2015	46
5.2	Beskrivelse af Holbæk-metoden	48
5.2.1	Målgruppe	48
5.2.2	Beskrivelse af behandlingsmetoden	48
5.2.3	Dokumentation	51
5.2.4	Effekt	51
5.2.5	Udbredelse	52
5.3	Interessante indsatser i Region Midtjylland	53
5.4	Opsamling	54
	Litteratur	55
Bilag 1	Oversigt over indsatser for børn og unge med overvægt i Region Midtjylland	59
Bilag 2	Interviewguide – kommunale og regionale repræsentanter	70
Bilag 3	Interviewguide – almen praksis	73

Resumé

Denne rapport omfatter en afdækning og beskrivelse af effektmål, erfaringer med tværsektorielt samarbejde og beskrivelse af lovende indsatser over for børn og unge med overvægt. Region Midtjylland har ønsket denne afdækning som grundlag for at kvalificere arbejdet med at opbygge en ensartet, systematisk monitorering og opfølgning af børn og unge, som indgår i overvægtsindsatser.

Formålet med afdækningen er at besvare følgende spørgsmål:

1. Hvilke effektmål kan hensigtsmæssigt anvendes til vurdering af effekten af indsatser over for børn og unge med overvægt?
2. Hvilke erfaringer er der i Region Midtjylland med tværsektorielt samarbejde i indsatser over for børn og unge med overvægt?
3. Hvilke gode erfaringer og strømninger er der på landsplan i forhold til effektive indsatser over for børn og unge med overvægt?

Effektmål

Til vurdering af effekten af indsatser over for overvægtige børn og unge må det primære effektmål altid være ét, der måler ændringen i barnets/den unges overvægtstatus. BMI SDS (også betegnet BMI Z-scores) er internationalt set den mest anvendte metode til opgørelse af ændring i overvægtsstatus over tid hos børn og unge. BMI-point fra overvægtsgrænsen vil også kunne anvendes, og metoden er let at gå til. Ulempen ved metoden er imidlertid, at der ikke tages højde for variationen i BMI, som varierer med alderen. Som supplement til ændringen i BMI kan anvendes mål for fedtmængde og fedtets placering. I kommunalt regi vurderes det realistisk at anvende bioimpedance-måling (der måler fedtmasse) og taljemål. Sidstnævnte metode kræver imidlertid træning at udføre, så målingen foretages det rigtige sted.

Der er generelt begrænset viden om effektive indsatser over for overvægtige børn og unge, hvilket umiddelbart sætter større krav til, at indsatser, der igangsættes på området, bliver effektevalueret. En effektevaluering bør som minimum indeholde opgørelse af vægtstatus før og efter indsatsen, som bør være af en vis varighed, samt opfølgende målinger (gerne længere end et år). Effektevalueringen bør suppleres med psykiske effektmål. PedsQL vurderes umiddelbart som det mest hensigtsmæssige mål at anvende, da det er et valideret instrument, der kan anvendes på en bred aldersgruppe (2-18 år).

Indsatser til børn og unge med overvægt i Region Midtjylland

Der er identificeret indsatser for overvægtige børn og unge på Regionshospitalet Randers (satspuljeprojektet "Indsats til overvægtige børn og unge i Randers Klyngen"), Hospitalsenheden Midt (indsatsen ROS) og Hospitalsenheden Vest (indsatsen STOR) samt i 15 af de 19 midtjyske kommuner. Satspuljeprojektet i Randers Klyngen er baseret på et shared care-samarbejde mellem et hospital og de omkringliggende kommuner. Indsatsen ROS løftes i samarbejde med lokale idrætsforeninger, mens indsatsen STOR er forankret i hospitalsregi.

Satspuljeprojektet i Randers Klyngen og otte af de kommunalt baserede indsatser følger eller er inspireret af Holbæk-metoden. De øvrige kommunale indsatser er a) kombinerede indsatser indeholdende træning/bevægelse, kostvejledning, samtaler og eventuel forældreinvolvering, b) træningstilbud og c) kostvejledning. Aarhus Kommune har som den eneste kommune flere specifikke, men overordnet sammenhængende indsatser til forskellige aldersgrupper, hvoraf flere er etableret i samarbejde med lokale idrætsforeninger.

Vægtkriterierne i de rent kommunale indsatser er generelt lavere end i de helt eller delvist hospitalsbaserede indsatser, hvilket er i overensstemmelse med, at kommunerne har et bredere ansvarsområde. De helt eller delvist hospitalsbaserede indsatser og hovedparten af de kommunalt baserede indsatser anvender et bredt alderskriterium. Dog er der flere af de kommunalt baserede indsatser, som udelukkende er henvendt til skolebørn/lidt ældre børn.

Størstedelen af indsatserne er bygget op omkring konsultationer/klinikbesøg/samtaler henover et halvt til to år med fokus på omlægning af kost- og motionsvaner. Endvidere har nogle indsatser et specifikt fokus på at bedre børnenes trivsel. Nogle indsatser har desuden motions- og træningsaktiviteter som en integreret del af forløbet.

Hovedparten af de identificerede indsatser er individorienterede familieindsatser, hvor barnet/den unge deltager sammen med nærmeste familie (typisk forældrene). Seks indsatser er kombinerede individ- og gruppeorienterede familieindsatser, mens to indsatser er rent gruppebaserede og henvendt til børn/unge. Fire indsatser – alle i Aarhus Kommune – omfatter desuden hjemmebesøg.

Indsatserne i hospitalsregi varetages af læger, sygeplejersker, diætister og eventuelt psykologer, idrætskonsulenter og fysioterapeuter. De kommunalt baserede indsatser varetages primært af sundhedsplejersker og diætister/kostvejledere og eventuelt motionsinstruktører eller trænere.

Erfaringer med tværsektorielt samarbejde

De interviewede aktører har forskellige erfaringer med tværsektorielt samarbejde. Det tværsektorielle samarbejde foregår dels omkring henvisning til indsatserne, dels i den konkrete gennemførelse af indsatserne. Fordelene ved det tværsektorielle samarbejde er ifølge de interviewede repræsentanter:

- At det er lettere at få afdækket eventuelle bagvedliggende sygdomme hos de børn, som ikke taber sig, når der er kobling til et hospital
- Vidensudveksling omkring og forskellige faglige perspektiver på børnene
- At det giver et godt "brand" at samarbejde på tværs af sektorer
- Mulighed for lokalt forankret opfølgning tæt på familierne, når indsatsen ikke udelukkende foregår på et hospital, herunder opfølgning på problematikker ud over overvægten, fx mobning i skolen eller behov for hjælp til familierne (sociale foranstaltninger).

Udfordringer i det tværsektorielle samarbejde er ifølge de interviewede repræsentanter:

- At få de praktiserende læger til at spotte og henvise børn og unge med overvægt
- At det er tidskrævende at koordinere arbejdet og udveksle information, når hospitalet og kommunernes systemer ikke kan tale sammen
- At samarbejde på tværs ikke prioriteres, og der er manglende kendskab til, hvad der foregår i den "anden" sektor.

Interviewpersonerne betragter ikke nødvendigvis en tværsektoriel forankring som en foretrukken organisering af indsatser til overvægtige børn og unge. De kommer dog med bud på, hvor tættere samarbejdsrelationer kan styrke indsatserne yderligere. Det drejer sig om:

- Et tættere samarbejde med de kommunale socialforvaltninger
- Et tættere internt samarbejde i kommunerne og på hospitalet
- Et tættere samarbejde med de kommunale sundhedscentre og udslusning til lokale idræts-tilbud

- Et mere forpligtende samarbejde med almen praksis
- Et tættere samarbejde omkring opfølgning på børn, som har været på Julemærkehjem.

Interviewpersonerne har desuden nogle forskellige perspektiver på organiseringen af indsatser til børn og unge med overvægt – tværsektoriel eller ej, som vi har samlet i tre scenarier, henholdsvis:

- Kommunal indsats med livline til hospitalet
- Differentiering i, hvem der skal behandles på hospital og i kommunen
- Bedre udnyttelse af eksisterende sundhedsfremmende muligheder i kommunalt regi for at løfte arbejdet med forebyggelse af overvægt.

Lovende indsatser over for overvægtige børn og unge

Holbæk-metoden synes både at være lovende, når den er forankret i hospitalsregi og i kommunalt regi. Andre af de indsatser, som kommunerne tilbyder til overvægtige børn og unge med overvægt, har muligvis også effekt, men denne effekt mangler at blive dokumenteret. Der er blevet givet forholdsvis mange midler til satspuljer med overvægtsfokus, men midlerne går til projektaktiviteter for disse borgere og kan ikke anvendes til forskning. Der mangler således i høj grad forskning inden for området for at skabe øget viden om, hvilke indsatser der har effekt.

Datagrundlag og metode

Spørgsmål 1 er søgt besvaret ved at tage kontakt til forskere og ressourcepersoner fra miljøer i Danmark, som beskæftiger sig med overvægt og effektmåling af indsatser over for børn og unge med overvægt. Forskerne og ressourcepersonerne er blevet bedt om at pege på gode målemetoder og centrale publikationer omhandlende målemetoder samt indsatser, der betragtes som særligt lovende eller interessante, hvad angår indsatsernes effekt (spørgsmål 3).

Spørgsmål 2 er afdækket gennem desk-research og interview. Desk-researchen tager afsæt i skriftligt materiale om indsatser til børn og unge med overvægt på hospitaler og kommuner i Region Midtjylland. Der er desuden gennemført interview med regionale og kommunale aktører samt almen praksis, som indgår i forskellige tværsektorielle set-ups omkring indsatser til børn og unge med overvægt.



1 Formål og metode

Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner har i deres sundhedsaftale særskilt fokus på at styrke indsatser over for børn og unge med overvægt (Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner 2015). Der er i den forbindelse igangsat et arbejde med at opbygge en ensartet, systematisk monitorering og opfølgning af de børn og unge, som indgår i overvægtsindsatser. Arbejdet er initieret af *Temagruppen for børn og unge – somatik*¹. Som grundlag for at kvalificere dette arbejde har temagruppen bedt KORA gennemføre en afdækning af indsatser til børn og unge med overvægt.

Formålet med afdækningen er at besvare følgende spørgsmål:

1. Hvilke effektmål kan hensigtsmæssigt anvendes til vurdering af effekten af indsatser over for børn og unge med overvægt?
2. Hvilke erfaringer er der i Region Midtjylland med tværsektorielt samarbejde i indsatser over for børn og unge med overvægt?
3. Hvilke gode erfaringer og strømninger er der på landsplan i forhold til effektive indsatser over for børn og unge med overvægt?

Besvarelsen af de tre spørgsmål afrapporteres enkeltvis i de fire følgende kapitler. Spørgsmål 1 besvares i kapitel 2, spørgsmål 2 i kapitel 3 og 4 samt spørgsmål 3 i kapitel 5.

1.1 Metode

Det har ligget uden for rammerne for nærværende opgave at foretage en systematisk litteraturgennemgang til besvarelse af spørgsmål 1. Spørgsmålet er i stedet søgt besvaret ved, at der er taget kontakt til miljøer i Danmark, som beskæftiger sig med overvægt og med effektmåling af indsatser til børn og unge med overvægt. Personerne er udvalgt pragmatisk på baggrund af forfatterens forhåndskendskab på området. Der har konkret været taget kontakt til:

- Forsker ved Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet
- Forsker ved SFI Det Nationale Forskningscenter for Velfærd²
- Ressourceperson på området i Sundhedsstyrelsen
- Ressourceperson på området i Kommunernes Landsforening (KL)³
- Ressourceperson fra Enheden for Overvægtige Børn og Unge på Børneafdelingen på Holbæk Sygehus

Forskerne og ressourcepersonerne er blevet bedt om at pege på gode målemetoder og centrale publikationer omhandlende målemetoder, herunder også relevante interventionsstudier, til inspiration. Med afsæt i de henviste referencer er der foretaget søgning af relevant litteratur. På baggrund af gennemgang af den identificerede litteratur er der foretaget en beskrivelse af, hvilke effektmål der hensigtsmæssigt kan anvendes til vurdering af effekten af indsatser over for børn og unge med overvægt.

¹ Temagruppen har stået for udarbejdelsen af sundhedsaftalen på børne- og ungeområdet (somatic) og har nu til opgave at omsætte sundhedsaftalen til konkrete indsatser og aftaler på området (Region Midtjylland 2013).

² Forskeren ved SFI Det Nationale Forskningscenter for Velfærd er kun inddraget i forhold til effektmåling.

³ Ressourcepersonen fra KL er kun inddraget i forhold til udpegelsen af interessante indsatser.

Ovenstående centrale aktører på området har ligeledes været med til at pege på indsatser, der betragtes som særligt lovende eller interessante hvad angår indsatsernes effekt (spørgsmål 3). Vi har endvidere orienteret os i overordnede kortlægninger og evalueringer vedrørende indsatser til overvægtige børn og unge fra bl.a. Julemærkehjemmene, Nexs, Københavns Universitet, Center for Interventionsforskning og Sundhedsstyrelsen, herunder evalueringer af satspuljeprojekter.

Temagruppen for børn og unge – somatik ønskede at få belyst to indsatser på landsplan (uden for Region Midtjylland). Indhentet skriftligt materiale i form af projekt- og indsatsbeskrivelser, effektopgørelser og evalueringer danner afsæt for denne beskrivelse.

1.1.1 Erfaringer med tværsektorielt samarbejde

For at belyse erfaringer med tværsektorielt samarbejde i indsatser over for børn og unge med overvægt i Region Midtjylland (spørgsmål 2) har vi afdækket, hvilke indsatser der findes i de midtjyske kommuner og på regionens hospitaler. Blandt disse indsatser er det identificeret, hvor der findes et tværsektorielt samarbejde, og hvad dette samarbejde består i.

Med tværsektorielt samarbejde forstås her, at indsatsen løftes og afvikles i et samarbejde mellem forskellige sektorer, fx mellem hospital og kommuner. Samarbejdet er mere end, at fx praktiserende læger, hospitalsafdelinger eller sundhedsplejersker bare henviser til en given indsats – det kræver, at der er en reel fælles indsats på tværs af sektorer.

Afdækningen er gennemført på baggrund af:

- Desk-research med afsæt i eksisterende skriftligt materiale om indsatser til børn og unge med overvægt på hospitaler og i kommuner i Region Midtjylland
- Interview med regionale og kommunale aktører samt almen praksis, som indgår i det tværsektorielle set-up omkring indsatser til børn og unge med overvægt.

Desk-research

Det skriftlige materiale er indhentet via temagruppen, som har bedt hospitaler og kommuner i regionen præcisere, hvilke indsatser de for nuværende har til børn og unge med overvægt samt indlevere skriftligt materiale om disse indsatser. Konkret blev hospitalsenheder og kommuner bedt om at indlevere følgende materiale i det omfang, det forelå:

- Projekt- og indsatsbeskrivelser
- Beskrivelse af henvisningsprocedurer
- Samarbejdsaftaler
- Vejledninger til personale og samarbejdsparter
- Statusnotater
- Evalueringerne og opgørelser af effekt, deltagernes udbytte mv.
- Mødereferater

Ud over det indleverede materiale har KORA søgt materiale på hospitalers og kommuners hjemmesider samt via sundhed.dk, hvor der findes en oversigt over sundhedstilbud i regionen. Det skriftlige materiale er systematisk gennemgået, og der er på den baggrund udarbejdet en oversigt, som giver et overblik over indsatserne hvad angår målgruppe/inklusionskriterier, indhold og form, forankring, involverede fagpersoner, henvisningsprocedurer og samarbejde med aktører i andre sektorer (se Bilag 1). Oversigten er efterfølgende blevet sendt ud til kommuner og hospitalsenheder i regionen med henblik på at få indholdet verificeret. Det er imidlertid ikke alle kommuner og hospitaler, der har leveret materiale eller aktivt har verificeret oversigten. I

disse tilfælde er beskrivelsen af indsatserne udelukkende baseret på de informationer, vi har kunnet indhente fra hjemmesider og sundhed.dk.

Interview

Der er gennemført seks telefoninterview med aktører, der repræsenterer forskellige positioner i forskellige tværsektorielle set-ups. Udvalget af interviewpersonerne er foretaget på baggrund af en gennemgang af det foreliggende skriftlige materiale. De interviewede aktører er:

- To hospitalsrepræsentanter
 - én fra Regionshospitalet Viborg involveret i indsatsen ROS (Rund Og Sund),
 - én fra Randers Regionhospital involveret i satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen"
- Tre kommunale repræsentanter (alle ledere af sundhedsplejen)
 - én fra Favrskov Kommune (kommunen er både involveret i satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen" sammen med Regionshospitalet Randers og har egen overvægtsklinik)
 - én fra Viborg Kommune (optagekommune for ROS og har egen indsats (Fighterne))
 - én fra Hedensted Kommune (har egen overvægtsklinik etableret i samarbejde med Holbæk Sygehus)
- En praktiserende læge med lægepraksis i Viborg Kommune, som henviser til ROS.

Til interviewene er der udarbejdet en semistruktureret interviewguide, som for hvert interview er blevet tilpasset de aktører, der skulle interviewes (se Bilag 2 og 3). Interviewene blev optaget på minidisc og udskrevet på baggrund af lydfilen.

1.2 Definition af overvægt

Overvægt defineres som en tilstand, hvor mængden af fedt i kroppen er forøget i et omfang, så det har negative helbredsmæssige konsekvenser. Foruden størrelsen af den samlede fedtmasse har fordelingen af fedtet på kroppen betydning for de helbredsmæssige konsekvenser (World Health Organization 2000, s. 6).

Internationalt er der enighed om, at BMI (Body Mass Index) er et praktisk og objektivt mål til at vurdere overvægtsgraden hos voksne (≥ 18 år). BMI er defineret som vægt i kilo divideret med kvadratmeter på højden i meter (kg/m^2). Overvægt hos voksne er defineret som et BMI ≥ 25 , mens et BMI ≥ 30 indikerer svær overvægt (World Health Organization 2000, s. 9). Fastsættelsen af disse grænser er baseret på sammenhæng mellem BMI og sygelighed/dødelighed. BMI er ikke et mål for fedtmassen, men er et mål for vægten i forhold til højden. Derfor kan fx muskuløse personer trods en beskeden fedtmasse have BMI-værdier, som indikerer, at de er overvægtige. Vurdering af BMI skal derfor altid ske i sammenhæng med et klinisk skøn.

For børn og unge (< 18 år) er det ikke muligt at opstille et samlet, entydigt meningsfuldt BMI på grund af, at højde og kropssammensætning udvikles op gennem barndommen (ibid., side 7). I stedet er udviklet grænseværdier for børn og unge, der varierer i forhold til køn og alder.

Tidligere anvendtes vækstkurver i form af højde-/vægtkurver til at definere overvægt hos børn og unge (Sørensen et al. 2008, s. 37), hvor percentil-fordelinger af vægten for en given højde blev anvendt til at definere overvægt hos børn og unge⁴. På højde-/vægtkurven er overvægt

⁴ Percentiler refererer til, hvor stor en andel i referencepopulationen der ligger under et givent mål. 97-percentilen refererer således til, at 97 % af børnene i referencepopulationen har en værdi, der er lavere end den angivne værdi for 97-percentilen.

typisk blevet defineret som en værdi over 90-percentilen, mens både 97- og 99-percentilen er blevet anvendt som grænse for svær overvægt (fedme) (Andersen et al. 2014, s. 38). De tidligere anvendte grænseværdier til definition af overvægt hos børn og unge er således ikke fastsat ud fra betragtninger om sammenhængen mellem overvægtstatus og sygelighed, men er i stedet fastsat arbitrært på baggrund af fordelingen af højde og vægt i en referencegruppe (Sørensen et al. 2008, s. 37-38).

I Danmark var det tidligere primært Else Andersens vækstkurver og BMI-kurver (Andersen, Hutchings & Jansen 1982), der blev anvendt til at definere overvægt hos børn og unge⁵. Else Andersens vækstkurver er baseret på tilfældigt udvalgte børn undersøgt ved børneundersøgelser hos praktiserende læger mellem 1973 og 1977 i Danmark. I dag anbefaler Sundhedsstyrelsen anvendelse af forskellige vækstkurver til vurdering af børns og unges overvægtstatus afhængig af deres alder.

I 2011 besluttede Sundhedsstyrelsen således at indføre anvendelsen af WHO's vækstkurver fra 2006 for børn fra 0-5 år i den primære sundhedstjeneste⁶ (Sundhedsstyrelsen 2015, s. 7). I modsætning til Else Andersens vækstkurver, der er baseret på børn med forskellige grader af sundhed, er WHO's vækstkurver baseret på udvalgte børn fra seks lande⁷, hvor børnene er udvalgt til at afspejle sunde børns vækst (ibid.). WHO's vækstkurver er herved velegnet til at opspore tidlig overvægt hos børn, da den er baseret på en population af børn, hvor kun få er overvægtige (ibid. s. 29). For de 0-2-årige anbefaler Sundhedsstyrelsen WHO's vægt-for-længde-kurver anvendt til at vurdere barnets vægtudvikling, mens WHO's BMI-for-alder-kurver anbefales anvendt for de 2-5-årige.

For børn og unge i alderen 5-18 år anbefaler Sundhedsstyrelsen anvendelse af kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver og internationale grænseværdier, ISO-BMI/IOTF (IOTF – the International Obesity Task Force), til definition af overvægt og svær overvægt (Andersen et al. 2014, s. 39). IOTF har udarbejdet BMI-kurver og internationale køns- og aldersspecifikke grænseværdier for overvægt og svær overvægt for 2-18-årige, hvor grænseværdierne er defineret som den percentil, der svarer til en BMI-værdi på henholdsvis 25 og 30 kg/m² ved 18-årsalderen (Cole et al. 2000)⁸. ISO-BMI/IOTF anvendes typisk som betegnelse for disse grænseværdier, hvor:

- Overvægt er et BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25⁹
- Svær overvægt er et BMI \geq ISO-BMI/IOTF-30

Som det fremgår af Figur 1.1, ligger IOTF-25 og -30-kurven højere end henholdsvis 90- og 97-percentilen for Else Andersens BMI-kurver. Ved anvendelse af IOTF-grænserne findes der således færre børn med overvægt og svær overvægt (Andersen et al. 2014, s. 39-40).

⁵ Et BMI over 90-percentilen er defineret som overvægt og et BMI over 99-percentilen som fedme i Else Andersens kurver (Sørensen et al. 2008, s. 39-40).

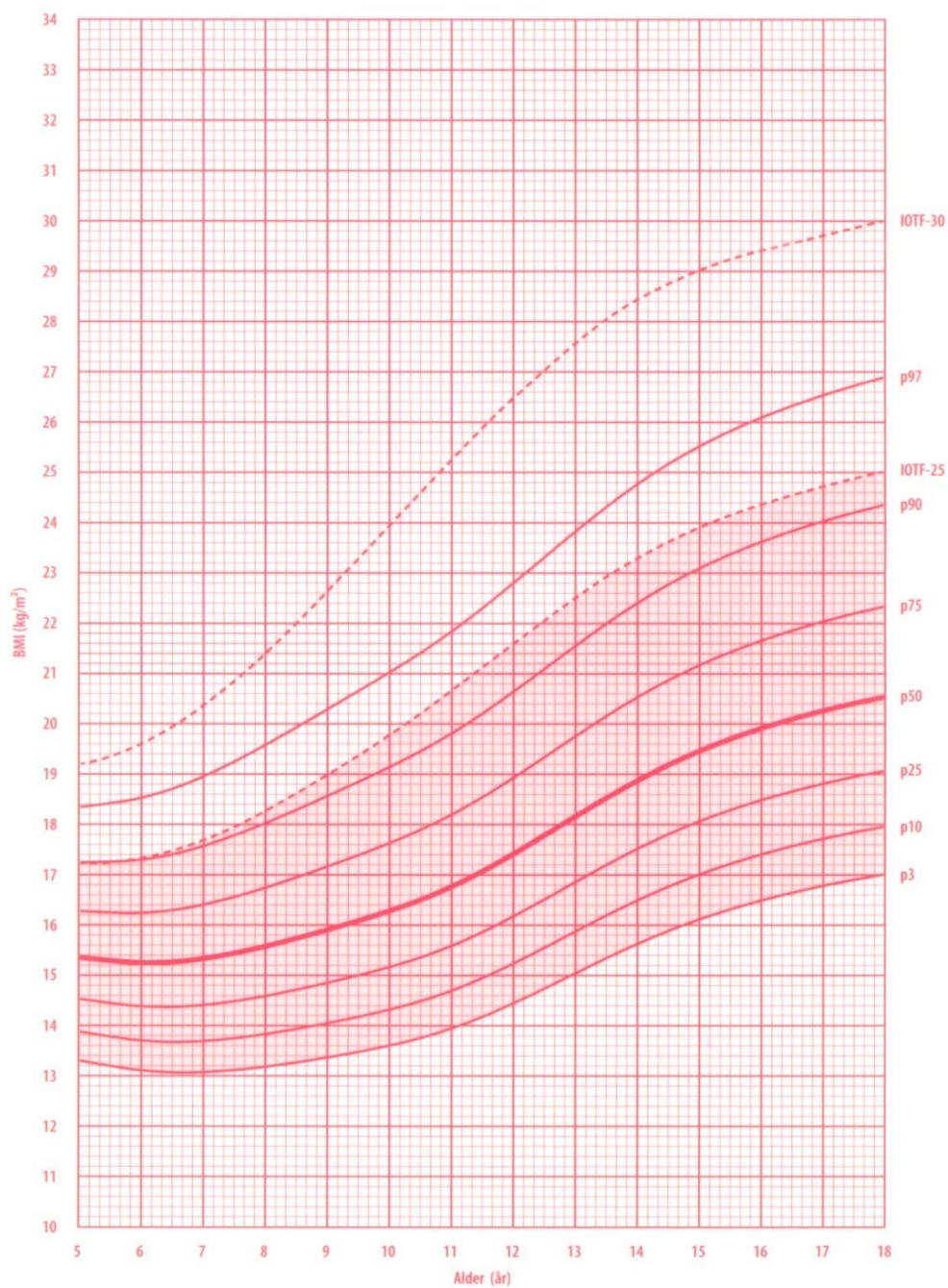
⁶ Den primære sundhedstjeneste er den del af sundhedsvæsenet, som ligger uden for hospitalerne, dvs. praktiserende læger, sundhedsplejersker m.fl.

⁷ Børnene kom fra følgende seks lande: Norge, USA, Ghana, Oman, Brasilien og Indien. Til trods for de inkluderede forskellige lokalitet vurderes det berettiget at samle data i en enkelt international standard, da der var markant lighed i den lineære vækst fra fødsel til 5 år hos de inkluderede børn uagtet lokalitet (WHO Multicentre Growth Reference Study Group 2006).

⁸ Grænseværdierne er udarbejdet på baggrund af repræsentative nationale data fra Brasilien, Storbritannien, Hong Kong, Holland, Singapore og USA (Cole et al. 2000).

⁹ Moderat overvægt er defineret som børn og unge med et ISO-BMI/IOTF-25 \leq BMI < ISO-BMI/IOTF-30.

Figur 1.1 Body Mass Index (BMI) for piger fra 5 til 18 år med angivelse af percentiler og IOTF-25 og -30



Note: Kurver baseret på data fra danske børn (REF) og International Obesity Task Force (IOTF) (Nysom et al. 2001).
Kilde: (Andersen et al. 2014, s. 78).

1.2.1 Definition af overvægt hos børn og unge

Med undtagelse for de 0-2-årige anbefales det generelt i dag, at overvægt hos børn og unge defineres ud fra BMI. Nedenfor beskrives med afsæt i de af Sundhedsstyrelsens anbefalede grænser, hvordan overvægt vurderes og defineres hos børn og unge i den primære sundheds-tjeneste¹⁰.

Børn under 2 år:

Til vurdering af vægtudviklingen hos børn under 2 år anbefaler Sundhedsstyrelsen anvendelse af WHO's vægt-for-længde-kurver. Hvis barnet ligger over 97-percentilen på vægt-for-længde-kurven, bør man være særligt opmærksom på barnets vægtudvikling (Sundhedsstyrelsen 2015, s. 30).

Børn mellem 2 og 5 år:

Børn mellem 2 og 5 år defineres som overvægtige, når deres BMI er over 90-percentilen på den kønsspecifikke BMI-for-alder-kurve, mens en værdi over 99-percentilen angiver svær overvægt (ibid., side 31)¹¹.

Børn fra 5 til 18 år:

Til definition af overvægt og svær overvægt hos børn og unge fra 5 til 18 år anbefaler Sundhedsstyrelsen anvendelse af de køns- og aldersspecifikke ISO-BMI/IOTF-grænseværdier, hvor overvægt defineret som et BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25 og svær overvægt som et BMI \geq ISO-BMI/IOTF-30 (Andersen et al. 2014, s. 39)¹².

1.3 Afgrænsning

Nærværende rapport har fokus på indsatser til børn og unge med overvægt og har således ikke fokus på indsatser, der har til formål at forebygge, at børn og unge udvikler overvægt.

Det er ikke formålet med denne rapport at tage stilling til, hvor og hvordan indsatser til børn og unge med overvægt bør forankres. En del af rapporten har et særskilt fokus på tværsektorielt samarbejde. Dette er alene et udtryk for, at *Temagruppe for børn og unge – somatik* har en særlig interesse i at få belyst de erfaringer, der er med tværsektorielt samarbejde i indsatser til børn og unge med overvægt – og ikke et udtryk for, at tværsektorielle indsatser nødvendigvis er at foretrække.

¹⁰ Ifølge klinisk retningslinje for pædiatriske patienter kan 90- og 99-percentilen eller ISO-BMI anvendes til definition af overvægt (Johansen et al. 2015).

¹¹ Familier til børn med en BMI over 99-percentilen bør ifølge Sundhedsstyrelsen tilbydes en intervention og henvises til kommunens tilbud. For børn med en BMI mellem 90- og 99-percentilen bør BMI-kurvens forløb vurderes i forhold til, om den er op- eller nedadgående, og på baggrund her af foretages beslutning om, hvorvidt der skal tilbydes vejledning og eventuelt en indsats (Sundhedsstyrelsen 2015, s. 33).

¹² IOTF-grænseværdierne kan ses her: <http://www.worldobesity.org/resources/child-obesity/newchildcutoffs/>

2 Effektmål

I dette afsnit beskrives, hvilke effektmål der hensigtsmæssigt kan anvendes til vurdering af effekten af indsatser til børn og unge med overvægt. Både fysiske såvel som psykiske effektmål er inddraget, da overvægt og især svær overvægt hos børn og unge ud over fysiske konsekvenser kan have psykiske konsekvenser (Sundhedsstyrelsen 2013, s. 6).

I gennemgangen af de fysiske og psykiske effektmål er der taget udgangspunkt i de mest almindeligt anvendte effektmål i den gennemgåede litteratur til opgørelsen af indsatser over for overvægtige børn og unge. Foruden beskrivelse af de enkelte effektmål beskrives kort fordele og ulemper ved det pågældende effektmål. I afsnit 2.3 foretages en opsamling i forhold til, hvilke af de nævnte effektmål der vurderes mest hensigtsmæssige at anvende til måling af effekten af kommunale og hospitalsbaserede indsatser til børn og unge med overvægt.

2.1 Fysiske effektmål

I afsnit 1.2.1 blev det beskrevet, hvordan overvægt defineres hos børn og unge. Kriterierne kan anvendes til at inddele børn i forhold til deres overvægtsgrad og hermed være med til at beskrive den population, som er inkluderet i en konkret indsats. Jævnfør Figur 2.1 dækker de enkelte kategorier imidlertid over store vægtintervaller, fx vil en pige på 15 år med henholdsvis et BMI på 24,00 og 29,00 i begge tilfælde klassificeres som moderat overvægtig (begge værdier ligger mellem IOTF-25 og -30). For en pige med en højde på 1,65 meter svarer en forskel i BMI på 29,00 og 24,00 til en vægtforskel på 13,7 kg (79 kg-65,3 kg). I forhold til måling af effekten af en indsats er denne form for kategorisk opgørelse således ikke særlig informativ, da selv store vægtændringer ikke nødvendigvis medfører ændring i kategoriseringen af barnet (fx at barnet går fra svært overvægtig til overvægtig), og omvendt kan en ændring fra svært overvægtig til overvægtig være resultat af en lille vægtændring.

Jævnfør afsnit 1.2 og Figur 2.1 varierer grænseværdier for BMI for børn og unge i forhold til alder. En opgørelse af ændringen i BMI – som ellers er normal praksis for måling af effekten af indsatser blandt voksne – kan derfor ikke anvendes til at måle effekten af indsatser over for børn og unge med overvægt, da grænseværdierne for børnenes og de unges normal-BMI vil ændre sig over tid i takt med, at de bliver ældre. Det målte BMI kan i stedet oversættes til BMI standard deviation scores (SDS), også betegnet BMI Z-scores, som kan benyttes til at angive ændring i overvægtstatus over tid. Nedenfor gives en beskrivelse af BMI SDS samt andre fysiske effektmål, der kan anvendes ved måling af effekten af indsatser til børn og unge med overvægt.

2.1.1 Body Mass Index Standard Deviation Scores (BMI SDS)

BMI SDS er defineret som forskellen i barnets målte BMI fra medianværdien i en referencepopulation divideret med standardafvigelse for referencepopulationen (World Health Organization 2000, s. 32). BMI SDS (eller BMI Z-score) angiver, hvor mange standardafvigelser et barns BMI er over eller under det gennemsnitlige BMI for barnets aldersgruppe og køn. For eksempel angiver en BMI SDS på 0, at barnets BMI er lig gennemsnitsværdien, mens en BMI SDS på 1,5 angiver, at barnets BMI ligger 1,5 standardafvigelser over gennemsnittet for givet køn og alder. BMI SDS udtrykker således graden af overvægt/undervægt justeret for køn og alder og tager hensyn til, at det normale BMI er forskelligt hos piger og drenge og ændrer sig med alderen op gennem barndommen. Effekten af en overvægtsindsats kan opgøres ved at se på ændringen i BMI SDS over tid.

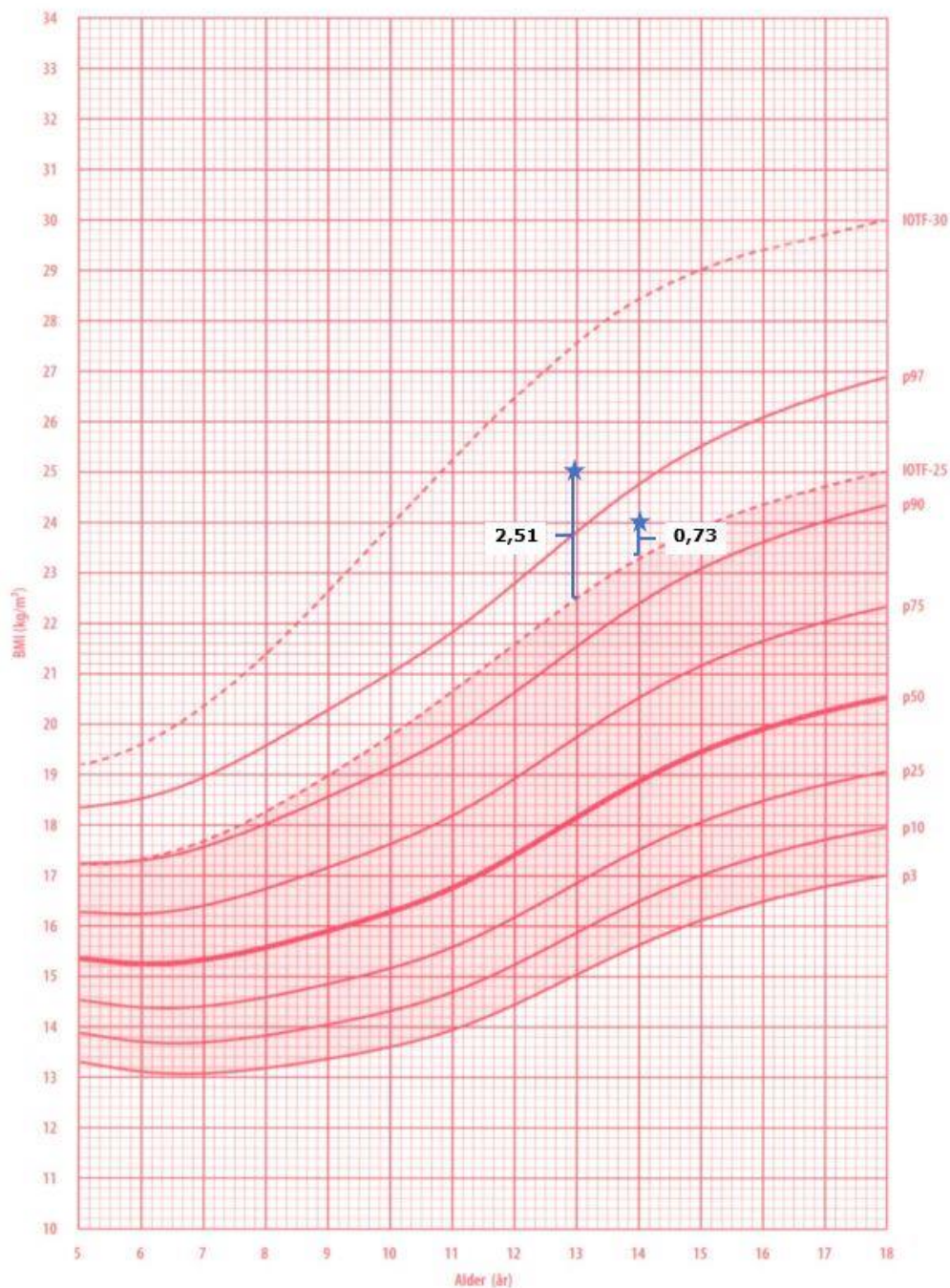
Den anvendte referencepopulation til beregning af BMI SDS kan være baseret på en national såvel som en international population (Must & Anderson 2006). Ifølge Most et al. (2015) vil en reduktion i BMI SDS på over 0,25-0,5 være udtryk for en klinisk relevant ændring i overvægtstatus hos børn og unge, da det vil forbedre de kardiovaskulære risikofaktorer og insulinresistens.

2.1.2 BMI-point fra overvægtsgrænsen

En anden metode til opgørelse af vægtudviklingen for det enkelte barn, hvor BMI benyttes, er at beregne, hvor mange BMI-point barnet ligger over grænsen for overvægt. Det vil sige, at man beregner afstanden fra barnets BMI til den grænseværdi for overvægt, som passer til barnets alder, hvor fx IOTF-25 anvendes som grænseværdi for overvægt (Niss & Rasmussen 2015, s. 23-24).

For at illustrere, hvordan metoden kan anvendes til måling af effekten af en overvægtsindsats, følger her et eksempel. For to piger på henholdsvis 13 og 14 år anvendes BMI-point fra IOTF-25 grænseværdierne til opgørelse af effekten af en indsats. IOTF-25 grænseværdierne er henholdsvis 22,49 for en pige på 13 år og 23,27 for en pige på 14 år (World Obesity). En pige med et BMI på 25, som bliver inkluderet i en overvægtsindsats, netop som hun er fyldt 13 år (markeret med et kryds i Figur 2.1), har således et BMI, der er 2,51 BMI-point fra grænseværdien for overvægt (25-22,49). Hvis pigen et år efter – når hun er 14 år – har reduceret sit BMI til 24 (markeret med et kryds i Figur 2.1), vil hendes BMI kun ligge 0,73 BMI-point fra grænseværdien for overvægt (24-23,27). Pigen har således igennem det år, som indsatsen varede, opnået en reduktion i BMI-point fra overvægtsgrænsen på 1,78 (2,51-0,73).

Figur 2.1 Eksempel på beregning af BMI-point for en 13-årig pige med et BMI på 25 og en 14-årig pige med et BMI på 24



Note: Kurver baseret på data fra danske børn (Nysom et al. 2001) og International Obesity Task Force (IOTF) (Cole & Lobstein 2012).

Kilde: (Andersen et al. 2014, s. 78).

BMI-point er bl.a. blevet anvendt til opgørelse af effekten i evalueringen af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge" (Niss & Rasmussen 2015), som beskrives nærmere i afsnit 5.1.

Som det fremgår af ovenstående eksempel, er metoden let at gå til. Ulempen ved metoden er imidlertid, at der ikke tages højde for variationen i BMI, som ændrer sig med alderen. For eksempel er der – jf. Figur 2.1 – kun 2 BMI-point mellem IOTF-25 og IOTF-30 for en 5-årig pige, mens afstanden mellem de to grænser er over 5 BMI-point for en 17-årig pige. Ved vurderingen af effekten af en indsats vil en reduktion på fx 2 BMI-point imidlertid tillægges den samme værdi, på trods af at ændringen har større betydning for den 5-årige end den 17-årige.

2.1.3 Målingen af fedtmasse og taljemål

Som beskrevet i afsnit 1.2 er BMI et mål for den samlede kropsmasse i forhold til højden. BMI siger ikke noget om, hvor på kroppen fedtet er placeret. Men netop placeringen af fedtet har også betydning for de helbredsmæssige konsekvenser af overvægt, idet fedt omkring maveregionen (abdominalt lokaliseret fedt) har særligt negative helbredsmæssige konsekvenser (Sørensen et al. 2008, s. 41). Ligeledes skelner BMI ikke mellem fedtmasse og muskelmasse.

Fedtmængde og fedtfordeling kan vurderes ved forskellige billeddannelsesteknikker, som fx CT-scanning, MR-scanning og DXA-scanning samt ved bioimpedance, som er en vægt, der måler "bioelektronisk modstand". I forhold til effektevaluering af overvægtsindsatser i kommunalt regi vurderes det ikke som realistisk at anvende billeddannelsesteknikker rutinemæssigt, da det er et dyrt apparatur, er tidskrævende og kræver særlige kompetencer at anvende. Bioimpedance-målinger er realistiske at foretage i kommunalt regi. I den sammenhæng skal der dog peges på, at metoden ikke er nær så præcis som billeddannelsesteknikkerne, da henholdsvis et meget øget eller lavt vandindhold i kroppen (som følge af høj/lav væskeindtagelse) påvirker resultatet. Endvidere kan metoden ikke benyttes til at sige noget om fedtfordelingen i kroppen.

Taljemål (livvidde) er et godt mål til måling af mængden af fedt omkring maveregionen (Sørensen et al. 2008, s. 41). Der har været anvendt forskellig praksis for måling af omkredsen af taljen. WHO anbefaler, at omkredsen måles midt imellem den nederste ribbenskant og den øverste hoftebenskam (World Health Organization 2011, s. 7). For voksne er der grænseværdier for taljemål i forhold til forøget risiko for følgesygdomme (Sundhedsstyrelsen 2013, s. 6), men der findes ikke grænseværdier for børn i forhold til helbredsrisiko (Sørensen et al. 2008, s. 43). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at taljens omkreds anvendes som supplement til BMI hos voksne, men ikke hos børn og unge (Sundhedsstyrelsen 2013, s. 6). Taljens omkreds anvendes ofte i forskningssammenhæng, og taljemålet anbefales ligeledes anvendt i pædiatrien, jf. Dansk Pædiatrisk Selskabs kliniske retningslinjer for vurdering og behandling af overvægt og fedme hos børn og unge (Johansen et al. 2015).

Der findes ikke danske referenceværdier for taljemål for børn og unge, men der findes fx norske referencer (Brannsether et al. 2011). Til måling af taljeomkreds er det kun nødvendigt at have et målebånd. Metoden kræver imidlertid træning for at sikre, at målingen foretages det rigtige sted på kroppen, hvilket er vanskeligt, jo mere overvægtig personen er.

2.1.4 Andre mål

I forskningssammenhæng anvendes følgende kliniske mål til måling af overvægtsindsatser: systolisk og diastolisk blodtryk, Z-scores, lipider (fx totalt kolesterol og triglycerider) og blodsukker/langtidsblodsukker (HbA1c). Disse effektmål vurderes imidlertid ikke relevante at anvende rutinemæssigt i kommunal sammenhæng, hvorimod der i hospitalsregi er bedre forudsætninger for/det rette udstyr til at foretage disse målinger samt kompetencer til at tolke resultaterne.

2.2 Psykiske effektmål

Der findes en lang række af spørgeskemaer (også kaldet instrumenter) til måling af trivsel og livskvalitet (herunder selvværd og selvtilid). Nedenfor gives en kort beskrivelse af de skemaer, som forskere og ressourcepersoner har peget på eller er fundet anvendt i litteraturen i forbindelse med måling af effekten af indsatser til børn og unge med overvægt.

2.2.1 Spørgeskemaet Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)

Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) version 4.0 er et standardiseret og evalueret spørgeskema til vurdering af sundhedsrelateret livskvalitet hos 2-18-årige børn og unge (Varni, Seid & Kurtin 2001). PedsQL-måleredskabet omfatter et generisk kernemodul (PedsQL Generic Core Modul), der kan anvendes alene eller sammen med et sygdomsspecifikt modul (fx kræft, astma, diabetes, reumatologi og hjertelidelser) (Palermo et al. 2008). Det generiske modul benyttes – især inden for den kliniske forskningsverden – ofte til måling af livskvalitet hos overvægtige børn og unge. For eksempel anvendes PedsQL i indsatsen Rund Og Sund (ROS, som beskrives nærmere i kapitel 3 og 4), samt i Holbæk-metoden (som beskrives i kapitel 5).

Det generiske modul består af 23 spørgsmål, som omhandler fire områder: fysisk funktion (8 spørgsmål), emotionel funktion (5 spørgsmål), social funktion (5 spørgsmål) og skolefunktion (5 spørgsmål). Der findes både en børneudgave, hvor barnet selv svarer, samt en voksenudgave, hvor forældrene vurderer deres børns sundhedsrelaterede livskvalitet. Børneudgaven findes i tre versioner for aldersgrupperne 5-7 år, 8-12 år og 13-18 år. Forældreudgaven findes i fire versioner alt efter barnets alder (2-4 år, 5-7 år, 8-12 år og 13-18 år). Karakteren af spørgsmålene er ens i de forskellige versioner, men spørgsmålene er sprogligt tilpasset aldersgruppen (Varni, Seid & Kurtin 2001).

I de enkelte spørgsmål bliver barnet/den voksne bedt om at angive, hvor stort et problem det enkelte issue har været igennem den foregående måned. I forhold til det sociale funktionsniveau spørges der fx ind til problemer med at komme godt ud af det med andre børn, og om andre børn driller barnet (Varni, Seid & Kurtin 2001).

I spørgeskemaerne anvendes en 5-punktsskala til besvarelse af de enkelte spørgsmål. Dog anvendes der i skemaet for aldersgruppen 5-7 år en forenklet 3-punktsskala, og derudover er der koblet forskellige symboler af ansigtsudtryk til svarmulighederne.

PedsQL er et validt og pålideligt måleredskab til måling af børn og unges sundhedsrelaterede livskvalitet. Yderligere fordele ved måleredskabet er, at det er forholdsvis kort og hurtigt at besvare (tager under 5 minutter), samt at det er oversat til dansk (Varni 2016a). Anvendelsen af PedsQL kræver køb af en licens – undtagen hvis der er tale om ikke-finansieret akademisk forskning (Varni 2016b).

2.2.2 Spørgeskemaet WHO-5

WHO-5 er et simpelt spørgeskema, der anvendes til måling af en persons generelle trivsel og velbefindende (Bech 2004). Skemaet blev oprindeligt udviklet til anvendelse blandt unge og voksne, men anvendes i dag helt ned til børn fra 9 år. Anvendelsen af skemaet til børn er imidlertid ikke systematisk valideret (Kiil, Arendt & Rosholm In press). Instrumentet er valideret i en dansk sammenhæng.

Tabel 2.1 WHO-5 spørgeskemaet

		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
I de sidste 2 uger...							
Spm. 1	... har jeg været glad og i godt humør	5	4	3	2	1	0
Spm. 2	... har jeg følt mig rolig og afslappet	5	4	3	2	1	0
Spm. 3	... har jeg følt mig aktiv og energisk	5	4	3	2	1	0
Spm. 4	... er jeg vågnet frisk og udhvilet	5	4	3	2	1	0
Spm. 5	... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	5	4	3	2	1	0

Kilde: (Psykiatrifonden & Sundhedsstyrelsen).

Som det fremgår af Tabel 2.1, består spørgeskemaet af fem spørgsmål om, hvordan barnet eller den unge har følt sig tilpas i de seneste to uger. Svaret er graderet i seks klasser.

WHO-5 er enkelt og hurtigt at anvende. Endvidere er det gratis at benytte. Skemaet er blevet anvendt i forbindelse med evalueringen af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge" (Niss & Rasmussen 2015, s. 22), som beskrives nærmere i afsnit 5.1.

2.2.3 Spørgeskemaet Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment (BYI)

Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment (BYI) kan benyttes til vurdering af psykiske problemer og selvpfattelse hos børn og unge. Spørgeskemaet består af fem underskalaer omhandlende barnets selvpfattelse, angst, depression, vrede og normbrydende adfærd. Underskalaerne kan anvendes hver for sig eller i kombination. For hver underskala er der 20 udsagn, som barnet skal besvare ved brug af en firepunkts skala. Det kan tage op til 10 minutter at besvare hver underskala (Thastum et al. 2009).

Spørgeskemaet er udviklet til selvrapportering hos børn og unge i aldersgruppen 7-18 år. Der foreligger dansk manual og danske normer baseret på 1.500 børn og unge i alderen 7-18 år. Fra opdragsgiversside stilles der kompetencekrav til administration af testen, således at kun cand.pæd. i pædagogisk psykologi, læger og psykologer må anvende testen. For at anvende BYI kræves der betaling af et gebyr (Pearson Assessment 2005).

Underskalaen, der måler selvpfattelse, er anvendt i projektet ROS (som beskrives nærmere i kapitel 3 og 4) (Hvass et al. 2011).

2.2.4 Spørgeskemaet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) er et spørgeskema til måling af børns adfærd (Goodman, Meltzer & Bailey 1998). Der indgår 25 spørgsmål i skemaet og tager ca. fem minutter at udfylde (Kiil, Arendt & Rosholm In press). Spørgsmålene er underinddelt i fem temaer: hyperaktivitet, emotionelle problemer, adfærdsproblemer, kammeratskabsproblemer og pro-social adfærd (Goodman, Meltzer & Bailey 1998). Spørgsmålene skal besvares på baggrund af en vurdering af de sidste seks måneder, fx "Når du tænker på de seneste 6 måneder, hvor godt passer følgende på barnet: Er hensynsfuld og betænksom overfor andre". Spørgsmålene besvares ved brug af en trepunkts skala.

Skemaet kan anvendes til børn i alderen 2-17 år (Kiil, Arendt & Rosholm In press, s. 34). Børn kan selv udfylde spørgeskemaet fra 11 år, mens spørgeskemaet for yngre børn skal udfyldes enten af forældre eller pædagoger/lærere for børnene (Socialstyrelsen 2013, s. 13).

Der findes en dansk version af spørgeskemaet samt danske normer for børn på 5, 7, 10 og 12 år. Ikke kommerciel brug af papirudgaven af spørgeskemaet er gratis, mens anvendelsen af en computerbaseret version koster 500 kr. plus 1 kr. pr. spørgeskema (Kiil, Arendt & Rosholm In press).

SDQ er hyppigt anvendt inden for socialområdet. Det blev anvendt i forbindelse med evalueringen af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge" (Niss & Rasmussen 2015, s. 23), som beskrives nærmere i afsnit 5.1.

2.2.5 Spørgeskemaet The General Self-efficacy Scale (GSE)

General Self-efficacy Scale (GSE) kan benyttes til at måle selvpfattet handleevne. GSE er udviklet af Schwarzer & Jerusalem (1995a) og består af 10 spørgsmål med fire svarkategorier. Den danske version af GSE fremgår af Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Den danske version af General Self-efficacy Scale

	Passer slet ikke	Passer en smule	Passer nogenlunde	Passer præcist
Jeg kan altid løse vanskelige problemer, hvis jeg prøver ihærdigt nok	1	2	3	4
Hvis nogen modarbejder mig, finder jeg en måde til at opnå det, jeg vil	1	2	3	4
Det er let for mig at holde fast ved mine planer og realisere mine mål	1	2	3	4
Jeg er sikker på, at jeg kan håndtere uventede hændelser	1	2	3	4
Takket være mine personlige ressourcer ved jeg, hvordan jeg skal klare uforudsete situationer	1	2	3	4
Jeg kan løse de fleste problemer, hvis jeg yder den nødvendige indsats	1	2	3	4
Jeg bevarer roen, når der er problemer, da jeg stoler på mine evner til at løse dem	1	2	3	4
Når jeg støder på et problem, kan jeg som regel finde flere løsninger	1	2	3	4
Hvis jeg er i vanskeligheder, kan jeg som regel finde en udvej	1	2	3	4
Lige meget hvad der sker, kan jeg som regel klare det	1	2	3	4

Kilde: (Mikkelsen, Schwarzer & Jerusalem 1999).

Skalaen er udarbejdet til anvendelse blandt unge ≥ 12 år. Skemaet anbefales ikke anvendt af personer under 12 år (Schwarzer & Jerusalem 1995b). Det er gratis at anvende skemaet. GSE blev anvendt i forbindelse med evalueringen af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge" (Niss & Rasmussen 2015, s. 23), som beskrives nærmere i afsnit 5.1.

2.2.6 Spørgeskemaet Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg 1965) består af 10 udsagn om barnets og den unges selvværd, som besvares på en firepunktsskala, jf. Tabel 2.3. Fem af udsagnene er positive, og fem er negative.

Tabel 2.3 Rosenberg Self-Esteem Scale til måling af børns selvværd

Instruktion: Sæt en cirkel rundt om det passende tal for hvert af de 10 udsagn nedenfor, afhængig af om du er: helt enig (1), enig (2), uenig (3) eller stærkt uenig (4)					
1.	Du er alt i alt tilfreds med dig selv	1	2	3	4
2.	Fra tid til anden synes du, at du overhovedet ikke dur til noget	1	2	3	4
3.	Du synes, at du har en del gode egenskaber	1	2	3	4
4.	Du er i stand til at gøre noget lige så godt, som de fleste andre	1	2	3	4
5.	Du synes, at du har meget at være stolt af	1	2	3	4
6.	Du føler dig helt nyttesløst fra tid til anden	1	2	3	4
7.	Du synes, at du er et menneske af værdi. I det mindste lige så værdifuld som de fleste andre	1	2	3	4
8.	Du ville ønske, at du kunne have mere respekt for dig selv	1	2	3	4
9.	Alt i alt er du tilbøjelig til at tro, at du er mislykket	1	2	3	4
10.	Du har en positiv holdning over for dig selv	1	2	3	4

Note: SFI's oversættelse af Rosenberg Self-Esteem Scale.

Kilde: (Socialstyrelsen 2015).

Skalaen er oprindeligt valideret på gymnasieelever, men anvendes bredt. Internationalt set er skalaen det mest udbredte redskab til at måle selvværd, og den er endvidere let at administrere. Skalaen er valideret over for forskellige befolkningsgrupper, men der er ikke foretaget validering med danske data (Socialstyrelsen 2015). Skalaen blev anvendt i forbindelse med evalueringen af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge" (Niss & Rasmussen 2015, s. 23).

2.3 Opsamling

Til vurdering af effekten af indsatser til børn og unge med overvægt må det primære effektmål altid være ét, der måler ændringen i barnets/den unges overvægtstatus. BMI SDS (også betegnet BMI Z-scores) er internationalt set den mest anvendte metode til opgørelse af ændring i overvægtstatus over tid hos børn og unge. BMI-point fra overvægtsgrænsen vil imidlertid også kunne anvendes, og metoden er let at gå til. Ulempen ved metoden er imidlertid, at der ikke tages højde for variationen i BMI, som varierer med alderen.

Som supplement til ændring i BMI kan anvendes mål for fedtmængde og fedtets placering. I kommunalt regi vurderes det realistisk at anvende bioimpedance-måling (der måler fedtmasse) og taljemål. Sidstnævnte metode kræver imidlertid træning at udføre, så målingen foretages det rigtige sted. De nævnte metoder kan også anvendes i hospitalsregi, hvor det desuden er muligt at anvende forskellige billedannedesteknikker som fx CT-, MR- og DXA-scanning. Endvidere vil det i hospitalsregi være muligt at foretage forskellige kliniske målinger af markører, der har relation til overvægtstatus (fx blodtryk, lipider og blodsukker).

Der er generelt begrænset viden om effektive indsatser til børn og unge med overvægt (uddybes yderligere i kapitel 5), hvilket umiddelbart stiller større krav til, at indsatser, der igangsættes på området, bliver effektevalueret. En effektevaluering bør som minimum indeholde en opgørelse af vægtstatus før og efter indsatsen, som bør være af en vis varighed. Endvidere vil det også være hensigtsmæssigt at foretage opfølgende målinger, således det er muligt at vurdere, om effekten opretholdes over tid (gerne længere opfølgning end et år).

Effektevalueringen bør suppleres med psykiske effektmål. Som beskrevet findes der en lang række af spørgeskemaer til måling af trivsel og livskvalitet, men ingen spørgeskemaer specifikt udviklet til måling af trivsel og livskvalitet blandt børn og unge med overvægt. Spørgeskemaerne til måling af livskvalitet og trivsel kan overordnet opdeles i generelle spørgeskemaer, der måler hverdagslivet generelt set, og mere specifikke instrumenter, der specifikt måler fx selvværd eller selvtillid. I forhold til de beskrevne spørgeskemaer i dette kapitel repræsenterer PedsQL, WHO-5, BYI og SDQ generelle spørgeskemaer, mens GSE og RSES repræsenterer specifikke spørgeskemaer, der henholdsvis måler selvopfattet handleevne og selvværd. Alt efter fokus i indsatsen kan det være relevant at anvende generelle såvel som mere specifikke spørgeskemaer. Hvis en indsats fx sundhedspædagogisk har stort fokus på at forbedre børnenes og de unges selvværd, vil det give god mening at inkludere et specifikt effektmål i forhold til dette.

En generel udfordring i forhold til inddragelse af psykiske effektmål er, at mange af spørgeskemaerne ikke er valideret i forhold til børn. Derfor vurderes PedsQL umiddelbart som det mest hensigtsmæssige mål at anvende, da det er et valideret instrument, som kan anvendes på en bred aldersgruppe (2-18 år). Anvendelse af instrumentet kræver køb af licens.

I forhold til de andre generiske spørgeskemaer kan der argumenteres for, at SDQ, der ellers er hyppigt anvendt inden for socialområdet, i denne sammenhæng ikke er lige så relevant, da det fokuserer mere på adfærd end trivsel.

WHO-5 er et simpelt spørgeskema til måling af generel trivsel og velbefindende. Det kan anvendes til børn, der er 9 år eller ældre, men er ikke valideret for denne aldersgruppe.

I forhold til BYI er det umiddelbart underskalaen, som måler selvopfattelse, der vurderes som mest relevant, hvorfor man kan overveje kun at inddrage denne underskala, som det fx er gjort i ROS-projektet. Der er uddannelseskrav til, hvem der må anvende BYI, og endvidere kræves der betaling for anvendelse af spørgeskemaet.

3 Indsatser til børn og unge med overvægt i Region Midtjylland

I Sundhedsaftalen for Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner har forebyggelse et særskilt fokus, herunder at styrke forebyggelsesindsatsen over for børn og unge med overvægt (Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner 2015)¹³. I Sundhedsaftalen præciseres endvidere ansvarsfordelingen i forhold til forebyggelse mellem region, almen praksis og kommune. Det fremhæves, at den patientrettede forebyggelse er et fælles ansvar mellem region, almen praksis og kommune og skal løftes i samarbejde mellem disse aktører. Mere specifikt er Region Midtjylland ansvarlig for den specialiserede sygdomsspecifikke forebyggelsesindsats, der er karakteriseret ved at kræve *”medvirken på speciallægeniveau, af specialiseret tværfaglighed og/eller som af patientsikkerhedsmæssige hensyn kræver tilstedeværelse af hospitalsudstyr og eller kliniske støttefunktioner”* (Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner 2015, s. 17). Kommunerne skal tilbyde opfølgende forebyggelse af sygdomsspecifik eller tværdiagnostisk karakter, mens almen praksis’ indsats er målrettet den medicinske forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvisning til kommunale tilbud (ibid.). Sundhedsaftalen går ikke ind og definerer den specifikke ansvarsfordeling i forhold til forebyggelsesindsatser for børn og unge med overvægt. Men i aftalen ligger den overordnede rettesnor, at hospitalerne kun skal inddrages i de tilfælde, hvor der er brug for specialiseret forebyggelse eller behandling. Det vil sige, at hospitalerne primært involveres ved svær overvægt.

Det har ikke været opdraget for denne opgave at tage stilling til, hvor indsatser til børn og unge med overvægt bør være forankret, eller om arbejds- og opgavefordelingen mellem sektorerne er fornuftig eller ej. Opgaven har været at afdække, hvad der for nuværende findes af indsatser i Region Midtjylland og give et overordnet overblik over disse med særligt fokus på det tværsektorielle samarbejde.

I dette kapitel skitserer vi de identificerede indsatser til børn og unge med overvægt i hospitalsenheder og kommuner i Region Midtjylland. Der gives en overordnet beskrivelse af indsatsernes organisatoriske set-up, inklusionskriterier, hvem der kan henvise til indsatserne samt indsatsernes form og indhold. For en samlet oversigt over de identificerede indsatser se Bilag 1.

3.1 Indsatser på hospitaler

Der er identificeret indsatser for overvægtige børn og unge på Hospitalsenheden Vest, Hospitalsenheden Midt og Regionshospitalet Randers (se Tabel 3.1). Horsens Regionshospital¹⁴ og Aarhus Universitetshospital¹⁵ har ingen særskilte indsatser til børn og unge med overvægt.

¹³ Der er flere niveauer i forebyggelse af overvægt: 1) at forebygge, at den opstår, 2) hvis den er opstået at forebygge, at vægten øges yderligere, og at der opstår sygdom på grund af af overvægten, og endelig 3) at forebygge, at allerede opståede sygdomme forværres.

¹⁴ Horsens Regionshospital har ikke en børneafdeling og derfor heller ikke et naturligt afsæt for at have en særskilt indsats for overvægtige børn og unge.

¹⁵ Aarhus Kommune har en lang række indsatser til overvægtige børn og unge, og Aarhus Universitetshospital ser ikke et behov for at etablere et specialiseret tilbud.

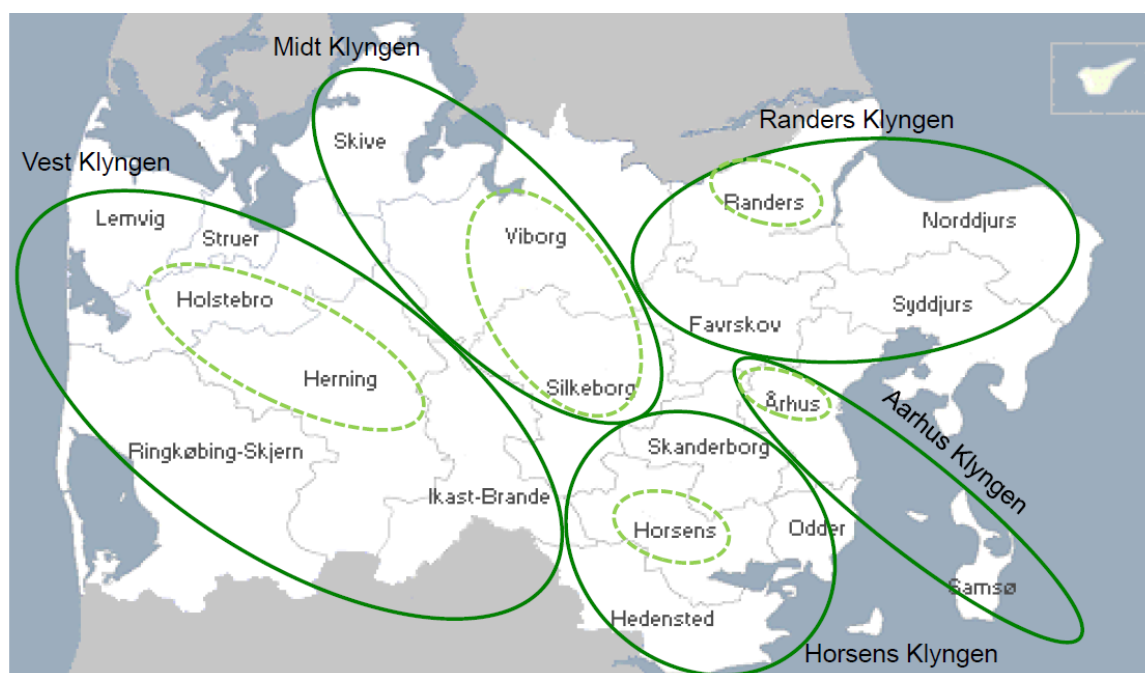
Tabel 3.1 Indsatser til børn og unge med overvægt på hospitalsenheder i Region Midtjylland, marts 2016

Hospitalsenheden	Indsatsbetegnelse	Kommuner i samarbejdet
Randers Regionshospital	Satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen" (2014-2017)	Randers, Norddjurs, Syddjurs og Favrskov Kommuner
Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenheden Midt	ROS (Rund Og Sund). Tilbud til børn med overvægt	Viborg, Skive og Silkeborg Kommuner
Regionshospitalet Holstebro, Hospitalsenheden Vest	STOR (Struktureret, tværfagligt og tværsektorielt tilbud til overvægtige småbørn og deres familier, Ringkjøbing Amt)	Intet samarbejde

Kilde: Skriftligt materiale fra hospitalsenhederne og deres hjemmesider.

Af det skriftlige materiale fremgår det, at satspuljeprojektet på Regionshospitalet Randers og indsatsen på Regionshospitalet Viborg omfatter et samarbejde med flere af de omkringliggende kommuner. Det drejer sig om kommuner, der indgår i de klynger, som er etableret omkring de to hospitalsenheder – henholdsvis Randers Klyngen og Midt Klyngen. Klyngestrukturen¹⁶ for det somatiske område i regionen fremgår af Figur 3.1.

Figur 3.1 Klyngestrukturen for det somatiske område i Region Midtjylland



Note: De fuldt optegnede cirkler angiver fem af de seks klynger. De stiplede cirkler angiver hospitalsenhederne i de respektive klynger henholdsvis Hospitalsenheden Vest (Vest Klyngen), Hospitalsenheden Midt (Midt Klyngen), Randers Regionshospital (Randers Klyngen), Aarhus Universitetshospital (Aarhus Klyngen) og Regionshospitalet Horsens (Horsens Klyngen). Kortet er ikke helt retvisende hvad angår Aarhus Klyngen, da Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital nu indgår i sin egen klynge (Aarhus Klyngen), ligesom Samsø Kommune og Aarhus Universitetshospital udgør en selvstændig klynge (Samsø Klyngen).

Kilde: <https://www.rm.dk/siteassets/sundhed/faginfor/center-for-telemedicin/billede/saarprojektet/status-fra-klyngerne/klynger-i-region-midt.pdf>

¹⁶ Det lokale samarbejde omkring sundhedsaftalerne i Region Midtjylland er organiseret i seks klynger omkring de fem hospitalsenheder, hvor de nærliggende kommuner, hospitaler og almen praksis mødes (Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner 2015).

Satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen" kører i perioden 2014-2017 og beskrives som et *'fælles regionalt/kommunalt shared care-behandlings-tilbud'* (Børneafdelingen 2013). Indsatsen er organiseret med et overvægtsambulatorium på Børneafdelingen, Regionshospitalet Randers, og overvægtsklinikker i de fire kommuner i klyngen (Favrskov, Norddjurs, Syddjurs og Randers Kommuner). Behandlingsforløbet består af 6-8 mødegange startende med en forundersøgelse på Børneafdelingen, Randers Regionshospital, ved en læge og sygeplejerske, 4-6 mødegange i overvægtsklinikken i kommunen ved sundhedsplejerske og diætist, samt årlige lægetjek på Børneafdelingen. Indsatsen er udviklet i samarbejde med Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Holbæk Sygehus¹⁷ (Børneafdelingen 2013, Børneafdelingen Regionshospitalet Randers 2014). Sideløbende med projektet med Randers Regionshospital har de fire involverede kommuner et rent kommunalt tilbud (Favrskov, Syddjurs og Randers)¹⁸ og/eller planlægger at få et (Norddjurs og Randers)¹⁹.

Indsatsen "ROS (Rund Og Sund) Tilbud til børn med overvægt" er et fast tilbud forankret på Børneafdelingen, Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenheden Midt. Børn, der enten bor i Viborg, Skive eller Silkeborg Kommuner, kan henvises til indsatsen. Behandlingen foregår ved konsultationer i Børneambulatoriet ca. hver 5. uge med enten læge eller sygeplejerske. Der er samtale med diætist 14 dage efter 1. konsultation, samt motivationssamtaler i grupper, forældremøder og mulighed for psykologsamtaler. Derudover er der mulighed for deltagelse i særlige idrætshold og kokkeskoler (Børneafdelingen 2015b, Børneafdelingen 2015a, Regionshospitalet Viborg 2015). Idrætsholdene er etableret af Viborg Idrætsråd og Skive Idrætssamvirke via økonomisk støtte fra Viborg og Skive Kommuner.

Indsatsen "STOR" er et fast forankret tilbud i Ernæringsenheden, Regionshospitalet Holstebro, Hospitalsenheden Vest. Behandlingsforløbet består af fem ambulatoriebesøg ved klinisk diætist og fysioterapeut (Ernæringsenheden 2006, Viggers 2004). Der er ikke etableret et samarbejde med kommunerne i Vest Klyngen, ud over at børn fra disse kommuner kan henvises til indsatsen.

3.2 Indsatser i kommunerne

Der er identificeret indsatser til overvægtige børn og unge i 15 af de 19 midtjyske kommuner. I øjeblikket findes ingen indsatser målrettet overvægtige børn og unge i Samsø, Struer, Ringkøbing-Skjern og Herning Kommuner²⁰. De kommuner, som har indsatser til overvægtige børn, har typisk én indsats (11 kommuner), tre kommuner har to indsatser, og en enkelt kommune (Aarhus) har mere end to indsatser målrettet overvægtige børn og unge (se Tabel 3.2). I forhold til tværsektorielt samarbejde har seks af kommunerne indsatser i samarbejde med et hospital (angivet med stjerner i Tabel 3.2), mens nogle af de resterende kommuner har samarbejde med lokale idrætsforeninger. Dette fremhæves udelukkende i forhold til at give overblik over, hvor der findes et tværsektorielt samarbejde. De kommunale indsatser, hvor der ikke er samarbejde med et hospital, kan i princippet være lige så gode som dem, hvor der er. Det er imidlertid ikke opdraget for denne rapport at tage stilling til dette.

¹⁷ Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Holbæk Sygehus, bistår med at oplære det sundhedsfaglige personale på Børneafdelingen og de fire kommuner i Randers Klyngen i den sundhedsfaglige- og pædagogiske behandlingsmetode, der anvendes i Holbæk-metoden. Der er ligeledes et samarbejde med Holbæk Sygehus om at dokumentere projektets resultater, så de kan sammenlignes med andre børneafdelinger og kommuner, der anvender Holbæk-metoden (Børneafdelingen 2013). Holbæk-metoden beskrives i afsnit 5.2.

¹⁸ I Favrskov og Syddjurs Kommuner drejer det sig om forløb i de overvægtsklinikker, der er etableret som del af den tværsektorielle indsats med Regionshospitalet Randers. Randers Kommune har en særskilt indsats til overvægtige børn og unge i 5.-8. klasse ("Nu rykker vi").

¹⁹ Norddjurs Kommune er undervejs med en indsats til overvægtige børn i 0.-2. klasse, og Randers Kommune planlægger at starte en kommunal overvægtsklinik op efter sommeren 2016 med afsæt i Holbæk-metoden.

²⁰ Tre af kommunerne (Stuer, Ringkøbing-Skjern og Herning) ligger i Vest Klyngen, hvor der er en indsats til overvægtige børn og unge på Regionshospitalet Holstebro ("STOR").

Table 3.2 Kommunale indsatser til børn og unge med overvægt fordelt på klynger og antal indsatser, Region Midtjylland, marts 2016. Det er angivet i parentes, hvis indsatsen ikke er et fast tilbud, og der dermed er tale om et tidbegrænset projekt.

	En indsats	To indsatser	Fleere end to
Vest Klyngen	Ikast-Brande: <ul style="list-style-type: none"> • Overvægtsklinik Holstebro: <ul style="list-style-type: none"> • Move VIA FUN (projekt) Lemvig: <ul style="list-style-type: none"> • Familiebaseret kostvejledning 	-	-
Midt Klyngen	Silkeborg: <ul style="list-style-type: none"> • Overvægtsklinikken Viborg: <ul style="list-style-type: none"> • Fighterne Skive: <ul style="list-style-type: none"> • Familiekostvejledning 	-	-
Randers Klyngen	Norddjurs: <ul style="list-style-type: none"> • Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen* (satspuljeprojekt) 	Randers: <ul style="list-style-type: none"> • Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen* (satspuljeprojekt) • Nu rykker vi – giv de ekstra kilo kamp til strengen^a Favrskov: <ul style="list-style-type: none"> • Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen* (satspuljeprojekt) • Kosttilbud til overvægtige børn Syddjurs: <ul style="list-style-type: none"> • Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen* (satspuljeprojekt) • Overvægtsklinikker 	-
Horsens Klyngen	Hedensted: <ul style="list-style-type: none"> • Overvægtsklinikken** Horsens: <ul style="list-style-type: none"> • Behandling af overvægtige børn og unge** Skanderborg: <ul style="list-style-type: none"> • Overvægtsklinikken (projekt) Odder: <ul style="list-style-type: none"> • Overvægtsklinikken (projekt) 	-	-
Aarhus Klyngen	-	-	Aarhus: <ul style="list-style-type: none"> • Fedt for Fight – tidlig indsats (projekt) • Fedt for Fight – skolestarter^b • Herkules og Afrodite hold • FitforKids • Familiehjælpen

Note: * Indsats i samarbejde med Randers Regionshospital.

** Indsats i samarbejde med Holbæk Sygehus.

a) "Nu rykker vi" var et satspuljeprojekt i 2012-2015, men er nu etableret som et fast tilbud i Randers Kommune (Niss & Rasmussen 2015).

b) "Fedt for Fight – skolestarter" er udviklet i et satspuljeprojekt i 2007-2011 og blev derefter etableret som fast tilbud i Aarhus Kommune (Rambøll Management Consulting A/S 2012b).

Kilde: Skriftligt materiale fra kommunerne, sundhed.dk og kommunernes hjemmesider.

To af de kommunale indsatser i henholdsvis Horsens og Hedensted Kommuner foregår i et samarbejde med Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Holbæk Sygehus. Samarbejdet handler om at afprøve, om et behandlingstilbud svarende til det, som Holbæk Sygehus tilbyder,

kan etableres i primærsektoren (Møllerup 2012, Region Sjælland 2012). Børnelæger, diætister og sygeplejersker fra Enheden for Overvægtige Børn og Unge har givet sparring til fagpersonerne i de involverede kommuner samt stået for dataindsamling og -behandling med henblik på at dokumentere, om behandlingsresultaterne fra Holbæk Sygehus kan reproducere i kommunalt regi (ibid.). Holbæk-metoden er nærmere beskrevet i afsnit 5.2.

Fire kommuner – henholdsvis Skanderborg, Odder, Ikast-Brande og Silkeborg – angiver, at der i indsatsen til overvægtige børn og unge arbejdes efter Holbæk-metoden, men uden at der er indgået et egentligt samarbejde med Enheden for Overvægtige Børn og Unge på Holbæk Sygehus. De involverede kommunale fagpersoner har typisk deltaget i et eller flere kurser af læge Jens-Christian Holm, som har udviklet Holbæk-metoden (Jens-Christian Holm Forlag og Formidling 2016).

Som den eneste kommune har Aarhus flere specifikke indsatser til forskellige aldersgrupper, som er tænkt sammen i forhold til at kunne tilbyde målrettede, sammenhængende og aldersvarende indsatser. Det drejer sig om:

- Fedt for Fight – tidlig indsats: For 3-6-årige
- Fedt for Fight – skolestarter: For 5-8-årige
- Herkules og Afrodite hold for:
 - 6-8-årige (der har deltaget i Fedt for Fight – skolestarter)
 - 8-10-årige
 - 10-15-årige
- FitforKids: For 8-12-årige²¹

Tre af indsatserne er etableret i samarbejde med lokale foreninger, henholdsvis:

- DGI (lukkede træningshold for børn, der deltager i Fedt for Fight – skolestarter)
- Idrætsklubben AGF (Herkules og Afrodite træningshold – fortsætterhold for 6-8-årige, der har deltaget i Fedt for Fight – skolestarter)
- Foreningen FitforKids (FitforKids – træning for børn og forældre samt kostvejledning)

Som noget særligt har Aarhus Kommune en indsats forankret i Socialforvaltningen kaldet Familiehjælpen. Familiehjælpen er en foranstaltning, der kan gives efter en børnefaglig undersøgelse (§ 50-undersøgelse), hvis barnet er overvægtig og der er en alvorlig socialfaglig problematik. Inden for rammerne af dette projekt har det imidlertid ikke været muligt at få mere uddybende information om det nærmere indhold af denne indsats.

3.3 Kriterier og henvisning

Vægtkriterium

Vægtkriteriet – og dermed graden af overvægt – er generelt højere for hospitalsindsatser end for kommunale indsatser, hvilket også er tendensen for indsatserne i Region Midtjylland. Således er vægtkriteriet for de hospitalsbaserede indsatser:

- Satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen": BMI > 99 %-percentilen

²¹ Aarhus Kommune har også en indsats, der sigter mod at opspore børn i 9-månedersalderen (Tidlig Tværfaglig Indsats, TTI), som er i risiko for at udvikle overvægt. Indsatsen er et samarbejdsprojekt mellem tre afdelinger (Sundhedsplejen, tandplejen og sprogkonsulenter i Læring og Udvikling) om indsats over for overvægt, sprog og tandsundhed for børn fra 9 måneder til 3 år. Denne indsats er ikke medtaget i denne afdækning, da fokus, jf. afsnit 1.3, er indsatser til overvægtige børn og unge.

- Indsatsen ROS: BMI > 90-percentilen
- Indsatsen STOR: IOTF-25.

Vægtkriterierne i de rent kommunale indsatser er generelt lavere end de helt eller delvist hospitalsbaserede indsatser. To kommunalt baserede indsatser anvender imidlertid et forholdsvis højt vægtekriterium, henholdsvis Syddjurs Overvægtsklinik, som er etableret sideløbende med samarbejdet med Regionshospitalet Randers (BMI > 99-percentil) og Aarhus Kommune, Fedt for Fight – skolestarter (alders- og kønskorrigeret BMI > 30).

Aldersinterval

Aldersintervallet for de identificerede indsatser spænder fra 0-18 år og ned til intervaller på 4 års spænd (fx 3-6 år eller 5-8 år). De helt eller delvist hospitalsbaserede indsatser har alle et bredt aldersinterval, henholdsvis 0-18 år (ROS, Regionshospitalet Viborg), 3-18 år (satspulje-projektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen") og 3-17 år (STOR, Regionshospitalet Holstebro).

Otte af de kommunale indsatser opererer med et bredt aldersinterval, henholdsvis 0-18 år (Familiekostvejledning, Skive Kommune), 2-17 år (Overvægtsklinikken, Silkeborg Kommune), 3-18 år (Overvægtsklinikker i Hedensted, Horsens, Favrskov, Syddjurs og Ikast-Brande Kommuner), 3-17 år (Overvægtsklinikken, Skanderborg Kommune) og 5-16 år (Overvægtsklinikken, Odder Kommune). Derudover er der flere indsatser henvendt til de lidt ældre børn/skolebørn henholdsvis:

- "Nu rykker vi" (Randers Kommune): 5.-8. klasse (svarende til 11-15 år)
- "Move VIA Fun" (Holstebro Kommune): 9-12 år
- "Fighterne" (Viborg Kommune): 13-18 år
- "Fedt for Fight – skolestarter" (Aarhus Kommune): 5-8 år
- "Herkules og Afrodite hold" (Aarhus Kommune): 6-8 år, 8-10 år og 10-15 år
- "FitforKids" (Aarhus Kommune): 8-12 år.

Aarhus Kommune har som den eneste et specifikt tilbud til ovevægtige førskolebørn i alderen 3-6 år ("Fedt for Fight – tidlig indsats").

Henvisning

De helt eller delvist hospitalsbaserede indsatser kræver en henvisning. For at komme i et forløb i "ROS" (Regionshospitalet Viborg) skal barnet henvises af en praktiserende læge. Deltagelse i "STOR" (Regionshospitalet Holstebro) kræver henvisning fra praktiserende læge eller hospitalsafdeling (børneafdeling). Og satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen" (Regionshospitalet Randers) kræver henvisning fra enten praktiserende læge eller sundhedsplejen. Tre af de fire kommuner involveret i satspuljeprojektet i Randers Klyngen angiver imidlertid, at børn/forældre selv kan henvende sig (selvhenvendelse). Henvendelsen vil typisk ske til en sundhedsplejerske, som så sætter gang i et forløb/sætter barnet på venteliste, såfremt inklusionskriterierne er opfyldt.

Med undtagelse af tre indsatser²² er de rent kommunale tilbud baseret på selvhenvendelse fra forældrene/barnet og kræver således ikke en decideret henvisning. Den praktiserende læge og sundhedsplejen er dog typisk angivet som dem, der kan henvise eller gøre forældre opmærk-

²² Der er ikke selvhenvendelse i indsatserne 'Fedt for Fight – tidlig indsats', 'Fedt for Fight – skolestarter' og 'Familiehjælpen' i Aarhus Kommune. I 'Fedt for Fight' opspores og henvises børnene ved sundhedsplejens 9-måneders besøg (tidlig indsats) og indskolingsundersøgelsen (skolestarter). Derudover er der henvisningsmuligheder for praktiserende læger, institutionspersonale og børnelæger fra Aarhus Universitetshospital. 'Familiehjælpen' er en socialfaglig foranstaltning, der kan visiteres til på baggrund af en børnefaglig undersøgelse (§ 50-undersøgelse).

somme på tilbuddet. Enkelte kommuner fremhæver også sagsbehandlere, lærere og pædagogisk personale som mulige henvisere.

3.4 Form og indhold

De identificerede indsatser til børn og unge med overvægt i Region Midtjylland har forskellig form og indhold. En stor del af indsatserne er dog bygget op omkring konsultationer/klinikbesøg/samtaler hen over et halvt til to år. Enkelte indsatser opererer ikke med en afgrænset tidshorisont, men tilpasser varigheden efter barnets/familiens behov.

Hovedparten af indsatserne har fokus på omlægning af kost- og motionsvaner, ligesom nogle indsatser også fokuserer på børnenes trivsel. For eksempel er det i materialet fra Nu rykker vi (Randers Kommune), Move Via Fun (Holstebro Kommune), Fighterne (Viborg Kommune) og Fit For Fight (Aarhus Kommune) ekspliciteret, at der også fokuseres på at styrke barnet/den unges selvværd og udvikle positiv selvopfattelse. I Fedt for Fight – både tidlig indsats og skolestarter (Aarhus Kommune) – fokuseres der på at udvikle de deltagende familiers handlekompetence, så både barnets vægt stabiliseres og barnet trives (Vinther-Jensen et al. 2012). I indsatsen ROS er børnenes trivsel i fokus til teammøderne, og der er mulighed for rådgivning ved den psykolog, som indgår i adipositas-teamet (Børneafdelingen 2015b). Flere af de øvrige indsatser arbejder givetvis også med børnenes trivsel og selvværd, men er mindre eksplicite omkring det.

Nogle indsatser til børn og unge med overvægt har desuden motions- eller træningsaktiviteter som en integreret del af forløbet. Disse indsatser fremgår af Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Indsatser til overvægtige børn og unge med integrerede motions- eller træningsaktiviteter, Region Midtjylland, marts 2016

Kommune/hospital	Indsats	Indhold
Randers Kommune	Ny rykker vi – giv de ekstra kilo kamp til strengen	Gruppeforløb for børn, fælles motion, individuelle familiesamtaler med sundhedsplejerske, aktivitetseftermiddage for hele familien
Holstebro Kommune	Move VIA Fun	Bevægelsesaktivitet hver uge, viden og vejledning om kost, samtaler med sundhedsplejersker, forældrearrangementer
Regionshospitalet Viborg	ROS (Rund Og Sund)	Konsultationer på børneambulatoriet, diætistsamtale, deltagelse i ROS-idrætshold og ROS-kokkeskole, motivationssamtaler i grupper, forældremøder og mulighed for psykologsamtaler
Viborg Kommune	Fighterne	Gruppebaseret undervisningsforløb med fokus på sund kost og introduktion til forskellige idræts- og træningsformer (ugentlig træning)
Aarhus Kommune	Fedt for Fight – tidlig indsats	Hjemmebesøg, motionshold (Leg og Bevægelse, DGI), forældregruppe og samtaler om mad og vaner
	Fedt for Fight – skolestarter	Hjemmebesøg, telefonvejledning, motionshold (Leg og Bevægelse, DGI), forældrekursus
	Herkules og Afrodite	Træningstilbud på særskilte hold
	FitforKids	Træning for børn og forældre, kostvejledning i hjemmet, forældrecoaching, motivationsprogram og præmiering

Kilde: Skriftligt materiale fra kommuner og hospitalsenheder samt deres respektive hjemmesider.

Herkules og Afrodite i Aarhus Kommune er som den eneste indsats et rent træningstilbud. ROS på Regionshospitalet Viborg er den eneste hospitalsbaserede indsats, hvor motionsaktivitet er integreret i forløbet i form af ROS-idrætshold.

Hovedparten af de identificerede indsatser både på hospitaler og i kommunerne i Region Midtjylland er individ-orienterede, familiebaserede forløb, hvor barnet/den unge deltager sammen med nærmeste familie (typisk forældrene) (se 2. kolonne i Tabel 3.4).

Tabel 3.4 Individ- og gruppeorienterede indsatser samt familiedeltagelse i indsatser til børn og unge med overvægt, Region Midtjylland, marts 2016

	Individorienterede familieindsatser	Individ- og gruppeorienterede familieindsatser	Gruppeorienterede indsatser henvendt til børn/unge
	Børn og forældre deltager i alle konsultationer og aktiviteter sammen	Enkelte separate aktiviteter for børn/unge og/eller forældre	
Hospitals-baserede indsatser	<ul style="list-style-type: none"> • STOR (Regionshospitalet Holstebro) 		
Hospitals- og kommunalt baserede indsatser	<ul style="list-style-type: none"> • Satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen" (Regionshospitalet Randers, Norddjurs, Randers, Favrskov og Syddjurs Kommuner) 	<ul style="list-style-type: none"> • ROS (Regionshospitalet Viborg) 	
Kommunalt baserede indsatser	<ul style="list-style-type: none"> • Overvægtsklinikken (Hedensted Kommune) • Behandling af overvægtige børn og unge (Horsens Kommune) • Overvægtsklinikken (Skanderborg Kommune) • Overvægtsklinikken (Odder Kommune) • Kosttilbud til overvægtige børn (Favrskov Kommune) • Overvægtsklinikker (Syddjurs Kommune) • Overvægtsklinik (Ikast-Brande Kommune) • Overvægtsklinikken (Silkeborg Kommune) • Familiebaseret kostvejledning (Lemvig Kommune) • Familiekostvejledning (Skive Kommune) • Familiehjælpen (Aarhus Kommune) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nu rykker vi – giv de ekstra kilo kamp til stregen (Randers Kommune) • Move VIA FUN (Holstebro Kommune) • Fedt for Fight – tidlig indsats (Aarhus Kommune) • Fedt for Fight – skolestarter (Aarhus Kommune) • FitforKids (Aarhus Kommune) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fighterne (Viborg Kommune) • Herkules og Afrodite hold (Aarhus Kommune)

Kilde: Skriftligt materiale fra kommuner og hospitalsenheder samt deres respektive hjemmesider.

Seks indsatser er kombinerede individ- og gruppeorienterede familieindsatser, hvor der – udover individuelle møder med barnet/familien – også er mødegange og/eller aktiviteter sammen med andre børn/unge og eventuelt forældre (se 3. kolonne i Tabel 3.4). Derudover er der to rent gruppeorienterede indsatser kun henvendt til børn/unge, henholdsvis Fighterne (Viborg Kommune) og Herkules og Afrodite (Aarhus Kommune) (se 4. kolonne i Tabel 3.4).

De aktiviteter, der er organiseret som gruppeaktiviteter, er typisk aktiviteter omkring fysisk aktivitet og madlavning eller forældregrupper, hvor der fokuseres på forældrerollen. Fx er der i "Nu rykker vi – giv de ekstra kilo kamp til stregen" (Randers Kommune) et gruppeforløb for børn i grupper af otte med fælles motion samt aktivitetseftermiddage for alle familier. I ROS (Regionshospitalet Viborg) er den del af indsatsen, der handler om fysisk aktivitet (idræts hold) og madlavning (kokkeskoler), organiseret som gruppeforløb. I Fedt for Fight – tidlig indsats og skolestarter (Aarhus Kommune) er der ligeledes leg og bevægelse i grupper samt forældregrupper/gruppebaserede forældrekurser.

3.4.1 Hospitalsbaserede og tværsektorielle indsatser

De hospitalsbaserede og tværsektorielle indsatser er overordnet set opbygget omkring følgende struktur:

- Der afholdes en 1. samtale/forundersøgelse, hvor barnet måles og vejes, kost- og bevægelsesvaner afdækkes, og der lægges en plan for behandlingsforløbet
- Der afholdes opfølgende konsultationer, hvor der følges op på planerne²³. I ROS og STOR afholdes de opfølgende konsultationer med forholdsvis faste intervaller, henholdsvis hver 5. uge indtil succesfuldt vægttab er opnået (ROS) og hver 3.-4. måned i et år (STOR). I satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen" afvikles der typisk 4-6 opfølgningssange over to år.

Som nævnt er der som del af ROS desuden etableret særskilte aktiviteter omkring motion og kost. Det betyder imidlertid ikke, at kost og motion ikke er i fokus i de to andre hospitalsbaserede indsatser, men det sker primært med udgangspunkt i planer og anvisninger herom.

I "ROS" og satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen" varetages første konsultation af både en læge og en sygeplejerske. I Randers Klyngen deltager en kommunal sundhedsplejerske/fagperson med ernæringsfaglig uddannelse også i den første konsultation. De opfølgende konsultationer varetages i ROS af en sygeplejerske, ligesom der er en enkelt samtale med en diætist og mulighed for samtale med psykolog. De tilknyttede idrætshold varetages af idrætskonsulenter fra Viborg Idrætsråd og Skive Idræts-samvirke. I satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen" varetages de opfølgende konsultationer i de fire klyngekommuner af sundhedsplejersker/fagpersoner med ernæringsfaglig uddannelse. Derudover er der lægetjek på hospitalet én gang årligt. Indsatsen "STOR" varetages af en klinisk diætist og en fysioterapeut, og der er ikke tilknyttet læger eller sygeplejersker.

Satspuljeprojektet i Randers Klyngen tager afsæt i Holbæk-metoden, som beskrives nærmere i afsnit 5.2.2. Indsatsen ROS tager udgangspunkt i de samme amerikanske ekspert-anbefalinger som Holbæk-metoden (Barlow & Expert Committee 2007) og tager desuden afsæt i den motiverende samtale og Sundhedsstyrelsens kostanbefalinger (Børneafdelingen 2015b). I materialet om indsatsen STOR er det ikke nærmere ekspliciteret, hvilken tilgang eller metode der følges, men at indsatsen består af diætetisk udredning og behandling samt fysioterapeutisk udredning og vejledning.

3.4.2 Indsatser i kommunerne

De kommunalt baserede indsatser, som følger Holbæk-metoden (fire indsatser i henholdsvis Hedensted, Horsens, Favrskov og Syddjurs Kommuner) eller er inspireret heraf (fire indsatser i henholdsvis Skanderborg, Odder, Ikast-Brande og Silkeborg Kommuner), er forankret i overvægtsklinikker, hvor barnet/forældrene kommer til klinikbesøg/samtaler med forskellige intervaller – mellem hver 5. og 8. uge – i en periode på 1-2 år. Klinikbesøgene varetages af sundhedsplejersker og eventuelt diætister/kostvejledere.

De øvrige ni kommunale indsatser har forskellige opbygning og kan overordnet inddeles i følgende tre typer indsatser:

- Indsatser, der kombinerer træning/bevægelse, kostvejledning, samtaler og eventuelt forældreinvolvering (Move Via Fun, Holstebro Kommune; Nu rykker vi, Randers Kommune;

²³ I satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen" varetages de opfølgende samtaler af kommunale sundhedsplejersker/fagpersoner med ernæringsfaglig uddannelse.

Fighterne, Viborg Kommune; Fit for Kids og Fedt for Fight – tidlig indsats + skolestarter (alle tre Aarhus Kommune)

- Træningstilbud (Herkules og Afrodite, Aarhus Kommune)
- Kostvejledning bestående af et antal samtaler med en kost- og ernæringskonsulent og klinisk diætist/sundhedsplejerske (Familiebaseret kostvejledning, Lemvig kommune, og Familiekostvejledning, Skive Kommune)²⁴.

Fire indsatser – alle i Aarhus Kommune – anvender desuden hjemmebesøg eller vejledning i hjemmet som del af indsatsen. Det drejer sig om:

- Fedt for Fight – tidlig indsats
- Fedt for Fight – skolestarter
- FitforKids
- Familiehjælpen

I Fedt for Fight (både tidlig indsats og skolestarter) er fokus for hjemmebesøgene forældrenes handlekompetencer og relation til barnet. I FitforKids indgår der kostvejledning i hjemmet. Det har ikke inden for rammerne af dette projekt været muligt at få information om det nærmere indhold af besøgene i Familiehjælpen, som er en indsats forankret i Socialforvaltningen.

De kommunalt baserede indsatser varetages typisk af sundhedsplejersker eller diætister/kostvejledere. I nogle tilfælde varetages indsatsen udelukkende eller delvist af motionsinstruktører/trænere (Nu rykker vi – giv de ekstra kilo kamp til stregen, Randers Kommune; Move VIA FUN, Holstebro Kommune; Herkules og Afrodite og FitforKids, Aarhus Kommune). I et enkelt tilfælde varetages indsatsen af pædagoger fra en ungdomsskole (Fighterne, Viborg Kommune).

3.5 Opsamling

Størstedelen af de identificerede indsatser er kommunalt baserede. En enkelt indsats er baseret på et shared care-samarbejde mellem et hospital og de omkringliggende kommuner (satspulje-projektet 'Indsats til overvægtige børn og unge i Randers Klyngen'), og indsatsen ROS, Regionshospitalet Viborg løftes i samarbejde med lokale idrætsforeninger. Indsatsen STOR, Regionshospitalet Holstebro, er forankret i hospitalsregi.

Satspuljeprojektet i Randers Klyngen og otte af de kommunalt baserede indsatser følger eller er inspireret af Holbæk-metoden. Tre af disse indsatser er etableret i et samarbejde med Enheden for Overvægtige Børn og Unge på Holbæk Sygehus (satspuljeprojektet i Randers Klyngen og overvægtsklinikker i Hedensted og Horsens Kommuner). De øvrige kommunale indsatser er a) kombinerede indsatser indeholdende træning/bevægelse, kostvejledning, samtaler og eventuelt forældreinvolvering, b) træningstilbud og c) kostvejledning. Aarhus Kommune har som den eneste flere specifikke, men overordnet sammenhængende indsatser til forskellige aldersgrupper, hvoraf flere er etableret i samarbejde med lokale idrætsforeninger.

Vægtkriterierne i de rent kommunale indsatser er generelt lavere end i de helt eller delvist hospitalsbaserede indsatser, hvilket er i overensstemmelse med, at kommunerne har et bredere ansvarsområde. De helt eller delvist hospitalsbaserede indsatser og hovedparten af de kommunalt baserede indsatser anvender et bredt alderskriterium. Dog er flere af de kommunalt baserede indsatser udelukkende henvendt til skolebørn/lidt ældre børn.

²⁴ Derudover er der indsatsen Familiehjælpen i Aarhus Kommune, men da det ikke har været muligt at få information om det nærmere indhold af denne indsats inden for rammerne af dette projekt, er det ikke muligt at indplacere indsatsen her.

Størstedelen af indsatserne er bygget omkring konsultationer/klinikbesøg/samtaler henover et halvt til to år med fokus på omlægning af kost- og motionsvaner. Endvidere har nogle indsatser et specifikt fokus på at bedre børnenes trivsel. Nogle indsatser har desuden motions- og træningsaktiviteter som en integreret del af forløbet.

Hovedparten af de identificerede indsatser er individorienterede familieindsatser, hvor barnet/den unge deltager sammen med nærmeste familie (typisk forældrene). Seks indsatser er kombinerede individ- og gruppeorienterede familieindsatser, mens to indsatser er rent gruppebaserede henvendt til børn/unge. Fire indsatser – alle i Aarhus Kommune – omfatter desuden hjemmebesøg.

Indsatserne i hospitalsregi varetages af læger, sygeplejersker, diætister og eventuelt psykologer, idrætskonsulenter og fysioterapeuter. De kommunalt baserede indsatser varetages primært af sundhedsplejersker og diætister/kostvejledere og eventuelt motionsinstruktører eller trænere.

4 Erfaringer med tværsektorielt samarbejde

I dette kapitel rettes fokus mod de erfaringer, som de interviewede aktører har med tværsektorielt samarbejde. I *Temagruppen for børn og unge – somatik* er det tværsektorielle samarbejde – herunder udfordringer i dette samarbejde – et centralt fokus (Region Midtjylland 2013). Derfor har gruppen ønsket et særskilt fokus herpå i denne afdækning af indsatser til børn og unge med overvægt. Det skal imidlertid ikke ses som udtryk for, at en tværsektoriel organisering, fx på tværs af hospitaler og kommuner, nødvendigvis er at foretrække. Temagruppen har blot gerne villet indhente nogle af de erfaringer, der for nuværende er med tværsektorielt samarbejde i indsatser til børn og unge med overvægt i Region Midtjylland.

De interviewede aktører repræsenterer – som beskrevet i afsnit 1.1.1, s. 10 – forskellige positioner i forskellige tværsektorielle set-ups²⁵. Det skal pointeres, at de interviewede aktører ikke nødvendigvis repræsenterer hele spektret af perspektiver på og oplevelser med tværsektorielt samarbejde i indsatser til børn og unge med overvægt i Region Midtjylland. Der indgår fx kun én praktiserende læge med praksis i Viborg Kommune i interviewundersøgelsen. Denne læges erfaringer og perspektiver afspejler ikke nødvendigvis alle praktiserende læger i Midt Klyngen.

4.1 Hvad består det tværsektorielle samarbejde i?

I den konkrete udførelse af de indsatser, som de interviewede aktører har en rolle i, er det forskelligt, hvordan og i hvilket omfang der er etableret et tværsektorielt samarbejde. I det følgende beskrives kort, hvordan dette tværsektorielle samarbejde tager sig ud.

Satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen" løftes i et shared care-samarbejde mellem Regionshospitalet Randers og de fire omkringliggende klyngekommuner. Forundersøgelse og årlige lægetjek foregår på hospitalet, mens de opfølgende konsultationer foregår i de kommunale overvægtsklinikker i den kommune, hvor barnet/familien bor. Indsatsen er udviklet i samarbejde med Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Holbæk Sygehus, som har bistået i oplæringen af det sundhedsfaglige personale samt dokumentation af projektets resultater.

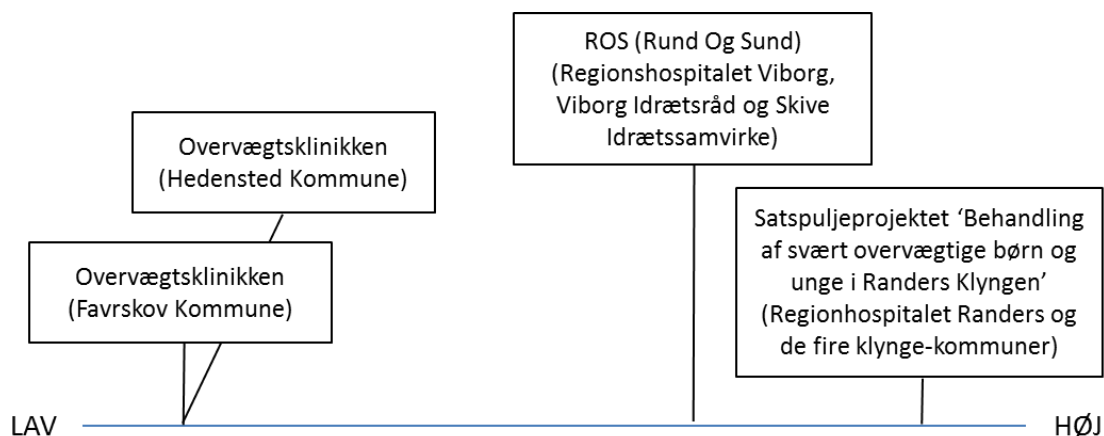
I indsatsen ROS (Rund Og Sund), Regionshospitalet Viborg, foregår alle konsultationer på hospitalet, mens særskilte idrætsaktiviteter for overvægtige børn tilbydes i samarbejde med Viborg Idrætsråd og Skive Idrætssamvirke. Der er p.t. ikke et samarbejde med de omkringliggende klyngekommuner, ud over at de kan henvise til indsatsen.

Overvægtsklinikken i Hedensted Kommune og overvægtsklinikken i Favrskov Kommune er rent kommunalt baserede indsatser. Hedensted har etableret deres indsats i samarbejde med Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Holbæk Sygehus. Samarbejdet har omfattet uddannelse og faglig sparring af de involverede fagpersoner, ligesom Holbæk Sygehus har stået for dataindsamling og databearbejdning med henblik på at dokumentere behandlingsresultaterne. Overvægtsklinikken i Favrskov Kommune er etableret sideløbende med den overvægtsklinik, der er etableret som del af satspuljeprojektet med Randers Regionshospital. Indsatsen i denne kommunale overvægtsklinik foregår efter de samme principper som i satspuljeprojektet, men altså uden forundersøgelsen på hospitalet og de årlige lægetjek.

²⁵ I gennemgangen af det skriftlige materiale fremgik det, at ROS havde et særskilt samarbejde med de tre kommuner i Midt Klyngen. Derfor blev det besluttet at interviewe en kommunal repræsentant fra Viborg Kommune. Under interviewet blev det imidlertid klart, at der p.t. ikke var et etableret samarbejde mellem hospitalet og de indsatser, som kommunen tilbyder børn og unge med overvægt. Dog kan kommunen henvise børn til ROS og har finansieret de aktiviteter, som det lokale idrætsråd har etableret som del af ROS. Der er dog taget indledende skridt til at etablere et endnu tættere samarbejde, og interviewet fokuserede således også på forventninger til og potentialerne i dette fremtidige samarbejde.

På et tværsektorielt kontinuum med den højeste grad af tværsektorielt samarbejde i udførelsen af indsatsen i den ene ende og et minimum af tværsektorielt samarbejde i den anden ende placerer de nævnte indsatser sig overordnet set som vist i Figur 4.1.

Figur 4.1 Graden af tværsektorielt samarbejde i udførelsen af de indsatser, som de interviewede personer er aktører i



Kilde: Skriftligt materiale om indsatserne samt interviewdata.

I det følgende rettes fokus først mod det tværsektorielle samarbejde omkring henvisning til kommunalt og hospitalsbaserede indsatser til børn og unge med overvægt. Dernæst gennemgås de fordele og udfordringer, som de interviewede aktører oplever i det tværsektorielle samarbejde omkring selve udførelsen af indsatser til overvægtige børn og unge.

4.1.1 Almen praksis som aktør i det tværsektorielle samarbejde omkring opsporing og henvisning

Der er forskellige krav til, hvem der kan henvise. Det kræver en henvisning fra egen læge at blive inkluderet i ROS (Regionshospitalet Viborg), mens både praktiserende læger og sundhedsplejersker kan henvise til satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen". De rent kommunale tilbud (overvægtsklinikker i Hedensted og Favrskov Kommuner samt Fighterne i Viborg Kommune) kræver ikke henvisning – her kan familierne selv henvende sig.

Selvom praktiserende læger skal henvise til ROS, er det sygehusrepræsentantens opfattelse, at det er sundhedsplejerskerne, der spotter børnene og gør dem opmærksom på indsatsen, herunder at det kræver en henvisning fra egen læge. Sygehusrepræsentanten fra Randers Regionshospitalet og den kommunale repræsentant fra Favrskov Kommune er enige i, at det er sundhedsplejerskerne, der henviser flest til satspuljeprojektet "Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen".

Udfordringen i forhold til at få almen praksis til at henvise til en indsats er ifølge de interviewede hospitalsrepræsentanter og kommunale repræsentanter bl.a., at de praktiserende læger skal forholde sig til mange forskellige tilbud til deres patienter. Den interviewede praktiserende læge bekræfter, at det er svært at have overblik over de mange tilbud. For eksempel kendte han ikke til Fighterne i Viborg Kommune. Ifølge den kommunale repræsentant fra Favrskov Kommune er det ikke modvilje fra de praktiserende lægers side, der gør, at de ikke henviser. Hun oplever, at de praktiserende læger ser det tværsektorielle satspuljeprojekt i Randers Klyngen og den rent kommunale indsats (overvægtsklinik) som gode tilbud, men at det måske ikke

altid er oplagt for dem at tage overvægtsproblematikken op (fx hvis barnet kommer med halsbetændelse). Sygehusrepræsentanten fra Regionshospitalet Randers vurderer, at de praktiserende læger måske ikke er så opmærksomme på overvægtsproblematikken. Opfattelsen hos sygehusrepræsentanten fra Regionshospitalet Viborg er, at de praktiserende læger gerne henviser til en indsats, fordi det er en svær problematik, som de egentlig ikke ønsker at gå ind i. Den kommunale repræsentant fra Hedensted Kommune oplever ligeledes, at de praktiserende læger gør meget lidt på området. De er derfor glade for, at kommunen har en indsats (overvægtsklinik), de kan henvise til.

Den praktiserende læge fortæller, at han selv forsøger at gøre en indsats inden for egne rammer, inden han henviser til ROS. Det er også et krav for at blive inkluderet i ROS, at der skal være afprøvet vægttab i regi af almen praksis. Hvis børnene fx viser sig at være overvægtige ved 5-års undersøgelsen, giver han familien/barnet kostanvisninger og tilbyder kontrolvejning. Han oplever dog ikke så stor interesse for sidstnævnte. Den praktiserende læge fortæller yderligere, at han ikke nødvendigvis spørger ind til vægt, hvis det ikke er årsagen til, at forældrene har henvendt sig. Men har barnet symptomer, der kan relatere sig til overvægt – fx hvis forældrene kommer med "det trætte barn", eller barnet har symptomer fra bevægeapparatet – så bringer han det op. Men derudover er han ikke proaktiv i forhold til at bringe overvægt op i konsultationer med børn og forældre.

Ifølge den interviewede praktiserende læge behøver det ikke nødvendigvis være en praktiserende læge, som henviser til ROS. Han mener, at det kan være en ekstra barriere for familierne, at de skal omkring egen læge, hvis de fx allerede har talt med en sundhedsplejerske om problemet. Han mener, at det lige så godt kan være en sundhedsplejerske, som henviser – som tilfældet fx er for satspuljeprojektet i Randers Klyngen.

Selvom den overordnede opfattelse blandt de interviewede hospitalsrepræsentanter og kommunale repræsentanter er, at de praktiserende læger godt kunne være mere aktive i forhold til at spotte overvægt og henvise til de eksisterende indsatser, så er indtrykket også, at der er stor forskel på den enkelte læges tilbøjelighed til at henvise børn og unge til indsatser i hospitalsregi og/eller kommunalt regi. Vi har specifikt spurgt ind til, om denne forskellige henvisningstilbøjelighed har noget at gøre med, om indsatsen er et rent kommunalt tilbud, foregår i hospitalsregi eller er tværsektorielt forankret. Den interviewede praktiserende læge pointerer, at det ikke gør nogen forskel, hvor indsatsen er forankret. For ham er det vigtigst, at han har en fornemmelse af, at det, der foregår, er kompetent. Indsatsen kan varetages af erfarne sundhedsplejersker, læger eller diætister, blot de kender til børn og overvægt. Fordelen ved en hospitalsbaseret indsats er ifølge den praktiserende læge dog, at hospitalet tager sig af eventuelle sygdomme hos barnet/den unge, og at han derfor ikke skal tænke på dette. Hvis det var en rent kommunalt baseret indsats, ville han som praktiserende læge skulle udrede eventuelle sygdomme.

Ifølge de interviewede hospitalsrepræsentanter og kommunale repræsentanter er der ikke noget entydigt svar på spørgsmålet om, hvorvidt praktiserende læger foretrækker hospitalsbaserede indsatser fremfor kommunalt baserede indsatser. For eksempel fortæller en af de kommunale repræsentanter, at det for nogle praktiserende læger er mere trygt at henvise til en hospitalslæge, mens andre har fuld tiltro til, at kommunen kan løfte opgaven. En af sygehusrepræsentanter oplever, at de praktiserende læger godt kan lide, at de fysiske data bliver kontrolleret, og børnene får taget blodprøver, hvilket sker som del af de hospitalsbaserede indsatser.

4.2 Oplevede fordele ved det tværsektorielle samarbejde mellem hospital og kommune

Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen (satspuljeprojekt)

En af fordelene ved den tværsektorielle organisering er ifølge både hospitalsrepræsentanten og den kommunale repræsentant fra satspuljeprojektet, at den kommunale fagperson fungerer som en gennemgående figur i hele forløbet. Den kommunale fagperson står ikke blot for de opfølgende konsultationer i den kommunale overvægtsklinik, men deltager også i forundersøgelsen på hospitalet. Hospitalsrepræsentanten fortæller, at de dårlige vaner og den manglende motion bliver kortlagt under forundersøgelsen, ligesom man får et generelt indtryk af familien. Informationen og indtrykket kan den kommunale fagperson tage med sig videre i forløbet med barnet/den unge og dennes familie. Modsat en ren hospitalsbaseret indsats kan den kommunale fagperson følge op på problematikker, som ikke vedrører overvægten direkte, men også er vigtige at få taget hånd om. Det kan dreje sig om at tage kontakt til barnets skole med henblik på at håndtere mobning og til at foretage indberetninger til kommunen om hjælp til familierne.

En yderligere fordel ved det tværsektorielle samarbejde, som det er organiseret i satspuljeprojektet i Randers Klyngen, er ifølge både hospitalsrepræsentanten og den kommunale repræsentant, at eventuelt bagvedliggende sygdomme hos barnet kan blive afdækket på hospitalet. Et manglende vægttab kan i nogle tilfælde skyldes bagvedliggende sygdom. Det har en børnelæge ifølge hospitalsrepræsentanten fra Randers Regionshospital et helt andet blik for end den praktiserende læge. Den kommunale repræsentant forklarer, at de ikke står alene med ansvaret i sådanne situationer, og hun oplever i den forbindelse en stor tryghed ved samarbejdet med hospitalet.

I den kommunale overvægtsklinik, der ikke arbejder sammen med et hospital, fortæller den kommunale repræsentant fra Favrskov Kommune, at den praktiserende læge skal involveres, hvis der skal afdækkes eventuel sygdom. Den praktiserende læge kan kun afdække nogle sygdomme (fx sukkersyge), mens det ved mange andre sygdomme (fx stofskiftesygdomme) er nødvendigt at henvise til hospitalet. Dette "ekstra led" er elimineret i satspuljeprojektet i Randers Klyngen.

En yderligere fordel ved det tværsektorielle samarbejde i satspuljeprojektet i Randers Klyngen er ifølge den kommunale repræsentant fra Favrskov Kommune, at der er mulighed for at lave forskning med det involverede hospital og på tværs af de fire kommuner frem for at hver enkelt kommune kører sine egne små projekter. Den kommunale repræsentant er af den opfattelse, at man skylder de mennesker, man involverer i en indsats, at man forholder sig til, om den rent faktisk virker.

Indsatsen ROS

I indsatsen ROS samarbejdes der på tværs af hospital og lokale idrætsråd (Viborg Idrætsråd og Skive Idrætssamvirke). Hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Viborg fortæller, at Viborg Idrætsråd og hospitalet har udviklet indsatsen sammen og beskriver samarbejdet som meget velfungerende. Idrætskonsulenter fra både Viborg Idrætsråd og Skive Idrætssamvirke er inviteret til at deltage i de teammøder, der afholdes i adipositas-teamet på børneafdelingen hver 14. dag, og når der afholdes temadage. Desuden er idrætskonsulenterne med i al kommunikation omkring indsatsen pr. mail.

Fordelen ved dette tætte samarbejde er ifølge hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Viborg, at der er fokus på, at børnene skal ændre motionsvaner, og den opgave kan hospitalet ikke løfte alene. Hospitalsrepræsentanten fortæller videre, at Viborg Idrætsråd og Skive Idrætssamvirke har forståelse for og indblik i overvægtsproblematikken, og på den baggrund har

de etableret specifikke idrætshold til de overvægtige børn (primært for de større børn), der indgår i ROS.

En anden fordel ved det tætte samarbejde er ifølge hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Viborg en høj grad af vidensudveksling omkring børnene, og at børnene, som konsekvens heraf, oplever kontinuitet. Når idrætskonsulenterne deltager i teammøderne, får hospitalspersonalet fx viden om, hvordan børnene fungerer i motionsammenhæng, og hvordan forældrene involverer sig i aktiviteten. Børnene oplever, at indsatsen hænger sammen, fordi de involverede fagpersoner/idrætskonsulenter kender hinanden og kan referere til hinanden, uddyber hospitalskonsulenten. Barnet får samtidig en fornemmelse af "de ved noget om mig" og føler sig på den måde betydningsfuld.

Et tredje aspekt ved det tværsektorielle samarbejde i ROS er ifølge hospitalsrepræsentanten, at det giver et godt "brand" at samarbejde på tværs. ROS er særligt godt brandet og kendt i Viborg Kommune, og hospitalsrepræsentanten tilføjer, at det har både hospitalet og Viborg Idrætsråd fordele af. Samtidig kan Viborg Idrætsråd fungere som hospitalets vej ind i Viborg Kommune (kommunen yder finansiell støtte til idrætsrådet og har en samarbejdsaftale med det). Hospitalsrepræsentanten fortæller, at samarbejdet med den kommunale sundhedspleje beklageligvis er ikke eksisterer i øjeblikket. Dog er der gode takter i forhold til Viborg Kommune, som har budt ind til et tættere samarbejde. Man vil også gerne have et tættere samarbejde med de to øvrige kommuner i Midt Klyngen, henholdsvis Silkeborg og Skive Kommune. Hospitalsrepræsentanten beklager i den sammenhæng, at Silkeborg Kommune har etableret deres eget tilbud med afsæt i Holbæk-metoden. Der var på et tidspunkt optakt til etablering af et formelt samarbejde, men så skiftede sundhedsplejen leder, og kommunen valgte at gå andre veje. Hospitalsrepræsentanten er bekymret for, om Silkeborg Kommune ved, hvilke børn de selv skal se, og hvilke der skal henvises videre til ROS. Og hvis børnene har fysiske komplikationer, så sendes de til praktiserende læge frem for til børneafdelingen 30 km væk, som ifølge hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Viborg er fuldstændig skarp på lige netop de problematikker.

Kommunale overvægtsklinikker i Hedensted og Favrskov Kommuner

Den kommunale repræsentant fra Favrskov Kommune fortæller, at de erfaringer, som gøres i det tværsektorielle satspuljeprojekt i Randers Klyngen, drages ind i den kommunale overvægtsklinik (som blev etableret samtidig med satspuljeprojektet). De to sundhedsplejersker, som varetager indsatsen i den kommunale overvægtsklinik, har deltaget i samme uddannelsesforløb som den kommunale fagperson, som indgår i satspuljeprojektet. Ligeledes sparrer de to sundhedsplejersker og den kommunale fagperson med hinanden og bruger de samme faciliteter. Pladserne i satspuljeprojektet blev desuden hurtigt fyldt op, fortæller den kommunale repræsentant. De børn, der ikke kan indgå i satspuljeprojektet, inkluderer kommunen derfor i deres egen overvægtsklinik.

Der er ikke noget tværsektorielt samarbejde med lokale hospitaler i indsatsen i Hedensted Kommune. De indgik et samarbejde med Holbæk Sygehus, fordi de gerne ville deltage i et forskningsprojekt, så de kunne få dokumenteret effekten af deres indsats. Den kommunale repræsentant fra Hedensted Kommune giver dog udtryk for, at de gerne ville have haft nogle samarbejdspartner i regi af Region Midtjylland. En styrke ved et sådant samarbejde ville være muligheden for at få lægefaglig sparring i forhold til nogle af børnene (fx omkring spiseforstyrrelser). Der var imidlertid ikke nogen erfaring at trække på fra Regionshospitalet Horsens i forhold til indsatser til børn og unge med overvægt (da der ikke er en børneafdeling på Regionshospitalet Horsens).

4.3 Oplevede udfordringer i det tværsektorielle samarbejde mellem hospital og kommune

De interviewede hospitalsrepræsentanter og kommunale repræsentanter nævner en række udfordringer i det tværsektorielle samarbejde:

- At få almen praksis til at spotte og henvise børn og unge med overvægt
- At udveksling af information og koordinering er tidskrævende, fordi hospitalets og kommunernes systemer ikke kan tale sammen
- At samarbejde på tværs ikke prioriteres, og at der mangler kendskab til, hvad der foregår i den "anden" sektor.

Som beskrevet i afsnit 4.1.1 mener de interviewede hospitalsrepræsentanter og kommunale repræsentanter, at de praktiserende læger kunne være mere proaktive i forhold til at spotte børn og unge med overvægt og dernæst henvise dem til relevante indsatser. Lægerne er dog udfordret af, at de skal forholde sig til mange forskellige tilbud til deres patienter. Lægerne kan desuden være tilbageholdne med at tage overvægtsproblematikken op, hvis det ikke er den konkrete årsag til, at fx forældrene henvender sig.

Kommunikationen på tværs af sektorer er generelt tidskrævende, fremhæver hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Randers. Repræsentanten oplever, at kommunikationen mellem hospitalet og de fire kommuner i satspuljeprojektet i Randers Klyngen udfordres af, at de ikke har en fælles kommunikationsplatform. De kommunale fagpersoner kan ikke læse i hospitalets systemer, og hospitalet kan ikke tilgå kommunernes systemer. Meget af kommunikationen med de kommunale fagpersoner foregår derfor via mail. Når barnet har været til kontrol på hospitalet, sender hospitalet en mail med resultaterne til kommunen. Hvis et barn udebliver fra kontrol, sendes der ligeledes information til den kommunale fagperson herom. Meget af det, som skal sendes til kommunerne, skal dog først scannes, og det oplever hospitalsrepræsentanten som meget tidskrævende. Den kommunale repræsentant fra Favrskov Kommune synes, at kommunikationsvejene fungerer fint i forhold til den opgave, som kommunen skal løfte, og ser ikke et behov for en fælles platform.

Hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Viborg ser ingen udfordringer i det veletablerede samarbejde mellem ROS og Viborg Idrætsråd/Skive Idrætssamvirke. Man vil dog som nævnt rigtig gerne have et tættere samarbejde med sundhedsplejen i de tre kommuner i Midt Klyngen. Adspurgt om, hvorfor dette samarbejde ikke allerede er etableret, svarer hospitalsrepræsentanten, at kommunerne ikke har været klar til at indgå et reelt samarbejde, selvom det er forsøgt flere gange. Omvendt mener den kommunale repræsentant fra Viborg Kommune, at ROS har været for lukket om sig selv og ikke kender de tilbud, der findes i kommunen. Hospitalsrepræsentanten bekræfter, at det først for nylig er gået op for dem, at der i regi af Viborg Ungdomsskole er et tilbud til overvægtige børn i alderen 13-18 år (Fighterne). Både den kommunale repræsentant fra Viborg Kommune og hospitalsrepræsentanten har imidlertid positive forhåbninger til den samarbejdsvilje, som både kommunen og hospitalet nu udviser. For at det skal lykkes, mener hospitalsrepræsentanten, at samarbejdet skal prioriteres både ledelsesmæssigt og politisk, at de har respekt for hinandens arbejde, og at de faktisk mødes med jævne mellemrum og lægger planer for den fælles indsats.

4.4 Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde

De interviewede hospitalsrepræsentanter, kommunale repræsentanter og den praktiserende læge er blevet bedt om at pege på, om et tættere samarbejde mellem bestemte aktører kan styrke indsatserne til gavn for målgruppen – og i givet fald hvordan.

Overordnet er meldingen fra de kommunale repræsentanter, at de kan give overvægtige børn og unge et godt tilbud, uden at hospitalet behøver være involveret. Hospitalsrepræsentanten fra Randers Regionshospital og den kommunale repræsentant fra Favrskov Kommune er ikke entydigt fortalere for den shared care-model, som de afprøver i Randers Klyngen. Den kommunale repræsentant fra Favrskov Kommune understreger, at de har mange børn i deres egen kommunale overvægtsklinik, hvis overvægtsstatus ligger under 99-percentilen (som er grænseværdien for at deltage i satspuljeprojektet i Randers Klyngen), og at kommunen her har til opgave at forebygge, at disse børns vægtudvikling fortsætter, og dermed forbygge, at barnets overvægt når et niveau, der kræver hospitalsbehandling. Hospitalsrepræsentanten fra Randers Regionshospital mener godt, at man kan køre indsatsen hver for sig – altså på hospitalet og i kommunen, men er ikke mere eksplicit om en eventuel differentiering i, hvilke børn der skal ses hvor.

Hospitalsrepræsentanten og den kommunale repræsentant fra Randers Klyngen vil dog ikke afskrive det tværsektorielle samarbejde, før de har set resultaterne af den tilknyttede forskning. Her sammenlignes projektets resultater med resultaterne fra henholdsvis en hospitalsbaseret indsats og kommunalt baserede indsatser (begge med afsæt i Holbæk-metoden). Både hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Viborg og den kommunale repræsentant fra Viborg Kommune efterspørger en større grad af kommunal fundering af ROS²⁶. Repræsentanten fra Viborg Kommune understreger samtidig, at de som kommune kan bære en stor del af opgaven, men at meget overvægtige børn og unge kræver en behandlingsindsats på hospitalet.

De interviewede repræsentanter har også forslag til yderligere tværsektorielle samarbejder eller internt samarbejde, der kunne styrke indsatserne. Det drejer sig om:

- Et tættere samarbejde med de kommunale socialforvaltninger
- Et tættere internt samarbejde i kommunerne og på hospitalet
- Et tættere samarbejde med de kommunale sundhedscentre og udslusning til lokale idræts-tilbud
- Et mere forpligtende samarbejde med almen praksis.

Ud over et tættere samarbejde med den kommunale sundhedspleje efterlyser hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Viborg også et tættere samarbejde med socialforvaltningerne omkring de børn, som de må afslutte, og som de laver underretninger på. Hospitalet kan ikke selv følge op på børnene, når de er afsluttet i deres regi, men hospitalsrepræsentanten påpeger, at det formentlig er de børn, der har mest brug for hjælp. Fornemmelsen på hospitalet er, at der ikke sker noget på baggrund af de underretninger, som de sender til kommunen.

Den kommunale repræsentant fra Favrskov Kommune nævner tilsvarende, at man internt i kommunen – både i forhold til den rent kommunale indsats og indsatsen i samarbejde med Regionshospitalet Randers – kunne have et bedre samarbejde med familieafdelingen og PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning)²⁷/psykologer. Oplevelsen er ifølge den kommunale repræsentant fra Favrskov Kommune, at mange af forældrene til de børn har det svært, ligesom barnet kan være præget af fx forældrenes skilsmisse eller voldsomme ting, der er sket i familien. Den kommunale repræsentant fremhæver yderligere, at involveringen af en psykolog vil give mulighed for at kortlægge eventuelle bagvedliggende årsager til overvægten. I Hedensted Kommune er der som del af indsatsen i overvægtsklinikken netop mulighed for at trække på psykologer i kommunens Familiecenter, hvis det vurderes at være vigtigt for at kunne hjælpe barnet og familien.

²⁶ Inklusionskriterierne for indsatsen ROS er: 1) BMI > 90-percentilen eller 2) stigende BMI trods indsats, selv om BMI ikke er > 90-percentilen.

²⁷ PPR er et tilbud til skoler, daginstitutioner, forældre og børn om hjælp og rådgivning. I Favrskov Kommune består PPR af forskellige faggrupper: psykologer, tale-høre-lærere, fysioterapeuter, specialpædagogiske vejledere og konsulenter (www.favrskov.dk/borger/familie-og-boern/ppr).

I forhold til det interne samarbejde nævner hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Viborg også, at man kunne have et tættere samarbejde internt på sygehuset. Når der fx gennemføres fedmeoperationer, kunne man se på hele familien og eventuelt forebygge, at børnene ender i samme situation. Eller man kunne holde øje med de børn, som fødes på hospitalet af overvægtige mødre.

De to interviewede hospitalsrepræsentanter nævner desuden et potentiale i et tættere samarbejde med henholdsvis de kommunale sundhedscentre omkring madlavning og kost (ROS) og en bedre udslusning af børnene til lokale idrætstilbud (Regionshospitalet Randers). Regionshospitalet Randers har ikke så meget tiltro til at lave særskilte hold for de overvægtige børn, som man har gjort i ROS. Hospitalsrepræsentanten fra Randers Regionshospital fortæller, at de for nogle år tilbage havde et samarbejdsprojekt med en meget aktiv idrætsforening, hvor fysioterapeuter frivilligt gik ind i arbejdet med de svært overvægtige børn. Oplevelsen var imidlertid, at det var svært for de frivillige at have et rent hold med svært overvægtige, fordi der var mange tilstødende problemer med de otte børn, der var på holdet. Der er brug for en særlig pædagogisk viden for at kunne hjælpe denne gruppe af børn, bekræfter den kommunale repræsentant.

Endelig efterlyser de kommunale repræsentanter fra Hedensted og Viborg Kommuner et tættere og mere forpligtende samarbejde med de praktiserende læger i forhold til gensidigt at informere hinanden, når der er en overvægtsproblematik hos et barn. De kommunale aktører ser gerne, at de praktiserende læger er mere proaktive i forhold til at informere sundhedsplejen om det, hvis de konstaterer overvægt hos et barn ved 5-års undersøgelsen – blot en opmærksomhedsnote, så kommunen får mulighed for at tilbyde hjælp til barnet og familien, fx før barnet kommer i skole. Her understreger den kommunale repræsentant fra Viborg Kommune, at det er vigtigt, at den praktiserende læge er opmærksom på, at det kan have betydning for barnet, at de er proaktive. Den interviewede praktiserende læge fortæller netop, at han kun tager overvægtsproblematikken op, hvis det er noget, som barnet eller forældrene selv adresserer som et problem, eller hvis der konstateres overvægt ved 5-års undersøgelsen. Her forsøger lægen som tidligere nævnt først at gøre en indsats i eget regi, og han tænker ikke i at orientere sundhedsplejen, fordi han ved, at sundhedsplejersken ser børnene ved indskoling. Den kommunale repræsentant fra Hedensted Kommune reflekterer videre over, hvad kommunen omvendt kan gøre for at etablere et tættere samarbejde med egen læge, når de har et barn i et forløb i overvægtsklinikken, fx i forhold til fysiske symptomer eller trivsel. Her fremhæver den kommunale repræsentant elektroniske korrespondancemeddelelser, som er rimeligt forpligtende, fordi de ryger direkte ind i barnets journal. I et rent kommunalt tilbud som i Hedensted Kommune er der netop behov for dette tætte samarbejde med almen praksis, fordi der ikke er et hospital koblet på, som kan afdække de fysiske symptomer.

4.5 Samarbejde omkring børn, der har været på Julemærkehjem

De interviewede aktører nævner Julemærkehjemmet i Hobro²⁸ som et tilbud til overvægtige børn og unge, som de enten henviser til eller modtager børn fra. Udfordringen ved dette tilbud er ifølge de interviewede hospitalsrepræsentanter og kommunale repræsentanter, at børnene måske taber sig, mens de er på Julemærkehjem, men kan tage på igen, når de vender tilbage til hverdagen i familien. Derfor er der i Favrskov og Hedensted Kommuner (og i flere andre kommuner i Region Midtjylland – se Bilag 1) særskilt samarbejde med Julemærkehjemmet i forhold til at have kontakt med og følge op på de børn, der er på Julemærkehjem²⁹. Efter ophold på Julemærkehjem bliver børnene i begge kommuner tilknyttet et forløb i de kommunale

²⁸ Julemærkehjemmet i Hobro modtager børn fra de midtjyske og nordjyske kommuner samt to kommuner fra Region Syddanmark (Varde og Vejle Kommuner).

²⁹ Jævnfør den model for samarbejde mellem kommuner og Julemærkehjemmene, som fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning til skoletjenesten vedrørende opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen (Andersen et al. 2014, s. 97-98).

overvægtsklinikker. Den kommunale repræsentant fra Viborg Kommune fortæller, at de er bekendt med, når børn fra kommunen kommer på Julemærkehjem. Der er imidlertid ikke etableret et samarbejde mellem Viborg Kommune og Julemærkehjemmet omkring disse børn.

Hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Viborg fortæller, at de både henviser børn til Julemærkehjemmet og modtager børn, der har været på ophold der. Hun uddyber, at det for nogle børn kan være rigtig godt at være væk fra deres familie i en periode. For andre vil det ifølge hospitalsrepræsentanten ikke være hensigtsmæssigt. Hospitalsrepræsentanten understreger dog, at de gerne vil etablere et bedre samarbejde med Julemærkehjemmet, så børnene netop holdes fast på deres væggtab. Hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Randers fortæller, at de i nogle tilfælde har taget børn direkte ind i projektet, som har været på Julemærkehjem og tabt sig, men hvor der er brug for fortsat opfølgning. Her har de gjort det klart for børnene og deres familier, at de skal følge de regler, som hospitalet stiller. Der er nemlig forskel på de krav, som børnene stilles over for på Julemærkehjemmet, og de krav, som Holbæk-metoden arbejder ud fra. Den kommunale repræsentant fra Hedensted Kommune fortæller, at Holbæk-metoden tager afsæt i mere restriktive krav end Julemærkehjemmet – og det kan være svært for børnene at finde ud af. I dialogen med Julemærkehjemmet har kommunen derfor understreget, at det vil være rigtig godt, hvis Julemærkehjemmet kan forberede børnene på, at de får nogle lidt anderledes råd, når de kommer hjem. Hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Randers oplever dog, at børnene godt kan finde ud af at tilpasse sig de ændrede krav.

Den kommunale repræsentant fra Hedensted Kommune understreger, at de ikke nødvendigvis håndhæver de mere restriktive råd, hvis det fungerer for børnene at tage afsæt i kravene fra Julemærkehjemmet. Hvis de derimod ser, at børnene tager på, bliver de mere restriktive krav håndhævet.

4.6 Opsamling

De interviewede aktører har forskellige erfaringer med tværsektorielt samarbejde. Det tværsektorielle samarbejde foregår dels omkring henvisning til indsatserne og i den konkrete gennemførelse af indsatserne.

Fordelene ved det tværsektorielle samarbejde er ifølge de interviewede repræsentanter:

- At det er lettere at få afdækket eventuelle bagvedliggende sygdomme hos de børn, som ikke taber sig, når der er kobling til et hospital
- At der er vidensudveksling omkring og forskellige faglige perspektiver på børnene
- At det giver et godt "brand" at samarbejde på tværs af sektorer
- At der er mulighed for lokal forankret opfølgning tæt på familierne, når indsatsen ikke udelukkende foregår på et hospital, herunder opfølgning på problematikker ud over overvægten, fx mobning i skolen eller behov for hjælp til familierne (sociale foranstaltninger).

Udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde er ifølge de interviewede repræsentanter:

- At få de praktiserende læger til at spotte og henvise børn og unge med overvægt
- At det er tidskrævende at koordinere arbejdet og udveksle information, når hospitalet og kommunernes systemer ikke kan tale sammen
- At samarbejde på tværs ikke prioriteres, og at der mangler kendskab til, hvad der foregår i den "anden" sektor.

De interviewede repræsentanter er af den opfattelse, at hospitaler og kommuner hver især kan give børn og unge med overvægt gode tilbud. Interviewpersonerne betragter ikke nødvendigvis en tværsektoriel forankring som en foretrukken organisering af indsatser til børn og unge med overvægt. De kommer dog med bud på, hvor tættere samarbejdsrelationer kan styrke indsatserne yderligere. Det drejer sig om:

- Et tættere samarbejde med de kommunale socialforvaltninger
- Et tættere internt samarbejde i kommunerne og på hospitalet
- Et tættere samarbejde med de kommunale sundhedscentre og udslusning til lokale idræts-tilbud
- Et mere forpligtende samarbejde med almen praksis.
- Et tættere samarbejde omkring opfølgning på børn, som har været på Julemærkehjem.

4.6.1 Scenarier for indsatser til børn og unge med overvægt

På baggrund af de erfaringer, som de interviewede aktører har med det tværsektorielle samarbejde, har de en række forslag til organiseringen af indsatser til børn og unge med overvægt, som vi har samlet i tre scenarier:

- Kommunal indsats med livline til hospitalet
- Differentiering i, hvem der skal behandles på hospital og i kommunen
- Bedre udnyttelse af eksisterende sundhedsfremmende muligheder i kommunalt regi for at løfte arbejdet med forebyggelse af overvægt.

Scenarierne er ikke gensidigt udelukkende, men repræsenterer forskellige perspektiver i interviewpersonernes overvejelser omkring organiseringen af indsatser til overvægtige børn og unge – tværsektorielle eller ej.

Kommunal indsats med livline til hospitalet

De kommunale repræsentanter fra Favrskov og Hedensted Kommuner, som begge har kommunale overvægtsklinikker, plæderer for at have en ren kommunal indsats ud fra et argument om, at kommunerne er tættere på familierne og er lokalt forankret. Ifølge de samme to kommunale repræsentanter ser kommunerne endvidere ud til at klare sig lige så godt som hospitalerne³⁰. Den kommunale repræsentant fra Viborg Kommune understreger i tråd hermed, at tværsektorielt samarbejde ikke skal være et mål i sig selv, og hvis kommunen kan løfte opgaven selv, så skal det ikke ligge som et højt specialiseret tilbud på hospitalet. Hun er som de øvrige kommunale repræsentanter sikker på, at kommunerne kan løfte en stor del af indsatserne selv.

Dog fremhæver den kommunale repræsentant fra Favrskov Kommune, at en livline til hospitalet, hvor de kan kontakte hospitalet, hvis der er noget, de er i tvivl om – eventuelt med mulighed for at sende børnene direkte ind på hospitalet ud fra bestemte kriterier – vil være en fordel. En sådan samarbejdskonstruktion har kommunen i forhold til børn, der er sengevædere.

Differentiering i, hvem der skal behandles på hospital og i kommunen

Hospitalsrepræsentanten fra Regionshospitalet Viborg ser et behov for at have nogle klare kriterier for, hvilke børn der skal behandles på en børneafdeling, og hvem der skal behandles i kommunerne. Hospitalsrepræsentanten mener, at alle bør følge den nationale guideline udgivet af Dansk Pædiatrisk Selskab, hvor der er opstillet specifikke kriterier for, hvornår børnene skal

³⁰ De endelige resultater i forhold til, hvordan det går de børn, der følges på hospitalet, i kommunen eller en kombination heraf, er endnu ikke offentliggjort, hvorfor der ikke kan drages konklusioner om, hvorvidt den ene eller anden model er at foretrække.

henvises til en pædiatrisk afdeling (Johansen et al. 2015). Samtidig ser hospitalsrepræsentanten en fordel i, at også den hospitalsbaserede indsats bliver så lokalt forankret som mulig, og at den geografiske afstand mindskes. For eksempel foreslår hospitalsrepræsentanten, at det specialiserede team kunne have satellitter i kommunerne, hvor teamet møder familierne.

I Viborg Kommune har man sat sig for at beskrive en "trafiklysmode" for henvisningsmuligheder med afsæt i en niveaudeling, hvor fx grøn handler om forebyggelse, gul er delvist behandlingskrævende, og rød kræver hospitalsbehandling. Ifølge hospitalsrepræsentanten på Regionshospitalet Viborg vil det også gøre det nemmere for de praktiserende læger at vide, hvilke børn de skal henvise til hvad. Derudover kunne der etableres tilbud på tværs af de forskellige indsatser (fx kokkeskoler), således at frekvensen og antallet af disse tilbud kunne øges.

Bedre udnyttelse af eksisterende sundhedsfremmende muligheder i kommunalt regi for at løfte arbejdet med forebyggelse af overvægt

I forhold til også at fokusere på sundhedsfremme plæderer den kommunale repræsentant fra Viborg Kommune for at bruge de eksisterende muligheder internt i kommunen mere strategisk. Det kunne fx handle om, at lærere, pædagoger og skolesundhedsplejen måske kan gøre noget strategisk anderledes på skolerne og i SFO'en, og at frivilligheden bruges mere strategisk, fx i forhold til at motivere børnene til bevægelse. Konkret er der i kommunen indgået en dialogbaseret aftale mellem Sundhedsplejen og Børn og Unge-forvaltningen om sundhed med fokus på overvægt. Fagpersoner, som ellers ikke plejer at have fokus på overvægt, skal tænke det ind i deres arbejde. Således skal socialrådgivere, tandplejen, PPR etc. forholde sig til, hvordan de arbejder med overvægtsproblematikken. Tanken er, at overvægtsproblematikken ikke kun skal håndteres via etablering af særskilte indsatser med særligt uddannede fagpersoner, men også kan løftes på tværs af og i samarbejde mellem kommunale fagområder og fagpersoner. Fokus er dog her primært på det sundhedsfremmende og forebyggende niveau, jf. ovenstående scenarie omkring niveaudeling af indsatser.

5 Lovende indsatser til børn og unge med overvægt

Dette kapitel beskriver dels overordnet, hvilke strømninger der har været i forhold til indsatser til børn og unge med overvægtigt i de senere år, dels én indsats, der har vist positiv effekt i form af forbedret vægtstatus og sundhedstilstand. Målet var oprindeligt at beskrive to indsatser til børn og unge med overvægt, men det har kun været muligt at identificere én indsats, der er videnskabeligt dokumenteret effektiv i en dansk kontekst (uddybes nedenfor). Endvidere beskrives kort et par interessante indsatser i Region Midtjylland.

Af et dansk litteraturstudie om livstilsbehandling af overvægt og fedme, baseret på oversigtslitteratur fra perioden 2002-2011, fremgår det, at multikomponent-interventioner, der både omhandler kost, fysisk aktivitet og adfærdændring, giver den bedste effekt. Endvidere synes familiebaserede interventioner at være særligt velegnede til at reducere overvægt og svær overvægt blandt både børn og unge (Martin & Nielsen 2012, s. 16). I litteraturgennemgangen fremhæves det endvidere, at evidensgrundlaget for livsstilsinterventioner til behandling af overvægt og svær overvægt er mangelfuld (ibid.). Dette er i tråd med konklusionen i det nyeste Cochrane-review på området³¹, hvor det konkluderes, at datakvaliteten i de inkluderede studier er for begrænset til at anbefale én indsats frem for en anden (Oude Luttikhuis et al. 2009, s. 4).

Til trods for, at der i nærværende rapport ikke er foretaget et decideret litteraturstudie, vurderes det rimeligt fortsat at konkludere, at der er begrænset viden om effektive indsatser til børn og unge med overvægt. Der er således overordnet viden om, hvilke delkomponenter (kost, motion, psykologiske aspekter og familieinddragelse), der hensigtsmæssigt bør indgå i indsatser til børn og unge med overvægt, mens der imidlertid mangler viden om, hvordan indsatserne konkret skal designes i forhold til at sikre, at der opnås effekt. Helt specifikt mangler der viden om, hvad det konkrete indhold af de enkelte delkomponenter skal være, samt hvordan delkomponenterne mest hensigtsmæssigt kombineres i forhold til at opnå vedvarende livsstilsændringer og dertilhørende forbedret vægtstatus.

5.1 Udvalgelse af indsats til nærmere beskrivelse

I opsporingen af relevante indsatser til børn og unge med overvægt er der fra forskellig hånd blevet peget på henholdsvis projekterne fra satspuljen for 2012-2015 samt Holbæk-metoden. Holbæk-metoden og dens opnåede resultater beskrives nærmere i afsnit 5.2, mens der nedenfor gives en kort beskrivelse af projekterne i satspuljen 2012-2015, herunder en begrundelse for, hvorfor ingen af disse kan fremhæves på nuværende tidspunkt, da der ikke er tilstrækkelig dokumentation for effekt, dels på grund af de små datasæt, dels på grund af mangelfuld evaluering.

5.1.1 Satspuljen 2012-2015

Nationalt er der de senere år via satspuljepartiernes midler til satspuljer blevet sat fokus på kommunale indsatser til børn og unge med overvægt. Regeringen og satspuljepartierne afsatte fx i 2012-2015 midler til at styrke den forebyggende indsats til børn og unge med overvægt. Midlerne blev anvendt i to uafhængige indsatser, dels i en forebyggende indsats i ni kommunale projekter, som var forankrede i den kommunale sundhedstjeneste, dels i et udviklingsprojekt på to af landets Julemærkehjem med fokus på at øge samarbejdet mellem forældre og kommune (Niss, Termansen & Rasmussen 2014, s. 5).

³¹ Cochrane-reviewet er inkluderet i det danske litteraturstudie (Martin & Nielsen 2012, s. 16).

I de kommunale projekter var indsatserne målrettet unge i 6.-9. klasse, der var overvægtige eller havde en u hensigtsmæssig vægtudvikling. Fælles for indsatserne var, at de indeholdt et element af forældreinddragelse og opfølgning, samt et fokus, ikke kun på fysisk sundhed og vægt, men også på psykisk sundhed forstået som trivsel og selvværd (ibid., s. 9). I alle indsats-er var der et element, som handlede om motion, og i alle et fokus på kost (ibid., s. 27). Alle projekterne bestod af et gruppeforløb for de unge, som i syv af projekterne blev kombineret med individueller samtaler. Projekternes varighed varierede fra tre måneder til et år (ibid., s. 26).

Evalueringsrapporten af de kommunale projekter viser, at der ud af de i alt 646 inkluderede unge i indsatserne kun er 383 unge, som har fået foretaget før- og efter-måling, og kun 180 der har fået foretaget en før- og opfølgningmåling fra sundhedsplejersken (ibid., s. 44). Data viser, at de unges BMI reduceres med 0,5 point i løbet af forløbet, og at det reduceres yderligere med 0,4 point i opfølgningsperioden (ibid., s. 46-47). Resultatet skal dog ses i lyset af det store frafald i opgørelsesgruppen, hvorfor der ikke kan udelukkes bias i resultatet som følge af frafaldet. For eksempel kan der være mistanke om, at det primært er de unge, som har haft en positiv vægtudvikling, der møder op til efter- og opfølgningmålingerne. I evalueringen fremhæves, at der er tale om indsats med fokus på sundhed i bred forstand, og at der ikke er tale om en "slankekur", men derimod en bredere indsats med det formål at gøre de unge bedre i stand til at mestre en sundere livsstil. Mål om selvværd og livskvalitet er derfor mindst lige så vigtige som mål om vægtudvikling i den givende satspulje (ibid., s. 15-16). Umiddelbart vurderes det på baggrund af den foreliggende dokumentation ikke hensigtsmæssigt at fremhæve ét eller flere af de kommunale projekter.

Indsatsen på to af Julemærkehjemmene, kaldet "Øget udbytte", havde til formål at involvere familien til de børn, der var på Julemærkehjemmene, mere og at øge samarbejdet med kommunerne både før og efter børnenes ophold (Niss, Termansen & Rasmussen 2014, s. 5). En tidligere evalueringsrapport af Julemærkehjemmene har netop anbefalet, at samarbejdet forbedres (ibid.). Udfordringen for de børn, der har været på Julemærkehjem, er netop at fortsætte den positive udvikling i vægten, når de kommer hjem igen. Projektet er gennemført på de to Julemærkehjem vest for Storebælt.³² Projektet har haft til formål at styrke samarbejdet mellem kommune og Julemærkehjem gennem gensidig information, øget kendskab til hinandens tilbud og sikring af, at der er en kommunal kontaktperson tilknyttet alle børn og unge før og efter deres ophold på Julemærkehjem. Samtidig har formålet været at øge forældresamarbejdet, således at forældrene var bedre rustet til at støtte børnene undervejs og efter opholdet, også i forhold til konkrete, nye livsstilsvaner.

De to indsats under satspuljen har spillet sammen ved, at kommunerne har haft mulighed for at involvere børnene i de kommunale projekter før og efter opholdet på Julemærkehjemmet (ibid., s. 16). Af midtvejsevalueringen fra 2014 fremgik det, at det øgede kommunale samarbejde mellem de to Julemærkehjem og kommunerne vest for Storebælt endnu ikke så ud til at virke efter hensigten, da der i 2014 ikke var etableret den ønskede kontakt mellem børnene og kommunen (ibid., s. 47). Der er ingen tvivl om, at det kommunale samarbejde spiller en vigtig rolle i forhold til at øge udbyttet af Julemærkehjemmene og for at sikre fastholdelsen af både livstilsændringer og generel trivsel for børnene (ibid., s. 49). Det må konkluderes, at det er for tidligt at drage konklusioner ud fra denne indsats, og at det er nødvendigt at afvente den endelige evaluering af indsatsen på Julemærkehjemmene, som udgives den 26. april 2016.

³² Der findes i alt fire julemærkehjem – i Hobro, Kildemose ved Ølsted, Fjordmark ved Kollund og Skælskør. Tilsammen giver de fire Julemærkehjem årligt ophold af tre måneders varighed til 700 børn.

5.2 Beskrivelse af Holbæk-metoden

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

I de følgende afsnit beskrives behandlingsmetoden og de opnåede effekter.

5.2.1 Målgruppe

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

5.2.2 Beskrivelse af behandlingsmetoden

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

Den første samtale

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

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

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

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

Individualiseret behandlingsplan

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

Boks 5.1 Skitsering af grundelementerne i behandlingsrådene i Holbæk-metoden

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

Kostråd (formål at reducere kalorieindtag)

Råd i forhold til de enkelte måltider:

- 4-5 (6) måltider pr. dag, der bør sikre moderat mæthed hele dagen.
- Morgenmad bør indtages dagligt og bør bestå af fuldkornsprodukter (brød) med fedtfattigt pålæg, havregryn, fuldkorns morgenmadsprodukter, æg og fedtfattig mælk.
- Frokost: Fuldkornsbrød med fedtfattigt pålæg og grøntsager.
- Mellemmåltider: Fuldkornsprodukter (brød, havregryn etc.), grøntsager. Pålæg (helst fedtfattig – optimalt 6 % fedt).
- Aftensmad: Måltider bør serveres i begrænsede portioner i henhold til T-model eller "sund tallerken model", hvilket vil sige, at grøntsager udgør halvdelen af portionen, 25 % udgøres af korn eller stivelsesholdige grøntsager, mens de sidste 25 % udgøres af magre proteiner. Måltidet kan indledes med indtagelse af et stort glas vand. Der skal helst kun serveres én portion. Efter indtagelse af den første portion skal barnet vente mindst 20 minutter, før en anden portion overvejes serveret.

Generelle råd vedrørende fødeindtagelse:

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

Boks 5.1 Skitsering af grundelementerne i behandlingsrådene i Holbæk-metoden

- Fibre svarende til fiber 5+ gram-reglen, dvs. indtagelsen af fibre i gram pr. dag skal minimum udgøre alder + 5.
- Grøntsager/salater bør indtages i store mængder.
- Maksimalt 2 stykker frugt om dagen.
- Væskeindtagelsen bør bestå af vand og ½ l skummetmælk om dagen. Det anbefales, at læskedrikke fjernes fra hjemmet.

Andre råd vedrørende fødeindtagelse:

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

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

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

Søvn

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

Kilde: (Johansen et al. 2015).

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

Familieinddragelse er centralt

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

Hvem varetager behandling?

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

Frekvens for kontakt og varighed af indsatsen

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

Ressourceforbrug

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

5.2.3 Dokumentation

Der pågår løbende dokumentation og forskning i forhold til behandlingsmetodens resultater. Siden igangsættelsen af behandlingsmetoden i 2008 er der således løbende foretaget en bred og systematisk dataindsamling. Enheden for Overvægtige Børn og Unge råder således over en database, hvor der samles relevante oplysninger om børnenes/de unges madvaner, fysisk aktivitets- og inaktivitetsniveau samt fysisk, psykisk og social udvikling. Endvidere indsamles der biologiske prøver af blod, urin, spyt og afføring, som opbevares i Den Danske Biobank for Overvægtige Børn³⁵.

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

5.2.4 Effekt

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

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

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

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

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

5.2.5 Udbredelse

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

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

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

³⁶ Børne- og Ungeafdelingen, Hillerød Hospital, har siden 2011 haft tre samarbejdsprojekter med kommuner. Det første med Helsingør og Rudersdal Kommuner (2011-2015), det andet med Frederiksberg og Halsnæs Kommuner (2013-2016), og det tredje med Frederikssund, Fredensborg, Furesø, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød og Rudersdal Kommuner (2014-2017) (Vestergaard 2016, Andersen, Højgaard & Teilmann 2014).

³⁷ Otte kommuner har indgået etableret overvægtsklinikker i samarbejde med Holbæk Sygehus. Samarbejdet har handlet om uddannelse af og sparring til de kommunale fagpersoner samt dataindsamling og -behandling med henblik på at dokumentere, om behandlingsresultaterne fra Holbæk Sygehus kan reproducere i kommunalt regi (Møllerup [2012]) De otte kommuner er: Kalundborg, Stevn, Holbæk, Slagelse, Kolding, Vejle, Horsens og Hedensted. Andre kommuner har gennemgået kursusforløb med personale fra Holbæk Sygehus og har etableret indsats, der i forskellig grad tager afsæt i Holbæk-metoden.

³⁸ Inklusionskriteriet var patienter mellem 5-18 år med en BMI over 99-percentilen i henhold til Nysom et al.'s (2001) danske køns- og aldersspecifikke BMI-referencenkurver eller en stigning i BMI på mere end 5 procentiler over en 2-årig periode.

³⁹ De inkluderede børn og unge er mellem 3-18 år og har en BMI over 90-percentilen for køn og alder.

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

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

5.3 Interessante indsatser i Region Midtjylland

Det kræver ressourcer at foretage dokumentation af effekten af en given indsats. I de fleste kommunale indsatser er der ikke afsat ressourcer til effektevaluering af indsatserne, og endvidere er antallet af deltagere ofte for små og indsatsperioden for kort til at kunne dokumentere en effekt. Manglende dokumentation af effekten af en indsats er således ikke ensbetydende med, at de indsatser, der foretages i kommunerne, ikke har en effekt, men kan være udtryk for manglende dokumentation heraf. I dette afsnit beskrives kort et par indsatser i Region Midtjylland, som virker interessante i forhold til den foreliggende dokumentation, men hvor der i videnskabelig forstand endnu ikke er dokumenteret effekt af indsatserne.

Resultater fra Projekt Rund og Sund (ROS), der er nærmere beskrevet i kapitel 3 og 4, viser, at BMI SDS gennemsnitligt reduceres med 0,44 (95 % sikkerhedsinterval 0,34 -0,55)⁴⁰, og at 74 % af børnene i projektet taber sig (Børneafdelingen 2015b: s. 22-24). 34 % af de børn, der taber sig, har et fald på over 0,5 BMI SDS, og 23 % har en BMI SDS-reduktion på mellem 0,25 og 0,5 (ibid., s. 22). Resultatet er baseret på opgørelse af 129 børn. Resultaterne for ROS er interessante, men der mangler information i resultatopgørelsen for sikkert at kunne udtale sig om effekten. Der mangler fx information om, hvornår slutmålingerne er foretaget, dvs. om der er tale om halvårs- eller etårs-opfølgingsmålinger. Det skal dog nævnes, at der p.t. i regi af et ph.d.-studie pågår et dokumentationsarbejde i forhold til effekten af ROS.

Aarhus Kommune har gennem paraplyprojektet "Århus har en Fed plan" arbejdet med at skabe en bevidsthed og kultur i befolkningen, som fremmer en normal vægtudvikling hos børn og unge, og hvor de enkelte indsatser er forsøgt tilpasset specifikke aldersgrupper, jf. afsnit 3.2. Et af disse projekter er Fedt for Fight – skolestarter (herefter FFF)⁴¹. FFF er et behandlingstilbud til familier med svært overvægtige børn i 0. klasse, hvor svært overvægt er defineret som et køns- og alderskorrigeret ISO-BMI/IOTF på ≥ 30 (Vinther-Jensen et al. 2012, s. 9). Aktiviteterne i indsatsen er centreret omkring: 1) opkvalificering af skolesundhedsplejersker og FFF-sundhedsplejersker, 2) familiebehandlings tilbud i form af samtaler tilbudt som hjemmebesøg med FFF-sundhedsplejersker (obligatorisk del), og på baggrund heraf udarbejdes en handleplan, samt 3) deltagelse på FFF-idrætshold og -forældregrupper (Rambøll Management Consulting A/S 2012a, s. 117). For nærmere beskrivelse af indsatsen, se (Vinther-Jensen et al. 2012, Rambøll Management Consulting A/S 2012a, Burian & Burian 2010). Af evalueringsrapporten af projektet for perioden 2008-2011 fremgår det, at 75 % af børnene (n=102) ved den seneste opfølgingsmåling har opnået et fald i deres køns- og alderskorrigerede BMI (Vinther-Jensen et

⁴⁰ Den gennemsnitlige BMI SDS var ved start 2,93 og blev reduceret til 2,49.

⁴¹ Projektet var en del af satspuljeaftalen "Kommunernes plan mod overvægt blandt børn og unge" (Rambøll Management Consulting A/S 2012a).

al. 2012, s. 12). Det konkrete størrelsesomfang af reduktionen er imidlertid ikke afrapporteret. Endvidere skal det påpeges, at resultatet kun er baseret på data fra 102 ud af de 140 børn, der har deltaget i indsatsen, dvs. 73 %.

Fedt For Figth Vest (herefter FFFV) er et andet gennemført projekt i Aarhus Kommune, der havde fokus på overvægt i førskolealderen hos børn i dagtilbud i Gellerup og Toveshøj. Afsættet for projektet var den praksisviden, der blev etableret i forbindelse med FFF-projektet (Østergaard, Andersen & Hede 2013, s. 6). For nærmere beskrivelse af projektet, se Østergaard (2013). I evalueringen af indsatsen indgår en kontrolgruppe, som er 23 børn ud af de i projektet 53 identificerede børn, som lever op til inklusionskriterierne, men ikke modtog en indsats. I effekttopgørelsen er resultaterne angivet i forhold til følgende tre grupper: 1) ingen indsats (kontrolgruppen), 2) én indsats og 3) to eller flere indsatser. Det blev betegnet som en indsats, når sundhedsplejen havde været i kontakt med familierne med vejledning i relation til FFFV (ibid., s. 49). Af evalueringen fremgår det, at børn med mere end én indsats har større tendens til vægttab end børn, der har modtaget én eller slet ingen indsats (ibid., s. 6). Hvorvidt den fundne tendens kan tilskrives projektet eller er udtryk for selektionsbias i forhold til, hvem der har taget imod indsatsen, kan imidlertid ikke vurderes.

Det kan endvidere nævnes, at satspuljeprojektet i Randers Klyngen ("Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen") af flere interessenter er blevet fremhævet som et lovende projekt. Effektevalueringen af projektet foreligger imidlertid endnu ikke.

5.4 Opsamling

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

Litteratur

American Medical Association House of Delegates 2013, *Recognition of obesity as a disease. Resolution: 420 (A-13)*.

Andersen, E., Hutchings, B. & Jansen, J. 1982, "Højde og vægt hos danske skolebørn", *Ugeskrift for Læger*, vol. 144, no. 24, pp. 1760-1765.

Andersen, L.B., Greiffenberg, H., Grønbæk, H.N., Hede, S., Müller, P. & Rashid, I. 2014, *Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen. Vejledning til skolesundheds-tjenesten*, Sundhedsstyrelsen, København.

Andersen, J., Højgaard, B. & Teilmann, G. 2014, *Projektbeskrivelse. Effektiv, tryk og kvalificeret behandling til overvægtige børn og unge: Et shared-care-projekt mellem 8 kommuner og Børne- Ungeafdelingen, Nordsjællands Hospital, Børne- og Ungeafdelingen, Nordsjællands Hospital, Hillerød*.

Barlow, S.E. & Expert Committee 2007, "Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report", *Pediatrics*, vol. 120 Suppl 4, pp. S164-92.

Bech, P. 2004, "Measuring the dimensions of psychological general wellbeing by the WHO-5", *Quality of Life Newsletter*, vol. 32, pp. 15-16.

Børneafdelingen 2015a, *ROS tilbud til børn med overvægt*, Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenheden Midt, Viborg.

Børneafdelingen 2015b, *ROS-behandlingstilbud til overvægtige børn og unge på Børneafdelingen, Regionshospitalet i Viborg, Hospitalsenheden Midt, maj 2012 - september 2014*, Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenheden Midt, Viborg.

Børneafdelingen Regionshospitalet Randers 2014, *Behandling af svært overvægtige børn og unge "Holbæk-modellen". Projekt behandling af svært overvægtige børn i Randers-Klyngen*, Børneafdelingen Regionshospitalet Randers, Regions Midtjylland samt Favrskov, Randers, Norddjurs og Syddjurs Kommune, Randers.

Børneafdelingen, R.R. 2013, *Revideret ansøgning til Satspuljemidler til "Behandling af svært overvægtige børn"*, Børneafdelingen, Regionshospitalet Randers, Region Midtjylland, Randers.

Brannsether, B., Roelants, M., Bjerknes, R. & Júlíusson, P. 2011, "Waist circumference and waist-to-height ratio in Norwegian children 4–18 years of age: Reference values and cut-off levels", *Acta Paediatrica*, vol. 100, no. 12, pp. 1576-1582.

Burian, B. & Burian, P. 2010, *Fedt for Fight - skolestarter evalueringsrapport med fokus på metode*, Videnscenter for Sundhed og Trivsel, Børn og Unge, Århus Kommune, Århus.

Cole, T. & Lobstein, T. 2012, "Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity", *Pediatric obesity*, vol. 7, no. 4, pp. 284-294.

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. & Dietz, W.H. 2000, "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 320, no. 7244, pp. 1240-1243.

Ernæringsenheden 2006, *STOR Struktureret, tværfagligt og tværsektorielt tilbud til overvægtige småbørn og familier i Ringkøbing Amt*, Ringkøbing Amt, Holstebro.

Fonvig, C.E., Chabanova, E., Ohrt, J.D., Nielsen, L.A., Pedersen, O., Hansen, T., Thomsen, H.S. & Holm, J.C. 2015, "Multidisciplinary care of obese children and adolescents for one year reduces ectopic fat content in liver and skeletal muscle", *BMC pediatrics*, vol. 15, no. 1, pp. 1.

- Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. 1998, "The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version", *European child & adolescent psychiatry*, vol. 7, no. 3, pp. 125-130.
- Holm, J.C. 2012, "Svær overvægt - en kronisk alvorlig sygdom eller folks eget problem", *Læge Magasinet*, vol. 26, no. 2, pp. 14-17.
- Holm, J.C., Gamborg, M., Bille, D.S., Grønbæk, H.N., Ward, L.C. & Faerk, J. 2011, "Chronic care treatment of obese children and adolescents", *International Journal of Pediatric Obesity*, vol. 6, no. 3-4, pp. 188-196.
- Hvass, E., Eg, M., Jacobsen, R.B., Engbjerg, H. & Skjold, A. 2011, ""Game on!" Kampråb for 30 overvægtige børn", *Diætisten*, , no. 114, pp. 25-29.
- Hvidt, K.N., Olsen, M.H., Ibsen, H. & Holm, J.C. 2014, "Effect of changes in BMI and waist circumference on ambulatory blood pressure in obese children and adolescents", *Journal of hypertension*, vol. 32, no. 7, pp. 1470-7; discussion 1477.
- Jens-Christian Holm Forlag og Formidling 2016, *Kurser*. Available: <http://www.jenschristianholm.dk/kurser> [2016, 18. jan.].
- Johansen, A., Holm, J.C., Pearson, S., Kjørsgaard, M., Larsen, L.M., Højgaard, B. & Cortes, B. 2015, "Danish Clinical guidelines for examination and treatment of overweight and obese children and adolescents in a pediatric setting", *Danish Medical Journal*, vol. 62, no. 5, pp. C5024.
- Kiil, A., Arendt, J.N. & Rosholm, M. In press, *Measuring Child Well-being*, KORA, København.
- Martin, H.M. & Nielsen, A. 2012, *Livsstilsbehandling af overvægt og fedme. Et litteraturstudie*. Dansk Sundhedsinstitut, København.
- Mikkelsen, E.G., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. 1999, *Danish Version of the General Self-Efficacy Scale*. Available: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/danish.htm> [2016, 30. marts].
- Mollerup, P.M. 2012, *Projektbeskrivelse: Behandling af svært overvægtige børn og unge i kommunalt regi*, Holbæk Sygehus, Region Sjælland, Holbæk.
- Mollerup, P.M. [2012], *Behandling af svært overvægtige børn og unge i kommunalt regi. Kan behandling af overvægtige børn og unge på en børneafdeling implementeres succesfuldt i primærsektoren? (Ph.d.-projektbeskrivelse - Aflevering forventes: 01 /01- 16 ...)*, Region Sjælland, [U.st.].
- Mollerup, P.M. & Holm, J.C. 2014, *Evaluering af "Holbæk-metoden" anvendt i kommunalt regi. Foreløbige resultater. Frem til d. 1. 5. 2014*, Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Børneafdelingen, Holbæk Sygehus, Holbæk.
- Most, S.W., Højgaard, B., Teilmann, G., Andersen, J., Valentiner, M., Gamborg, M. & Holm, J.C. 2015, "Adoption of the children's obesity clinic's treatment (TCOCT) protocol into another Danish pediatric obesity treatment clinic", *BMC pediatrics*, vol. 15, no. 1, pp. 1.
- Must, A. & Anderson, S. 2006, "Pediatric mini review. Body mass index in children and adolescents: considerations for population-based applications", *International journal of obesity*, vol. 30, pp. 590-594.
- Nielsen, T.R., Gamborg, M., Fonvig, C.E., Koppenborg, J., Hvidt, K.N., Ibsen, H. & Holm, J.C. 2012, "Changes in lipidemia during chronic care treatment of childhood obesity", *Child Obes*, vol. 8, no. 6, pp. 533-541.
- Niss, N.K. & Rasmussen, I.S. 2015, *Evaluering af satspuljen Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge. Kommunale modelprojekter*, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.

Niss, N.K., Termansen, T. & Rasmussen, I.S. 2014, *Midtvejsrapport - evaluering af forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge. Projekt øget udbytte på Julemærkehjemmene - Evalueret af SFI på vegne af Sundhedsstyrelsen*, SFI - Det nationale Forskningscenter for Velvære, København.

Nysom, K., Mølgaard, C., Hutchings, B. & Fleischer Michaelsen, K. 2001, "Body mass index of 0 to 45-y-old Danes: reference values and comparison with published European reference values.", *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, vol. 25, no. 2.

Østergaard, M., Andersen, H. & Hede, S. 2013, *Fedt For Fjgh Vest. Intern evalueringsrapport 2013*, Sundhed og Trivsel Aarhus Kommune, Århus.

Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V.A., O'Malley, C., Stolk, R.P. & Summerbell, C.D. 2009, "Interventions for treating obesity in children", *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 1, no. 1.

Palermo, T.M., Long, A.C., Lewandowski, A.S., Drotar, D., Quittner, A.L. & Walker, L.S. 2008, "Evidence-based assessment of health-related quality of life and functional impairment in pediatric psychology", *Journal of pediatric psychology*, vol. 33, no. 9, pp. 983-96; discussion 997-8.

Pearson Assessment 2005, *BYI-II. Beck Youth Inventories - Second edition (Dansk version, 2012)*. Available: <http://www.pearsonassessment.dk/produkter/psykiatri/byi-ii.html> [2016, 20. april].

Psykiatrifonden & Sundhedsstyrelsen "Fremme af mental sundhed hos unge. Vejledning til trivselsmålingen WHO-5. 2014-2016", .

Rambøll Management Consulting A/S 2012a, *Sammenfattende evaluering af projekterne i satspuljen: "Kommunens plan mod overvægt blandt børn og unge"*, Sundhedsstyrelsen, København.

Rambøll Management Consulting A/S 2012b, *Tværgående evaluering af projekterne i 3. udmøntning af "Kommunernes plan mod overvægt blandt børn og unge"*, Sundhedsstyrelsen, København.

Region Midtjylland 2013, *Kommissorium for tværgående temagruppe for børn og unge - somatik*, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland, Viborg.

Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner 2015, *Sundhedsaftalen 2015-2018*, Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner, Viborg.

Region Sjælland 2012, *Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Børneafdelingen, Holbæk Sygehus og kommunale samarbejdspartner*, Roskilde Sygehus, Region Sjælland, Roskilde.

Regionshospitalet Viborg 2015, *Overordnede retningslinjer for behandlingskoncept af børn og unge med overvægt på Børn og unge*, Regionshospitalet Viborg, Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenheden Midt, Viborg.

Rosenberg, M. 1965, *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton University Press, Princeton, N.J.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. 1995a, "Generalized Self-Efficacy Scale" in *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio*, eds. J. Weinman, S. Wright & M. Johnston, Windsor, NFER-NELSON, pp. 35-37.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. 1995b, *The General Self-Efficacy Scale (GSE)*. Available: <http://userpage.fu-berlin.de/health/engscal.htm> [2016, 30. marts].

Socialstyrelsen 2015, *Måleredskaber til dokumentation af rådgivning. For centre der arbejder med voksne med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen*, Socialstyrelsen, Odense.

Socialstyrelsen 2013, *Beskrivelse af validerede instrumenter til evalueringer på det sociale område*, Socialstyrelsen, Odense.

Sørensen, T.I.A., Due, P., Hansen, B., Heitmann, B.L., Lichtenberg, A., Michaelsen, K.F., Müller, P. & Richelsen, B. 2008, *Monitorering af forekomsten af fedme*, Motions- og Ernæringsrådet, Søborg.

Stjerneholm, T., Grabowski, D., Jensen, B.B. & Holm, J.C. 2015, "Three important qualitative health-pedagogical factors in a successful Danish childhood obesity treatment" in *Last Minute Posters. 22nd European Congress on Obesity* European Congress on Obesity (ECO), Prag, pp. Abstract record ID:920.

Sundhedsstyrelsen 2015, *Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger*, Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen 2013, *Forebyggelsespakke - Overvægt*, Sundhedsstyrelsen.

Thastum, M., Ravn, K., Sommer, S. & Trillingsgaard, A. 2009, "Reliability, validity and normative data for the Danish Beck Youth Inventories", *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 50, no. 1, pp. 47-54.

Varni, J.W. 2016a, *The PedsQL. Measurement Model for the. Pediatric Quality of Life Inventory. About the Model*. Available: http://www.pedsq.org/about_pedsq.html [2016, 30. marts].

Varni, J.W. 2016b, , *The PedsQL. Measurement Model for the. Pediatric Quality of Life Inventory. PedsQL Conditions of Use*. Available: <http://www.pedsq.org/conditions.html> [2016, 30. marts].

Varni, J.W., Seid, M. & Kurtin, P.S. 2001, "PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations", *Medical care*, vol. 39, no. 8, pp. 800-812.

Vestergaard, D. 2016, , *Projektbeskrivelser - læs mere om overvægtsprojektet og om det store samarbejde med kommunerne* [Homepage of Nordsjællands Hospital]. Available: <https://www.nordsjaellandshospital.dk/afdelinger-og-klinikker/boerne-og-ungeafdelingen/for-sundhedsfaglige/overvaeqtsprojekt-for-boern-og-unge/Sider/Projektbeskrivelser.aspx> [2016, 03/30].

Viggers, L. 2004, *Struktureret tværfagligt og tværsektorielt tilbud til overvægtige småbørn og deres familier i Ringkøbing Amt*, Ernæringsenheden, Ringkøbing Amt, Holstebro.

Vinther-Jensen, K., Lorentzen, K., Hadsund, J. & Hansen, J. 2012, *Fedt for Fight - skolestarter evalueringsrapport med fokus på familiernes udbytte*. Aarhus Kommune Børn og Unge, Viby J.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group 2006, "Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO multicentre Growth Reference Study", *Acta Paediatrica*, vol. 95, no. Suppl 450, pp. 56-65.

World Health Organization 2011, *Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 8-11 December 2008*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

World Health Organization 2000, *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series 894*, World Health Organization, Geneva.

World Obesity, *Extended International (IOTF) Body Mass Index Cut-offs for Thinness, Overweight and obesity in children*. Available: <http://www.worldobesity.org/resources/child-obesity/newchildcutoffs/> [2016, 30. marts].

Bilag 1 Oversigt over indsatser for børn og unge med overvægt i Region Midtjylland

HORSENS KLYNGEN						
	Indsatsens betegnelse	Målgruppe/ inklusionskriterier	Indhold	Forankring og involverede fagpersoner	Henvisning til indsatsen	Samarbejde (primært tværsektorielt)
Hedensted Kommune Materiale modtaget fra kommunen. Beskrivelsen er valideret.	Overvægtsklinikken – for overvægtige børn i alderen 3-18 år og deres familie http://www.hedensted.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedsfremme/sundhedstilbud/overvaegtige-boern-og-unge	Familier med børn/unge: <ul style="list-style-type: none"> • mellem 3 og 18 år • ISO-BMI på 25 eller derover (følger Sundhedsstyrelsen) 	Der ydes rådgivning omkring vægtregulering, mad, spisemønstre og spiseforstyrrelser samt motion. Borgeren får en individuel plan og får hjælp og vejledning til de udfordringer og problemer, han/hun står over for undervejs. Barn/familie kommer til konsultation i klinikken hver 8. uge (6 gange årligt). Et forløb varer ofte et par år. Det er dog individuelt, hvornår den enkelte afsluttes. Metode/tilgange: Holbæk-metoden. Individorienteret familieindsats.	Fast tilbud forankret i Sundhedsplejen og Sundhedsfremmeafdelingen. Varetages af en sundhedsplejerske og en kostvejleder.	Selvhenvendelse eller henvises af sundhedsplejerske, egen læge, familieafdelingen m.fl.	Startede op i et projektsamarbejde med Holbæk Sygehus og 7 andre kommuner (herunder Horsens). Sidemandsoplært af behandlere fra Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Holdbæk Sygehus. I netværk med andre jyske kommuner, som deltog i projektet med Holbæk. Samarbejde med Julemærkehjemmet: børn, der får ophold, kommer i overvægtsklinikken inden opholdet og en uge efter (kommer foran i køen).
Horsens Kommune Materiale modtaget fra kommunen. Beskrivelsen er valideret.	Behandling af overvægtige børn og unge, "Holbæk-modellen" http://horsens.dk/Borgerinfo/BoernOgUnge/Sundhedsplejen/Overvaegtsklinik.aspx	Familier med børn/unge: <ul style="list-style-type: none"> • mellem 3 og 18 år • BMI over 90 %-percentilen for køn og alder • er motiveret for at ændre livsstil 	Rådgivning om vægtregulering, mad, spisemønstre, spiseforstyrrelser samt motion. Udarbejdelse af individuel plan – omfatter ændringer i kost, motion og livsstil, som alle introduceres fra første dag. Børnene ses med 8 ugers mellemrum (i nogle tilfælde går der op til 3 måneder). Indsatsen varer, til de enten dropper ud eller føler sig klar til at fortsætte på egen hånd. Metode/tilgange: Holbæk-metoden. Individorienteret familieindsats.	Fast tilbud forankret i sundhedsplejen. Varetages af en sundhedsplejerske og en diætist.	Selvhenvendelse (forældre, pædagogisk personale og praktiserende læger). De fleste henvises fra sundhedsplejerske på barnets skole. Der er udarbejdet en informationsfolder til praktiserende læger, hvor de opfordres til at henvise.	Startede op i et projektsamarbejde med Holbæk Sygehus og 7 andre kommuner (herunder Hedensted). Oplæring og løbende undervisning og supervision af behandlere fra Enheden for Overvægtige Børn og Unge, Holbæk Sygehus. I netværk med andre jyske kommuner, der deltog i projektet med Holbæk.
Skanderborg Kommune Materiale modtaget fra kommunen. Beskrivelsen er ikke valideret.	Overvægtsklinikken https://www.skanderborg.dk/Default.aspx?ID=58559 Start 4. januar 2016.	Familier med overvægtige børn og unge: <ul style="list-style-type: none"> • i alderen 3-17 år • BMI over 90 %-percentilen for barnets køn og alder • er motiverede for at ændre livsstil 	Behandlingen starter med en forundersøgelse, hvor mad, drikkevarer, vaner, vægthistorik, spisemønstre, fysisk aktivitet mv. gennemgås med henblik på at udarbejde en individuel punktplan. Derefter opfølgning/vejledning hver 6.-8. uge hos sundhedsplejerske eller klinisk diætist. Varighed: ? Metode/tilgange: Holbæk-metoden (sundhedsplejersker og diætist har deltaget i kurser i Holbæk-metoden). Individorienteret familieindsats.	Projekt (medio 2015-medio 2017) forankret i Sundhedstjenesten. Varetages af en sundhedsplejerske og en diætist.	Selvhenvendelse.	Opfølgning af børn, der har været på Julemærkehjem, foregår i overvægtsklinikken.

HORSENS KLYNGEN						
	Indsatsens betegnelse	Målgruppe/ inklusionskriterier	Indhold	Forankring og involvere- de fagpersoner	Henvisning til indsatsen	Samarbejde (primært tvær- sektorielt)
Odder Kommune Materiale modtaget fra kommunen. Beskrivelsen er valideret.	Overvægtsklinikken (Odder-modellen) http://oddernett.dk/site.aspx?RoomId=&NewsId=14744&MenuId=144&langref=75&SplashId= Klinikken er åbnet 1. marts 2016 (projektperiode igangsat 1. januar 2016).	Familier med overvægtige børn og unge: <ul style="list-style-type: none"> • i alderen 5-16 år • der er motiverede • ikke noget bestemt krav om BMI 	Første år: Klinikbesøg hver 5.-6. uge Andet år: Klinikbesøg 1-2 gange Der ydes rådgivning omkring vægtregulering, mad, spisemønstre, spiseforstyrrelser og bevægelse. Der udarbejdes en individuel plan, og der gives hjælp og vejledning til de udfordringer, der kan opstå i forløbet. Varighed: Ca. 2 år. Metode/tilgange: lokalt tilpasset udgave af Holbæk-metoden (sundhedsplejerskerne følger undervisningstilbud i relation til Holbæk-metoden). Individorienteret familieindsats.	(2-årigt) projekt forankret i Sundhedsplejen. Varetages af sundhedsplejersker med subspecialer i ernæring (behov for diætist afklaret i projektperioden).	Selvhenvendelse.	Efter behov inddrages egen læge og samarbejdspartnere, fx i Børne- og Familiecentret. Tilbuddet koordineres med Julemærkehjemmet, når det er relevant.
	Det vurderes, om der er behov for at videreudvikle lokale fritidstilbud og netværk.					
Regionhospitalet Horsens Svar modtaget.	Ingen indsats p.t.					

RANDERS KLYNGEN						
	Indsatsens betegnelse	Målgruppe/ inklusionskriterier	Indhold	Forankring og involverede fagpersoner	Henvisning til indsatsen	Samarbejde (primært tværsektorielt)
Norddjurs Kommune Materiale fundet via kommunens hjemmeside. Beskrivelsen er valideret.	Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen http://www.norddjurs.dk/borger/social-og-sundhed/genoptraening-og-sundhedstilbud/sundhed-og-forebyggelse/overvaegtsklinik-boern	Familie med overvægtige børn og unge <ul style="list-style-type: none"> • i alderen 3-18 år • BMI over 99 %-percentilen • barnet skal bo i Norddjurs Kommune Hele familien skal indgå i forløbet og være motiveret for at arbejde med punkterne i handleplanen.	Forundersøgelse på Børneafdelingen, Randers Regionshospitalet: barnet får taget blodprøver, bliver målt og vejede, og der udarbejdes en individuel handleplan. 4-5-fem møder på overvægtsklinikken på Sundhedsskolen i Grenaa, hvor der arbejdes videre med handleplanen. Årligt lægetjek på Børneafdelingen i Randers. Forløbet afsluttes, når BMI er stabilt (typisk efter 2 år). Metode/tilgange: Holbæk-metoden. Individorienteret familieindsats.	Satspuljeprojekt (2014-2017) forankret på Sundhedsskolen. Indsatsen varetages af en sundhedsplejerske og en fagperson med bachelor i sundhed og ernæring.	Selvhenvendelse. Praktiserende læge. Sundhedsplejerske. Sygehuspersonale.	Samarbejde med Regionshospitalet Randers (afsæt i Holbæk-modellen). 15 pladser i projektet. De involverede fagpersoner er oplært af personale fra Enheden for Overvægtige Børn og unge på Børneafdelingen, Holbæk Sygehus. Hospitalet og kommunerne leverer desuden data til Holbæk Sygehus med henblik på at dokumentere projektets resultater.
	Er undervejs med en indsats til de overvægtige børn (ikke svært overvægtige) i 0.-2. klasse.					
Randers Kommune Materiale fundet via kommunens hjemmeside. Beskrivelsen er valideret.	Nu rykker vi – giv de ekstra kilo kamp til strengen (fra sundhed.dk) https://sundhedspleje.randers.dk/saerlige-tilbud/nu-rykker-vi/nu-rykker-vi/	Overvægtige børn og unge og deres familier: <ul style="list-style-type: none"> • 5.-8. klasse • BMI over ISO-BMI 25 • overvægt må ikke skyldes bagvedliggende sygdom • skal være bosat i Randers Kommune og gå i skole i kommunen • skal have forudsætninger for at deltage i et gruppeforløb, og forældre skal være motiverede for at deltage 	Indsatsen består af: <ul style="list-style-type: none"> • Gruppeforløb for børn i grupper på 8 • Fælles motion for børnene • Individuelle familiesamtaler med sundhedsplejerske • Aktivitetseftermiddage for alle familier Varighed på 10 måneder. Metode/tilgange: det sundhedspædagogiske udviklingsprojekt "Selvværd vejer tungest" og Holbæk-metoden (deltaget i kurser v. J.C. Holm, Holbæk Sygehus). Individ- og gruppeorienteret familieindsats.	Fast tilbud forankret i Sundhedsplejen (tidligere satspuljeprojekt 2012-2015). Indsatsen varetages af sundhedsplejersker og motionsinstruktører (fra Randers Ungdomsskole).	Selvhenvendelse.	Samarbejde mellem Sundhedsplejen, Randers Ungdomsskole, Børn og Skoleforvaltningen, Kultur og Fritid, Sundhedsteamet samt tre idrætsforeninger (Randers Thunder, Swim Team Neptun og Randers Cimbria PRO). Børn, der har været på Julemærkehjem, kan komme direkte ind i et forløb.
	Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen https://sundhedspleje.randers.dk/saerlige-tilbud/behandling-af-overvaegtige-boern-3-18-aar/	Svært overvægtige børn og unge: <ul style="list-style-type: none"> • mellem 3 og 18 år • BMI over 99 %-percentilen • barnet skal bo i Randers Kommune Hele familien skal indgå i forløbet og være motiveret for at arbejde med punkterne i handleplanen.	Forundersøgelse på Børneafdelingen, Randers Regionshospitalet: barnet får taget blodprøver, bliver målt og vejede, og der udarbejdes en individuel handleplan. 4-5 opfølgningssange i Sundhedscenteret, hvor der arbejdes videre med handleplanen. Årligt lægetjek på Børneafdelingen i Randers. Forløbet afsluttes, når BMI er stabilt (typisk efter 2 år). Metode/tilgange: Holbæk-metoden. Individorienteret familieindsats.	Satspuljeprojekt (2014-2017) forankret i Sundhedscenteret. Indsatsen varetages i sygehusregi af en læge og en sygeplejerske og i kommunalt regi af sundhedsplejersker. En sundhedsplejerske deltager ved forundersøgelsen på hospitalet.	Selvhenvendelse.	Samarbejde med Regionshospitalet Randers (afsæt i Holbæk-metoden). 40 pladser i projektet. Sundhedsplejerskerne er oplært af personale fra Enheden for Overvægtige Børn og unge på Børneafdelingen, Holbæk Sygehus. Hospitalet og kommunerne leverer desuden data til Holbæk Sygehus med henblik på at dokumentere projektets resultater.
Er i gang med at etablere egen overvægtsklinik (planlægges at være i drift efter sommeren 2016).						

RANDERS KLYNGEN						
	Indsatsens betegnelse	Målgruppe/ inklusionskriterier	Indhold	Forankring og involverede fagpersoner	Henvisning til indsatsen	Samarbejde (primært tværsektorielt)
Favrskov Kommune Materiale modtaget fra kommunen. Beskrivelsen er valideret.	Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen	Familier med børn/unge: <ul style="list-style-type: none"> i alderen 3-18 år svært overvægtige, BMI over 99 %-percentilen 	Forundersøgelse på Børneafdelingen, Randers Regionshospital: Barnet får taget blodprøver, bliver målt og vejat, og der udarbejdes en individuel handleplan. 2-5 mødegange om året på overvægtiklinikken i Hammel, hvor der arbejdes videre med handleplanen. Årligt lægetjek på Randers Regionshospital. Forløbet afsluttes, når BMI er stabilt (typisk efter 2 år). Metode/tilgange: Holbæk-metoden. Individorienteret familieindsats.	Satspuljeprojekt (2014-2017) forankret i Sundhedsplejen. Indsatsen varetages i sygehusregi af en læge og en sygeplejerske og i kommunalt regi af en fagperson med en ernæringsfaglig kandidatuddannelse. Den kommunale fagperson deltager ved forundersøgelsen på hospitalet.	Sundhedsplejerske. Egen læge.	Samarbejde med Regionshospitalet Randers. 25 pladser i projektet. Den kommunale fagperson er oplært af personale fra Enheden for Overvægtige Børn og unge på Børneafdelingen, Holbæk Sygehus. Hospitalet og kommunerne leverer desuden data til Holbæk Sygehus med henblik på at dokumentere projektets resultater.
	Kosttilbud til overvægtige børn og unge 3-18 år https://www.favrskov.dk/borger/omsorg-og-sundhed/skoleboern	Familier med overvægtige børn/unge: <ul style="list-style-type: none"> i alderen 3-18 år 	Forløbet aftales individuelt, men består typisk af 3-5 klinikbesøg startende med udarbejdelse af en individuel handleplan (ekskl. blodprøver). Forløbet varer minimum 1 år. Metode/tilgange: Holbæk-metoden. Individorienteret familieindsats.	Fast tilbud forankret i Sundhedsplejen. Indsatsen varetages af to sundhedsplejersker. Har to overvægtsklinikker med i alt 50 børn i et forløb.	Selvhenvendelse. Sundhedsplejerske. Egen læge.	Sundhedsplejerskerne er oplært af personale fra Enheden for Overvægtige Børn og unge på Børneafdelingen, Holbæk Sygehus. Børn, der har været på Julemærkehjem, kommer i overvægtsklinikken efter endt ophold.
Syddjurs Kommune Materiale fundet via kommunens hjemmeside. Beskrivelsen er valideret.	Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen https://www.syddjurs.dk/borger/familie-og-boern/sundhedsplejen/overvaegt	Svært overvægtige børn: <ul style="list-style-type: none"> i alderen 3-18 år BMI over 99 %-percentilen for køn og alder 	Forundersøgelse på Børneafdelingen, Randers Regionshospital: Barnet får taget blodprøver, bliver målt og vejat, og der udarbejdes en individuel handleplan. 4-6 opfølgningssange (30-60 minutter) om året på kommunale overvægtsklinik, hvor der arbejdes videre med handleplanen. Årligt lægetjek på Børneafdelingen i Randers. Forløbet afsluttes, når BMI er stabilt (typisk efter 2 år). Metode/tilgange: Holbæk-metoden. Individorienteret familieindsats.	Satspuljeprojekt (2014-2017) forankret i Sundhedsplejen. Indsatsen varetages i sygehusregi af en læge og en sygeplejerske og i kommunalt regi af fire sundhedsplejersker. En sundhedsplejerske deltager ved forundersøgelsen på hospitalet.	Selvhenvendelse (forældre), praktiserende læger, sagsbehandlere og sundhedsplejersker.	Samarbejde med Regionshospitalet Randers (afsæt i Holbæk-metoden). 21 pladser i projektet. Daginstitutioner og skoler er orienteret om indsatsen. Samarbejde med socialrådgivere. Sundhedsplejerskerne er oplært af personale fra Enheden for Overvægtige Børn og unge på Børneafdelingen, Holbæk Sygehus. Hospital og kommuner leverer data til Holbæk Sygehus med henblik på at dokumentere projektets resultater.
	Overvægtsklinikker (rent kommunalt tilbud, 3 klinikker)	Svært overvægtige børn og unge: <ul style="list-style-type: none"> i alderen 3-18 år BMI over 99 %-percentil for køn og alder 	Indsatsens kører efter samme koncept som projektet med Randers Regionshospital, men uden inddragelse af hospital/læge. Metode/tilgange: Holbæk-metoden. Individorienteret familieindsats.	Fast tilbud forankret i Sundhedsplejen. Indsatsen varetages af sundhedsplejersker.	Selvhenvendelse (forældre), praktiserende læger, sagsbehandlere og sundhedsplejersker.	Daginstitutioner og skoler er orienteret om indsatsen. Samarbejde med socialrådgivere. Børn, der har været på Julemærkehjem, kommer i overvægtsklinikken efter endt ophold. 25 pladser.

RANDERS KLYNGEN						
	Indsatsens betegnelse	Målgruppe/ inklusionskriterier	Indhold	Forankring og involverede fagpersoner	Henvisning til indsatsen	Samarbejde (primært tværsektorielt)
Randers Regionshospital Materiale modtaget fra hospitalet. Beskrivelsen er valideret.	Behandling af svært overvægtige børn og unge i Randers Klyngen http://www.regionshospitalet-randers.dk/presse/aktuelt/2013/hjalp-til-overvaegtige-born/	Familier med børn/unge: <ul style="list-style-type: none"> • mellem 3 og 18 år • BMI over 99 %-percentilen for køn og alder • som er motiverede for at ændre livsstil 	Et forløb starter med en forundersøgelse på Børneafdelingen i Randers. Barnet får taget blodprøver, bliver målt og vejjet, og der udarbejdes en individuel handleplan. Forsætter med 4-6 opfølgingsgange om året af 30-60 minutters varighed med sundhedsplejerske og diætist/kostvejleder på overvægtsklinik i kommunen, hvor der arbejdes videre med handleplanen. Lægetjek en gang årligt på Børneafdelingen i Randers. Forløbet afsluttes, når BMI er stabilt (typisk efter 2 år). Metode/tilgange: Holbæk-metoden. Individorienteret familieindsats.	Satspuljeprojekt (2014-2017) forankret på Børneafdelingen. Indsatsen varetages i sygehusregi af en læge og en sygeplejerske og i kommunalt regi af sundhedsplejersker. En kommunal sundhedsplejerske deltager ved forundersøgelsen på hospitalet.	Praktiserende læger og sundhedsplejersker kan henvises.	Fælles behandlingstilbud med Randers, Favrskov, Norddjurs og Syddjurs Kommuner. 100 behandlingspladser fordelt i de 4 kommuner ud fra andelen af overvægtige børn. Projektet er organiseret med en styregruppe, projektkoordineringsgruppe, projektleder, 5 projektteams og 5 projektkoordinatorer. De involverede fagpersoner er oplært af personale fra Enheden for Overvægtige Børn og unge på Børneafdelingen, Holbæk Sygehus. Hospitalet og kommunerne leverer desuden data til Holbæk Sygehus med henblik på at dokumentere projektets resultater.

VEST KLYNGEN						
	Indsatsens betegnelse	Målgruppe/ inklusionskriterier	Indhold	Forankring og involverede fagpersoner	Henvisning til indsatsen	Samarbejde (primært tværsektorielt)
Ringkøbing-Skjern Kommune Svar modtaget.	Ingen indsats p.t.					
Ikast-Brande Kommune Materiale fundet via kommunens hjemmeside. Beskrivelsen er ikke valideret.	Klinik for overvægtige børn og unge (Holbæk-metoden) http://www.ikast-brande.dk/borger/familie,-boern-og-unge/sundhedspleje	Familier med overvægtige børn: <ul style="list-style-type: none"> i alderen 3-18 år BMI over 90 %-percentilen 	Individuel plan i forhold til kost og motion. Samtale/undersøgelse hver 6.-8. uge. Barnet kommer 6 gange det første år og derefter sjældnere. Varighed: ? Metode/tilgange: Holbæk-metoden. Individorienteret familieindsats.	Fast tilbud forankret i Sundhedsplejen. Klinikken er bemandet med 2 sundhedsplejersker og 1 diætist. Mål: at behandle 80-100 børn årligt.	Selvhenvendelse.	
Holstebro Kommune Materiale modtaget. Beskrivelsen er valideret.	MOVE VIA FUN http://www.holstebro.dk/MoveVIA/un-8999.aspx	Børn, der: <ul style="list-style-type: none"> er 9-12 år er overvægtige (eller i en negativ vægtudvikling) er overvægtige i forhold til alderskorrigeret BMI er fysisk inaktive i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet ikke er aktive i idrætsforeninger har været på Julemærkehjem Motivation: Barn og forældre skal være motiveret for at deltage har bopæl i Holstebro Kommune 	<u>Bevægelse:</u> 1½ times bevægelse en gang om ugen: Fokus på bevægelsesglæde og afprøvning af forskellige former for idræt og bevægelse: Afprøve forskellige idrætsgrene i lokale foreninger, fx amerikansk fodbold, svømning, dans. <u>Kost:</u> Familierne får viden og vejledning om kost og madkultur. Børn, instruktør og diætist afholder "maddag". Familier har mulighed for individuelle samtaler med diætist. <u>Samtaler:</u> 3 samtaler med sundhedsplejerske – deltagerne hjælpes til at sætte mål. Måling af BMI, udfyldelse af spørgeskema, indeholder bl.a. selvvurderet skærmtid, trivsel, spørgsmål om madvaner, aktivitetsniveau, BMI. <u>Forældreinvolvering:</u> Forældre involveres i tilbuddet med henblik på støtte og opbakning til barnet. Tilbydes en række forældrearrangementer (madkultur, familiedynamikker, familietur med naturvejleder mv.) Varighed: 4 måneder. Metode/tilgange: Du bestemmer De utrolige år (DUÅ). Sundhedsstyrelsens anbefaling: - Fysisk aktivitet til børn - Børn med overvægt Det brede og positive sundhedsbegreb. Det brede idrætsbegreb. Bjarne Bruun Jensens begreb handlekompetence Individ- og gruppeorienteret familieindsats.	Projekt (2014-2017) forankret i Børn og Unge. Indsatsen varetages af sundhedsplejerske, diætist, idræts- og bevægelseskonsulent samt ergoterapeut. Den daglige træning varetages af lønnede studerende fra VIA. Instruktørerne kan have forskellig uddannelsesbaggrund, fx lærer, pædagog, ergoterapeut.	Selvhenvendelse. Sundhedsplejen. Lærer fra børnenes skoler.	VIA University College (studerende). Der er udarbejdet en partnerskabsaftale med VIA. De frivillige foreninger, fx svømning, dans, ridning, amerikansk fodbold m.m. Børn, der har været på Julemærkehjem, kan komme direkte ind i tilbuddet.
Herning Kommune Svar modtaget.	Ingen indsats p.t. Laver lovpligtig opfølgning på børn fra Julemærkehjem før og efter ophold v. diætist.					

VEST KLYNGEN						
	Indsatsens betegnelse	Målgruppe/ inklusionskriterier	Indhold	Forankring og involverede fagpersoner	Henvisning til indsatsen	Samarbejde (primært tværsektorielt)
Struer Kommune Ingen svar modtaget.	Ingen indsats p.t.					
Lemvig Kommune Materiale modtaget fra kommunen. Beskrivelsen er valideret.	Familiebaseret kostvejledning	Familier med overvægtige børn: <ul style="list-style-type: none"> med dokumenteret ugunstig vægt/vægtudvikling intet alderskriterium 	Mødegange <ul style="list-style-type: none"> 1 møde (1 time): Familiens tanker omkring kommende forløb, forventninger og behov 2. møde (1 time): Planlægning af forløb (små skridt) 3. og efterfølgende møder (½ til 1 timer): Hvordan går det med planerne? <p>Antal møder bestemmes efter behov, og der afsluttes med et opfølgende møde efter 3 måneder.</p> <p>Varighed: Ikke en afgrænset tidshorisont. Det vurderes løbende, om vejledningen giver mening, og familien bevæger sig i den ønskedes retning.</p> <p>Metode/tilgange: Små Skridt. Individorienteret familieindsats.</p>	Fast tilbud forankret i Sundhedsafdelingen. Indsatsen varetages af kost- og ernæringskonsulent.	Selvhenvendelse. Egen læge. Sundhedsplejen.	
Hospitalsenheden Vest Materiale modtaget fra hospitalet. Beskrivelsen er valideret.	STOR (struktureret, tværfagligt og tværsektorielt tilbud til overvægtige småbørn og deres familier, Ringkjøbing Amt) http://www.vest.rm.dk/afdelinger/Ernaeringsenheden/patienter-parorende/_bor	Overvægtige børn og unge <ul style="list-style-type: none"> i alderen fra 3-17 år alderskorrigeret BMI svarende til < 25 kg/m², hvis barnet havde været 18 år 	Indsatsen består af diætetisk udredning og behandling samt udredning og vedledning ved fysioterapeut (ikke hospitalsansat). Består af flere samtaler: <ul style="list-style-type: none"> 1. samtale (ca. 1 time): Barnets og familiens mad- og bevægelsesvaner udredes og vurderes. Der stilles en diætetisk diagnose (ernæringsdiagnose), der laves plan, intervjeres og evalueres. Opfølgende samtaler efter behov ca. hver 3.-4. måned (ca. ½ time). <p>Højde, vægt og taljemål måles, og BMI udregnes og tegnes i kurver ved hver konsultation.</p> <p>3 dages kostregistreringskemaer og spørgeskemaer medbringes af familierne til det 1. møde og eventuelt undervejs efter behov.</p> <p>Varighed: Typisk varer et forløb ca. 1 års tid, hvorefter familierne skal kunne klare sig fremadrettet. Undervejs i forløbet vurderes behovet for opfølgninger.</p> <p>Metode/tilgange: ? Individorienteret familieindsats.</p>	Fast tilbud forankret i "Børneteamet" i Ernæringsenheden. Indsatsen varetages af klinisk diætist og fysioterapeut.	Egen læge eller sygehusafdeling (børneafdeling).	Praktiserende læger, sygehusafdelinger og sundhedsplejersker i forhold til opsporing og henvisning. Intet samarbejde med kommuner.

MIDT KLYNGEN						
	Indsatsens betegnelse	Målgruppe/ inklusionskriterier	Indhold	Forankring og involverede fagpersoner	Henvisning til indsatsen	Samarbejde (primært tværsektorielt)
Silkeborg Kommune Materiale fundet via kommunens hjemmeside. Beskrivelsen er ikke valideret.	Overvægtsklinikken (sundhed.dk) http://silkeborgkommune.dk/Borger/Boern-skole-og-familie/Sundhed-for-boern-og-unge/Overvaegt	Familier med overvægtige børn: <ul style="list-style-type: none"> i alderen 2-17 år BMI på IOTF 25 eller derover 	Klinikbesøg ca. hver 7. uge. Indsatsens indhold: ? Varighed: op til 2 år. Metode/tilgange: Hølbæk-metoden. Individorienteret familieindsats.	Fast tilbud forankret i Sundhedsplejen. Indsatsen varetages af en sundhedsplejerske og en kostvejleder.	Selvhenvendelse.	
Viborg Kommune Materiale modtaget fra kommunen. Beskrivelsen er valideret.	Fighterne, Viborg Ungdomsskole http://www.viborgungdomsskole.dk/side9903.html	Overvægtige børn: <ul style="list-style-type: none"> fra 13-18 år 	Mållrettet undervisningsforløb sammen med andre unge med ugentlig træning, vejning og jævnlige coach-forløb. Lærer om sundere kost og stifter bekendtskab med forskellige former for idræt og træning. Forløbet strækker sig over 12 måneder. Gruppeorienteret ungeindsats.	Fast tilbud forankret på Viborg Ungdomsskole. Indsatsen varetages af pædagoger fra ungdomsskolens klubtilbud. Der samarbejdes med diætist, fysioterapeuter og sundhedsplejersker til kortere oplæg.	Selvhenvendelse. Sundhedsplejersker.	Der er indlagt små oplevelsesforløb med introduktion til motionscentre, svømmehaller, idrætsforeninger osv.
<p>Har projektansat en sundheds- og forebyggelseskonsulent med fokus på forebyggelse af overvægt hos børn og unge med følgende opgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> Overblik over Viborg Kommunes <ul style="list-style-type: none"> forpligtelser som følge af Sundhedsaftale, Forebyggelsespakker, Tværgående Sundhedspolitik nuværende indsatser hvilke indsatser der mangler Udvikle, beskrive og afprøve forslag til fremtidige indsatser Implementering af nye indsatser og sikring af overgang til drift Opfølgning på indsatserne med henblik på måling af effekter 						
Skive Kommune Materiale fundet via kommunens hjemmeside. Beskrivelsen er valideret.	Familiekostvejledning http://sundhedscenerskive.dk/sundhed-og-livsstil/mad-og-maal-tider/familiekostvejledning/	Familie med et eller flere overvægtige børn: <ul style="list-style-type: none"> 0-18 år BMI \geq IOTF-25 	Et familieforløb der består af 4-6 samtaler. Der vil yderligere være 2 opfølgende samtaler årligt for børn, frem til de fylder 18 år. Varighed: Typisk ½ år. Metode/tilgange: Sundhedspædagogisk tilgang. Vejledning ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Individorienteret familieindsats.	Fast tilbud forankret i Sundhedscenter Skive, Sundhedsafdelingen. Indsatsen varetages af klinisk diætist og sundheds-konsulent.	Selvhenvendelse. Sundhedsplejen. Praktiserende læge.	

MIDT KLYNGEN						
	Indsatsens betegnelse	Målgruppe/ inklusionskriterier	Indhold	Forankring og involverede fagpersoner	Henvisning til indsatsen	Samarbejde (primært tværsektorielt)
<p>Regionshospitalet Viborg</p> <p>Materiale modtaget fra hospitalet. Beskrivelsen er valideret.</p>	<p>ROS (Rund Og Sund), Tilbud til børn med overvægt</p> <p>http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/borneafdelingen/til-fagfolk/overvagtige-born---ros/</p>	<p>Overvægtige børn og unge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i alderen 0-18 år (flestep er i gruppen 10-15 år) • BMI > 90 %-percentilen • stigende BMI trods indsats, selvom BMI ikke er > 90 %-percentilen • der skal være forsøgt vægttab for barnet i samarbejde med praktiserende læge, sundhedsplejerske, praksisdiætist eller andet 	<p>Konsultationer i børneambulatoriet hver 5. uge (1 time): Første konsultation (1½ time) er med både læge og sygeplejerske. Her måles og vejes barnet og familien, der udfyldes spørgeskema om motivation, selvværd (Beck-test) og livskvalitet (PedsQL). De første mål om vægttab og aftaler om livsstilsændringer laves.</p> <p>Diætistsamtale (1½ time) på Børneambulatoriet 14 dage efter første konsultation, hvor der følges op på ændringer af kosten.</p> <p>Deltagelse i ROS-idrætshold (primært for de større børn) og ROS-kokkeskole.</p> <p>Motivationssamtaler i grupper, forældremøder og mulighed for psykologsamtaler.</p> <p>Team-møde hver 14. dag, hvor personalet planlægger barnets videre forløb ud fra familiens behov og resultater fra screeninger.</p> <p>Der tages blodprøver i løbet af de første 3 måneder. Videregives til den nationale biobank for børn og unge med overvægt.</p> <p>Varighed: Vedvarende tilbud, som afsluttes ved succesfuldt vægttab, familiens eget ønske, udeblivelser eller manglende deltagelse i behandlingen.</p> <p>Metode/tilgange: Viborg-modellen også kaldet ROS, der bygger på amerikanske retningslinjer (Barlow 2007), Den motiverende samtale, Sundhedsstyrelsens kostanbefalinger samt 10 her-og-nu-mål.</p> <p>Individ- og gruppeorienteret familieindsats.</p>	<p>Fast tilbud forankret på Børneafdelingen, Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenheden Midt.</p> <p>Indsatsen varetages af et adipositas-team: læger, sygeplejersker, diætister, psykolog, sekretær, socialrådgiver, idrætsskulentler (fra Viborg Idrætsråd og Skive Idrætssamvirke), klinisk sygeplejespecialist (tovholder).</p>	<p>Praktiserende læger (skal beskrive, hvilke vægttabsforsøg der har været forsøgt).</p>	<p>Samarbejde med Viborg, Skive og Silkeborg Kommuner samt Skive Idrætssamvirke og Viborg Idrætsråd.</p> <p>Idrætsrådene afvikler særlige ROS-idrætshold (i Viborg og Skive) og formidler kontakt til lokale idrætsforeninger.</p> <p>Samarbejdet med kommunerne drejer sig om, at de bidrager økonomisk til idrætstilbuddet i Viborg og Skive og kan henvise til indsatsen.</p>

AARHUS KLYNGEN						
	Indsatsens betegnelse	Målgruppe/ inklusionskriterier	Indhold	Forankring og involverede fagpersoner	Henvisning til indsatsen	Samarbejde (primært tværsektorielt)
Aarhus Kommune Materiale modtaget fra kommunen. Beskrivelsen er valideret.	Fedt for Fight (FFF) – tidlig indsats http://www.aarhus.dk/da/borger/familie-boern-og-unge/sundhed/sundhedsplejen/tilbud/saerlige-tilbud/svaer-overvaegt.aspx	Overvægtige førskolebørn: <ul style="list-style-type: none"> • 3-6 år • alders- og kønskorrigeret BMI over 27,5 	Individuelt tilpasset indsats med hjemmebesøg og indsats til institutionspersonale efter behov: <ul style="list-style-type: none"> • leg og bevægelse • Fedt for Fight-forældregruppe • samtale om mad og vaner, herunder praktisk vejledning vedrørende indkøb m.m. Varighed: 1-1½ år, efterfølgende opfølgning hos skolesundhedsplejersken hvert skoleår. Metode/tilgange: Anerkendende tilgang, mindmapping og motiverende samtale, praktisk vejledning ved indkøb mm. Individ- og gruppeorienteret familieindsats.	Fast tilbud forankret i Sundhed og Trivsel, Børn og Unge. Indsatsen varetages af en Fedt for Fight-sundhedsplejerske (specialistsundhedsplejerske).	Opsporing foregår i dagtilbuddene (institutionspersonale kan henvende sig til Sundhed og Trivsel). Henvisningsmuligheder for praktiserende læger (via epikrisemodul).	Internt samarbejde mellem Sundhed og Trivsel og dagtilbudsområdet. Eksternt samarbejde med praktiserende læger – praksiskon konsulenter.
	Fedt for Fight (FFF) – skolestarter https://www.aarhus.dk/da/borger/familie-boern-og-unge/Sundhed/Sundhedsplejen/Tilbud/Saerlige-tilbud/Svaer-overvaegt.aspx	Overvægtige skolebørn: <ul style="list-style-type: none"> • i alderen 5-8 år • med alders- og kønskorrigeret BMI over 30 Kan eventuelt genoptages i 2.-4. klasse.	Indsatsen består af: <ul style="list-style-type: none"> • 4 hjemmebesøg, hvor der arbejdes med forældrenes handlingskompetence gennem Mindmapping (afdækkende) og Tanker til Tiden (støtter forældrenes udvikling af relationen til deres barn) • telefonvejledning • barnet kan deltage i lukket hold i DGI Huset (Leg og Bevægelse) • forældre kan deltage i Forældrekursus (6 mødegange med fast indhold) • overgangsmøde mellem barn, forældre, FFF-sundhedsplejersken og skolesundhedsplejersken på skolen • opfølgning hvert skoleår hos skolesundhedsplejersken Varighed: Mindst 1 år, opfølgning resten af skoleåret, hvis familien ønsker det. Metode/tilgange: Inspireret af Overvægtsenheden i Malmø v. professor Car Erik Flodmark, Mindmapping, Tanker til Tiden (Mentalisering). Individ- og gruppeorienteret familieindsats.	Fast tilbud forankret i Sundhed og Trivsel, Børn og Unge (tidligere satspuljeprosjekt 2007-2011). Indsatsen varetages af en Fedt for Fight-sundhedsplejerske (specialistsundhedsplejerske).	Der foregår en systematisk opsporing ved indskolingsundersøgelsen af alle skolestartere med svær overvægt. Henvisningsmulighed for praktiserende læger og eventuelt AUH's børnelæger. Sender korrespondance til barnets egen læge ved opstart og afslutning. Alle henvises til at kontakte egen læge.	Internt samarbejde med skolesundhedsplejerskerne. Samarbejde med frivillig organisation DGI og eksterne undervisere.
	Herkules- og Afrodite-hold (fysisk aktivitet for overvægtige børn) http://www.agf-herculesogafrodite.dk/	Fortsætterhold for overvægtige 6-8-årige børn, der har gået i Fedt for Fight – skolestart. Åbne hold for overvægtige børn og unge: <ul style="list-style-type: none"> • i alderen 8-10 år • i alderen 10-15 år Sommerskole (1 uge) hvert år for børn fra holdene	Gruppebaseret træningstilbud med forskellige aktiviteter, som har til formål at skabe bevægelsesglæde og sved på panden. Desuden forsøger man at introducere børnene til nogle nye aktiviteter. Madklub for de store børn (10-15 år) Varighed: 4 måneder, derefter ny tilmelding. Metode/tilgange: Bevægelse gennem leg. Gruppebaseret indsats.	Fast tilbud med delvis betaling af Sundhed og Trivsel, Børn og Unge. Foregår i DGI-regi. Indsatsen varetages af basetrænere fra Institut for Idræt eller VIA University College (lærer-, pædagoger- og fysioterapeutstuderende).	Selvhenvendelse og opfordring fra skolesundhedsplejerskerne.	AGF's Hovedforening. (Finansieret af puljen "Idræt for vanskeligt stillede børn" oprettet af Kulturministeriet og Socialministeriet).

AARHUS KLYNGEN						
	Indsatsens betegnelse	Målgruppe/ inklusionskriterier	Indhold	Forankring og involverede fagpersoner	Henvisning til indsatsen	Samarbejde (primært tværsektorielt)
	FitforKids http://www.fitforkids.dk/	Overvægtige børn mellem 8-12 år	FitforKids-programmet har fem dele: <ul style="list-style-type: none"> • Træning for både børn og forældre • Kostvejledning i hjemmet • Forældrecoaching • Motivationsprogram • Præmier & Sociale Events <p>Hold mandag (1 time) og lørdag (1½ time). Varighed: ca. et skoleår (1 sæson). Metode/tilgange: ? Individ- og gruppeorienteret familieindsats.</p>	Fast tilbud forankret i privat regi i Aarhus Kommune, p.t. på 1 skole 2 gange ugentligt. Indsatsen varetages af frivillige instruktører. Instruktørerne er enten færdiguddannede eller studerende på Sundhed og Ernæring, Fysioterapi, Idræt eller lignende uddannelser.	Selvhenvendelse. Sundhedsplejen kan henvise.	Foreningen FitforKids.
	Familiehjælpen	Børn og deres familier, hvor der er en alvorlig socialfaglig problematik og et overvægtigt barn	Indsats via Socialforvaltningen, som har to ansatte til dette. Ikke fastlagt metode eller tilgang. Individorienteret familieindsats.	Fast tilbud forankret i Socialforvaltningen (Magistraten for Sociale Forhold og Beskæftigelse)	Kun visitation til dette gennem underretning eller lignende.	
	Har samarbejdsaftale med Julemærkehjemmet i Hobro om systematisk tilbud før og efter ophold på Julemærkehjem, herunder hjemmebesøg 2 og 6 måneder efter ophold og konsultation på skolen efter 9 måneder.					
Aarhus Universitetshospital Ingen svar modtaget.	Ingen indsats p.t.					

SAMSØ KLYNGEN (med Aarhus Universitetshospital)	
Samsø Kommune Ingen svar modtaget.	Ingen indsats p.t.

Bilag 2 Interviewguide – kommunale og regionale repræsentanter

Interviewene skal afdække:

- Aktørernes erfaringer med, hvordan det tværsektorielle samarbejde styrker indsatsen overfor overvægtige børn og unge
- Udfordringer i det tværsektorielle samarbejde med henblik på at identificere mulige løsningsforslag til at minimere disse
- Aktørernes opfattelse af, hvad der yderligere kan styrke det tværsektorielle samarbejde omkring indsatsen til gavn for målgruppen.

Intro

Kan du kort sige: a) hvem du er, b) stillingsbetegnelse og c) din involvering i indsatsen/r til overvægtige børn og unge?

Kommunale aktører og sygehus-aktører

Kan du kort beskrive den/de indsats(e), I har til overvægtige børn og unge på sygehuset/i kommunen?

Hvorfra er familierne henvist til/gjort opmærksom på indsatsen (sundhedspleje, almen praksis, etc.)?

- Får I nok henvendelser/må I afvise?
- Er tilbuddet kendt nok hos dem, der skal henvise/kan informere familierne om tilbuddet?
- Er der forskel på, hvor tilbøjelig de forskellige aktører er til at henvise/orientere om tilbuddet)?
 - Årsagen til den eventuelle forskellige tilbøjelighed til henvisning?
- Ifølge det skriftlige materiale er inklusionskriterierne XX. Fungerer disse kriterier hensigtsmæssigt?
 - Bliver kriterierne fulgt slavisk, eller kan de gradbøjes?
 - Hvilke fordele og ulemper er der ved de opstillede kriterier?

Ud over dem, der henviser, hvilke aktører (i andre sektorer) samarbejder I så med omkring indsats XX til overvægtige børn og unge (sygehus, kommune, praktiserende læger, lokale foreninger, internt i kommunen, øvrige)?

- Hvad går samarbejdet ud på?
- Hvordan er samarbejdet organiseret?
 - Ved projekter: Hvordan ser projektorganisationen ud?
 - Hvilke rammer/aftaler arbejdes der ud fra (projektbeskrivelse, samarbejdsaftaler etc.)?
 - Hvordan fungerer disse rammer/aftaler i praksis?
- Hvordan foregår dialogen med aktørerne i samarbejdet (særskilte fora/mellem bestemte personer)?
 - Er der faste møder eller foregår kontakten ad hoc (telefon, e-mail, ad hoc møder etc.)?
 - Hvordan udveksles information om og dokumentation af indsatsen?
 - Er der information/dokumentation, I savner fra bestemte aktører i samarbejdet, og som bestemte aktører savner fra jer?

- Er der information, der går tabt?

Hvordan monitoreres indsatsen, og hvem står for det?

Det tværsektorielle samarbejdes styrker

Er det din oplevelse, at det tværsektorielle samarbejde bidrager til at styrke indsatsen? På hvilken måde?

- Hvilken betydning har det tværsektorielle samarbejde fx i forhold til:
 - Rekruttering?
 - Indsatsens kvalitet?
 - Udfaldet for deltagerne?
 - Andet?

Kunne et tættere samarbejde mellem bestemte aktører eventuelt styrke indsatsen yderligere?

- Hvordan kunne et tætte samarbejde understøttes?

Udfordringer i det tværsektorielle samarbejde

Hvilke udfordringer ser du i det tværsektorielle samarbejde? Hvad består disse udfordringer i?

Hvilken betydning har de nævnte udfordringer for indsatsen? Eventuelt i forhold til:

- Rekruttering?
- Indsatsens kvalitet?
- Udfaldet for deltagerne?
- Andet?

Hvordan kunne udfordringerne eventuelt løses eller afhjælpes?

Kun til kommunale aktører:

Er der eventuelt samarbejde med andre kommuner?

- Hvad går samarbejdet ud på?

Hvilke fordele og udfordringer er der i samarbejdet med en anden kommune?

Hvis intet samarbejde:

Kunne det eventuelt styrke indsatsen, hvis der var et tværkommunalt samarbejde?

- Hvad skal der til for at etablere et sådant samarbejde?

Øvrige indsatser

Hvilket samarbejdet har I med andre indsatser til overvægtige børn og unge (fx Julemærkehjemmet)

- Hvori består samarbejdet og hvordan fungerer det?
- Får børn der har været på Julemærkehjem nogle særlige tilbud?
- Oplever I udfordringer i forhold til de familier og børn/unge, der eventuelt deltager i overvægtsindsatser udenfor offentlig regi (fx Julemærkehjemmet), eventuelt forskellige tilgange, retningslinjer etc.?

Afsæt i Holbæk-modellen

Hvori består samarbejdet med Holbæk Sygehus?

- Uddannelse af personale?
- Sparring?
- Dataindsamling/evaluering?

Er der et fast koncepter, der skal følges eller er der mulighed for lokal tilpasning?

Er samarbejdet med Holbæk Sygehus med til at styrke jeres indsats? Hvordan?

Oplever I nogen udfordringer i samarbejdet med Holbæk Sygehus?

- Hvordan påvirker disse udfordringer indsatsen?

Hvis I skulle starte en lignende indsats på ny, hvad ville I så gøre anderledes?

- I forhold til det tværsektorielle samarbejde? Andet?

Bilag 3 Interviewguide – almen praksis

Interviewene skal afdække:

- Aktørernes erfaringer med, hvordan det tværsektorielle samarbejde styrker indsatsen overfor overvægtige børn og unge
- Udfordringer i det tværsektorielle samarbejde med henblik på at identificere mulige løsningsforslag til at minimere disse
- Aktørernes opfattelse af, hvad der yderligere kan styrke det tværsektorielle samarbejde omkring indsatsen til gavn for målgruppen.

Intro

Kan du kort sige: a) hvem du er, b) stillingsbetegnelse og c) din involvering i indsatsen/r til overvægtige børn og unge?

Almen praksis

Hvad er dit kendskab til indsats XX (for overvægtige børn/unge)?

Hvordan er du blevet informeret om indsatsen?

Hvad er din rolle i forhold til indsatsen (henvisning, formidling af information om barnet/den unge etc.)?

- Hvilket arbejde skal du udføre for at henvise?

Hvor ofte henviser du til indsatsen?

Hvad skal der til, for at du henviser til indsatsen?

- Stilles der særlige krav til barnet/familien?
- Kender du til kriterierne for deltagelse i indsatsen?
- Er kriterierne relevante og håndterbare?
- Har det nogen betydning for din tilbøjelighed til at henvise til indsatsen, at den foregår i et samarbejde mellem sygehus og kommune/er et rent kommunalt tilbud? Hvorfor?

Hvad er din vurdering af/erfaring med indsatsen?

- På hvilke områder udmærker indsatsen sig?
- Oplever du at indsatsen gør en forskel for børnene og deres familier? Taber de sig? Hjælper indsatsen på andre områder?
- Hvilke tilbagemeldinger får du fra børn/familierne og andre praktiserende læger?
- På hvilke områder ser du et forbedringspotentiale?

Hvad er din rolle, under og efter barnet/familie har deltaget i en indsats?

- Bliver du tilstrækkelig informeret/klædt på i forhold til at kunne varetage denne rolle?
- Hvilken information får du, når et barn/ung er i et forløb i XX indsats?
 - Er der information, du savner om det forløb, som barnet/familien har været igennem?

Hvor ser du et forbedringspotentiale i forhold til samarbejdet mellem dig som praktiserende læge og fagpersonerne involveret i indsatsen til overvægtige børn og unge?



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00