



HØRINGSUDKAST

Livsstilsintervention ved svær overvægt



Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne

Livsstilsintervention ved svær overvægt

Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne

© Sundhedsstyrelsen
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: 21. oktober 2019
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
1.1. Baggrund og formål	3
1.2. Vidensgrundlag	3
1.3. Definitioner	4
1.4. Lovgrundlag	6
1.5. Læsevejledning	7
2. Sammenfatning af anbefalinger	8
3. Målgruppe og populationsanalyse	9
3.1. Målgruppe	9
3.2. Afgrensning	10
3.3. Indsatsen overfor børn i alderen 2-5 år	10
3.4. Indsatsen overfor børn og voksne med tvangsoverspisning (BED)	11
3.5. Populationsanalyse	11
4. Opsporing og henvisning til tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt	14
4.1. Opsporing og henvisning af børn	14
4.2. Opsporing og henvisning af voksne	15
4.3. Opsporing og henvisning af gravide	16
5. Tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt	18
5.1. Livsstilsintervention til børn	19
5.2. Livsstilsintervention til voksne, herunder ældre	25
5.3. Livsstilsintervention til gravide	31
5.4. Monitorering	32
Referenceliste	33
Bilagsfortegnelse	40

1. Indledning

1.1. Baggrund og formål

Svær overvægt (Body Mass Index (BMI) ≥ 30), også kaldet adipositas eller fedme, er et stigende problem på verdensplan, der ses i alle aldersgrupper og kan have store og vidtrækkende fysiske og psykiske konsekvenser for alle uanset alder⁽¹⁾. I Danmark er 17 % af de voksne (16 år eller derover) og 3 % af de 9-13-årige svært overvægtige⁽²⁾. Livsstilsintervention ved svær overvægt hos børn og voksne kan resultere i sundere vaner, vægttab, vægtvedligeholdelse eller vægttabsvedligeholdelse, bedre livskvalitet og trivsel samt reduceret dødelighed⁽³⁾. Der er således ikke tale slankekur, men om at lægge livsstilen om til nye vaner for at opnå mere sundhed og trivsel hos den enkelte. Hos gravide med svær overvægt kan livsstilsintervention under graviditet begrænse vægtøgningen, hvilket har betydning for kvindens vægtudvikling på sigt og for kommende graviditeter. Desuden ses en gunstig effekt på sygeligheden hos både mor og barn⁽⁴⁾.

Kommuner og regioner har ifølge lovgivningen et fælles ansvar for at etablere forebyggende, sundhedsfremmende og behandlende tilbud til borgerne⁽⁵⁾.

Igennem de senere år har både kommuner og regioner haft fokus på at udvikle tilbud om livsstilsintervention til borgere med svær overvægt, og der eksisterer således allerede forskellige, men uensartede tilbud på tværs af landet⁽⁶⁾. For at understøtte kommunerne i deres arbejde har Sundhedsstyrelsen udarbejdet nærværende anbefalinger, der er baseret på og videreformidler det faglige grundlag for indholdet i de mest effektive livsstilsinterventioner ved svær overvægt i alderen 5 år og opefter⁽³⁾.

Anbefalingerne er målrettet de kommuner, der ønsker at kvalificere deres indsats og tilbud på området ud fra et evidensbaseret grundlag inden for de lovmæssige rammer. Anbefalingerne kan desuden bidrage til at skabe øget sammenhæng i indsatsen over for den enkelte borger og understøtte en organisatorisk ensartet praksis af høj kvalitet. Anbefalingerne omfatter ikke indsatsen over for børn i alderen 2-5 år. Indsatsen over for denne aldersgruppe er beskrevet kort i afsnit 3.3.

Opgave- og ansvarsfordeling for indsatser, der går på tværs af sektorer, aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne.

Anbefalingerne, der beskriver de bedst mulige rammer i en indsats i form af livsstilsintervention ved svær overvægt, er primært henvendt til sundhedsfaglige ledere, planlæggere og sundhedspersonale, der varetager opgaver omkring borgere med svær overvægt i kommunen, på sygehuset og i almen praksis.

1.2. Vidensgrundlag

Anbefalingerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med en til formålet nedsat bred faglig arbejdsgruppe, der har ydet faglig sparring og bidraget til at kvalificere

anbefalingerne. Kommissorium for arbejdsgruppen og dens medlemmer fremgår af bilag I-II.

Anbefalingerne er baseret på den aktuelt bedste viden og evidens i forhold til at opnå klinisk relevant effekt i form af væggtab, vægtvedligeholdelse eller en sundere vægtudvikling og bedre livskvalitet for den enkelte⁽³⁾. Som grundlag for anbefalingerne er der foretaget en afdækning af evidensen vedrørende livsstilsintervention til børn og voksne med svær overvægt, herunder med særligt fokus på studier gennemført i Danmark⁽³⁾. Derudover bygger anbefalingerne på eksisterende nationale anbefalinger og faglige vejledninger⁽⁷⁻¹⁰⁾. Viden og praksiserfaringer fra arbejds- og følgegruppens eksperter indgår på områder, hvor der ikke foreligger evidens fra litteraturgennemgangen eller de faglige vejledninger. Vidensgrundlaget for de enkelte kapitler fremgår af referencelisten Litteratur bagerst i anbefalingerne.

Anbefalinger vedrørende tilbud om livsstilsintervention til børn med svær overvægt omfatter alle børn i aldersspændet 5-18 år, da evidensen i forhold til at opnå en hensigtsmæssig vægtudvikling gennem ændret sundhedsadfærd indenfor forskellige aldersgrupper eller -intervaller er yderst begrænset⁽³⁾. Hvor det er relevant, og der er videnskabeligt belegg for at give særlige anbefalinger indenfor specifikke aldersgrupper af børn, fremgår dette særskilt i anbefalingerne.

Omkring gravide med overvægt og svær overvægt er viden om effekten af livsstilsintervention baseret på flere store randomiserede kontrollerede studier, heraf to danske^(11,12). Anbefalinger omkring gravide med svær overvægt er beskrevet særskilt i afsnit 4.3 og 5.3.

I forhold til gruppen af ældre med svær overvægt, både over 60 år og over 65 år, er viden om effektive interventioner sparsom⁽³⁾. Anbefalinger omkring ældre er derfor beskrevet under voksne. Hvor der kan gives særlige anbefalinger vedrørende ældre, fremgår dette særskilt i anbefalingerne.

1.3. Definitioner

1.3.1. Svær overvægt hos voksne

Svær overvægt, også kaldet adipositas eller fedme, defineres som et $BMI \geq 30$. BMI er et simpelt, objektivi mål for vægt-for-højde, som bruges til at vurdere vægtstatus, herunder graden af overvægt, hos voksne (18 år eller derover). BMI beregnes som vægten i kilo divideret med kvadratet på højden i meter (kg/m^2). Verdenssundhedsorganisationen, WHO, har defineret grænseværdier for BMI hos voksne (18 år eller derover) i forhold til helbredsrisikoen forbundet med de forskellige vægtklasser^(9,13):

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

Moderat overvægt og svær overvægt kaldes samlet for overvægt: $BMI \geq 25$.

For raske ældre (65 år eller derover) gælder de samme BMI-grænser som for andre voksne^(13,14).

1.3.2. Svær overvægt hos børn

Hos børn (under 18 år) varierer BMI med alder og pubertetens indtræden, hvorfor man ikke som for voksne kan anvende faste BMI-grænseværdier for de forskellige vægtklasser hos børn⁽¹³⁾.

Spæd- og småbørn, 0-5 år

Til vurdering af spæd- og småbørn i alderen 0-24 måneder anvendes i sundhedsplejen og almen praksis vægt-for-længde-kurver, mens der fra 2-5 år anvendes BMI-for-alder-kurver, baseret på internationale data og grænseværdier^(15,16). Hvis et spæd- eller småbarn (0-24 måneder) ligger over 97-percentilen på vægt-for-længde-kurven, bør man være særligt opmærksom på barnets vægtudvikling. 2-5-årige defineres som overvægtige, når deres BMI-for-alder er over 90-percentilen, og som svært overvægtige, når deres BMI er over 99-percentilen⁽¹⁵⁾.

Børn, 5-18 år

Til vurdering af børn i alderen 5-18 år anvendes i sundhedsplejen kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver (ISO-BMI/IOTF), baseret på danske data, og internationale grænseværdier (ISO-BMI/IOTF)^(7,17-20). Blandt 5-18-årige defineres overvægt som BMI over ISO-BMI/IOTF-25, og svær overvægt som BMI over ISO-BMI/IOTF-30⁽⁷⁾.

1.3.3. Begrænsninger ved BMI

BMI er et objektivt, simpelt mål til at vurdere vægtstatus, herunder graden af overvægt. BMI skal hos både børn og voksne fortolkes med forsigtighed, bl.a. fordi BMI ikke tager højde for fordelingen af fedt og muskler. Specielt hos ældre og muskuløse personer er fedtfordelingen anderledes end hos yngre eller mere utrænede personer. BMI er desuden ofte større hos høje end hos lave personer og kan variere i forskellige etniske grupper^(7,9,15,21). En beregning og vurdering af BMI skal derfor altid ses i sammenhæng med det kliniske skøn.

Det kliniske skøn kan eventuelt suppleres med antropometriske mål, som fx hofte- og taljemål eller måling af fedtprocent ved bioimpedans, og en vurdering af yderligere risikofaktorer for overvægt og overvægtsrelaterede følgesygdomme, som fx familiær disposition for overvægt. Endelig kan allerede udviklede følgesygdomme indgå i vurderingen^(7,9).

1.3.4. Livsstilsintervention ved svær overvægt

Livsstilsintervention ved svær overvægt forstås i disse anbefalinger som indsatser med det formål, at voksne opnår et blivende vægttab eller vægtvedligeholdelse og børn en sundere vægt og en hensigtsmæssig vægtudvikling samt bedre livskvalitet - primært gennem ændret sundhedsadfærd i form af sundere vaner. De sundere vaner har fokus på mad-, måltids- og fysisk aktivitetsvaner, men omfatter også vaner omkring søvn, stillesiddende tid, stress, rygning og alkohol samt psykosociale problemstillinger.

1.4. Lovgrundlag

Kommuner og regioner har ifølge **Sundhedsloven** (LBK nr. 903 af 26/08/2019) et fælles ansvar for at etablere forebyggende, sundhedsfremmende og behandlende tilbud til borgerne⁽⁵⁾. I den sammenhæng er det særligt §§119, 120, 123 og 206, der er relevante.

Af § 119, stk. 1 og 2 fremgår, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Af stk. 3 fremgår, at regionsrådet skal tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. Regionsrådet skal desuden yde rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

§ 120 om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge fastsætter i stk. 1, at kommunalbestyrelsen skal bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksertilværelse, og i stk. 2, at kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov.

I forlængelse heraf definerer § 123, at kommunalbestyrelsen skal oprette en tværfaglig gruppe med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

§ 206 om planlægning fastsætter, at regionsrådet skal udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionernes virksomhed på sundhedsområdet. Behandling af svær overvægt varetages på hovedfunktionsniveau, og tilrettelæggelsen heraf indgår i regionernes samlede sundhedsplan for organisering af sundhedstilbud til regionens borgere. Regionsrådet skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning forud for deres behandling og forslag til sundhedsplan. Denne rådgivning tager udgangspunkt i gældende nationale retningslinjer på området, herunder publikationer fra de faglige selskaber og Sundhedsstyrelsen.

Udover Sundhedsloven er en række andre love og bekendtgørelser relevante at tage i betragtning, når tilbud om livsstilsintervention til borgere med svær overvægt skal udvikles og etableres. De mest centrale love er følgende:

Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge (BEK nr. 1344 af 03/12/2010) §§ 8-16 fastsætter i henhold til Sundhedsloven §§ 120-126 tilrettelæggelsen af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for alle børn og unge samt yderligere indsatser for børn og unge med særlige behov⁽²²⁾.

Af **Bekendtgørelse om kommunernes indberetning af oplysninger om børns sundhed til Sundhedsstyrelsen** (BEK nr. 581 af 23/05/2011) fremgår, at kommunerne skal

indberette oplysninger om børns sundhed tilvejebragt via sundhedsfaglige funktions- og helbredsundersøgelser til Sundhedsstyrelsen (tidl. Børnedatabasen¹)⁽²³⁾.

Serviceoven (LBK nr. 1114 af 30/08/2018) omhandler rammer for indsatser og tilbud til grupper med særlige behov, såsom sårbare og udsatte børn og unge, ældre, psykisk syge og handikappede⁽²⁴⁾. § 11 tilskriver, at kommunalbestyrelsen skal tilrettelægge en indsats, der sikrer sammenhæng mellem kommunens generelle og forebyggende arbejde og den målrettede indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte. § 79 a definerer tilbud om forebyggende hjemmebesøg^(24,25). Efter behov tilbydes forebyggende hjemmebesøg til borgere i alderen 65-81 år, som er i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne. Alle borgere tilbydes i deres fyldte 75. år og i deres fyldte 80. år. et forebyggende hjemmebesøg og mindst et årligt forebyggende hjemmebesøg, fra borgeren er fyldt 82 år.

Samtlige love findes på www.retsinformation.dk.

1.5. Læsevejledning

Anbefalingerne beskriver med udgangspunkt i evidensen, hvordan kommunen bedst muligt kan tilrettelægge tilbud om livsstilsintervention til børn og voksne med svær overvægt.

I kapitel 1 beskrives baggrund for og formålet med anbefalingerne. Dernæst redegøres for den viden, der ligger til grund for anbefalingerne, samt lovgrundlaget for kommunens arbejde og indsats overfor borgere med svær overvægt.

Kapitel 2 indeholder en sammenfatning af anbefalingerne.

I kapitel 3 beskrives målgruppen og indsatsen overfor børn i alderen 2-5 år. Her beskrives desuden karakteristika af og komplikationer hos populationen af borgere med svær overvægt.

Kapitel 4 omhandler opsporingen af børn og voksne med svær overvægt, og hvordan de henvises til tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt. Desuden beskrives kort opsporingen af gravide med svær overvægt.

Endelig følger i kapitel 5 en beskrivelse af elementer i og rammer for tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt hos henholdsvis børn (5-18 år) og voksne, herunder ældre. Her beskrives endvidere kompetencer hos sundhedspersonale og ideer til monitorering af tilbuddet samt tilbud til gravide med svær overvægt.

¹ Databasen hedder i dag Den Nationale Børnedatabase og varetages af Sundhedsdatastyrelsen. BEK nr. 581 er dog ikke opdateret i henhold til dette.

2. Sammenfatning af anbefalinger

Udfyldes efter høring.

HØRINGSUDKAST

3. Målgruppe og populationsanalyse

3.1. Målgruppe

Målgruppen for anbefalingerne er børn i alderen 5-18 år og voksne (over 18 år, herunder ældre) med svær overvægt (definitioner af svær overvægt fremgår af afsnit 1.3), som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold vil have et sundhedsmæssigt udbytte af henholdsvis en sundere vægt og en mere hensigtsmæssig vægtudvikling for børn og vægttab eller vægtvedligeholdelse for voksne, og hvor en eventuel spiseforstyrrelse er udelukket. Indsatsen overfor gravide med svær overvægt er beskrevet kort i 4.3 og 5.3. Anbefalingerne omfatter ikke indsatsen overfor børn i alderen 2-5 år. Indsatsen overfor denne aldersgruppe er kort beskrevet i afsnit 3.3.

Målgruppen omfatter desuden voksne med BMI ≥ 27 med yderligere følgetilstande til overvægt (fx forhøjet blodtryk, hyperglykæmi, dyslipidæmi, prædiabetes og diabetes) og børn med overvægt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25) med stigende vægtkurve eller familiær disposition for overvægt eller følgetilstande til overvægt.

Børn henvises til en børneafdeling med henblik på udredning og behandling, hvis barnet har svær overvægt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-30) eller overvægt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25) og samtidig mistanke om kompliceret overvægt^(7,8,10).

Mistanke om kompliceret overvægt hos børn findes ved^(8,10):

- Mistanke om specifik medicinsk årsag til overvægten
- Mistanke om syndrom, herunder dyskrine træk
- Vigende højdetilvækst
- Forsinket psykomotorisk udvikling
- Mistanke om spiseforstyrrelse, fx persisterende overspisning (binge-eating) og søgen efter mad
- Hastigt stigende BMI
- Mistanke om komplikationer forårsaget af overvægten (fx forhøjet blodtryk, dyslipidæmi, forhøjede levertal, insulinresistens, diabetes, prædiabetes, pseudotumor cerebri, polycystisk ovariesyndrom, tidligt indsættende pubertet, synsforstyrrelser eller hovedpine, epifysiolyse og obstruktiv søvnapnø)
- Samtidig familiær disposition til to eller flere af diagnoserne type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, hyperlipidæmi, metabolisk syndrom, hjertekarsygdom og svær overvægt.

Ved alle undersøgelser skal sundhedsplejersken være opmærksom på at vurdere, om barnets overvægt nødvendiggør henvisning til egen læge, der eventuelt kan henvise videre til en børneafdeling, jf. § 8, stk. 3 i Bekendtgørelsen om forebyggende sund-

hedsydelse for børn og unge og § 122 i Sundhedsloven^(5,7,8,22,26). Henvi-
ning på en børneafdeling kan ske sideløbende med opstart af livsstilsintervention i
kommunalt regi.

3.2. Afgrænsning

Anbefalingerne vedrører tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalingerne omfatter ikke kirurgisk eller farmakologisk behandling af svær overvægt. Borgere med spiseforstyrrelser, herunder tvangsoverspisning kaldet Binge Eating Disorder (BED), har behov for et andet tilbud end livsstilsintervention ved svær overvægt. De er derfor ikke en del af målgruppen, men beskrives kort i afsnit 3.4 samt 3.5.1, 4.1, 4.2, 5, 5.1.1 og 5.2.1.

3.3. Indsatsen overfor børn i alderen 2-5 år

Børns vægt og vækst er et udtryk for barnets trivsel. Det er nødvendigt at være opmærksom på udvikling i BMI i en tidlig alder. Langt de fleste børn (90 %), der i tidlig alder har en u hensigtsmæssig vægtudvikling og udvikler svær overvægt som 3-årige, vil også være overvægtige eller svært overvægtige som unge. Blandt unge med svær overvægt har den største stigning i BMI fundet sted, da de var i alderen 2-6 år⁽²⁷⁾. Vi har ikke landsdækkende data for førskolebørn, men data fra to fødselskohorter har vist, at omkring 10 % af både de 3- og de 5-årige havde overvægt eller svær overvægt⁽²⁸⁾. Samme data viste en stærk sammenhæng mellem overvægt og svær overvægt i 3- og 5-års-alderen, hvilket peger på behovet for at være opmærksom på udviklingen i BMI i en tidlig alder⁽²⁸⁾.

Børn i alderen 2-5 år er ikke en del af målgruppen for disse anbefalinger om livsstilsintervention. For børn i alderen 2-5 år kan opsporing af svær overvægt ske i almen praksis i forbindelse med de forebyggende børneundersøgelser⁽²⁶⁾. Som en del af de forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, der skal bidrage til at sikre alle børn og unge en sund opvækst og gode forudsætninger for en sund voksentilværelse, skal kommunen have tilbud om en særlig indsats over for børn med særlige behov, jf. § 14 i Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge og § 122 i Sundhedsloven^(5,22). Børn med overvægt og svær overvægt hører til denne gruppe, og der bør være særlig opmærksomhed omkring børn med overvægtige forældre⁽²²⁾.

For børn med overvægt og svær overvægt i alderen 2-5 år er indsatsen rettet mod familien, hvor der er tale om omlægning til sundere vaner i familien i forhold til mad og måltider, bevægelse, søvn, stillesiddende tid og fysisk aktivitet^(29,30). Viden omkring livsstilsintervention blandt 2-5-årige er yderst sparsom, men det er vist, at multikomponente interventioner, der resulterer i ændret adfærd omkring mad, måltider, bevægelse og fysisk aktivitet, er effektive til at opnå hensigtsmæssige vægtændringer⁽³¹⁾.

Den praktiserende læge kan henvise børn med svær overvægt til sundhedstjenestens tilbud, da børn med svær overvægt betragtes som børn med særlige behov, jf. § 14 i

Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge og § 122 i Sundhedsloven^(5,22,32).

Hvis den praktiserende læge ser et barn med overvægt ved 2-års-undersøgelsen, bør den praktiserende læge henvise til sundhedsplejen eller selv tilbyde rådgivning, fx ved praksispersonale. Opfølgning kan tilsvarende ske i sundhedsplejen eller i almen praksis. Hvis den igangsatte intervention og vejledning om sundere vaner i familien ikke resulterer i en sundere vægtudvikling, henvises barnet af egen læge videre til en børneafdeling for yderligere udredning og andre indsatser, end det er muligt at tilbyde i primær sektor^(15,32).

De forebyggende indsatser overfor familier med små børn (2-5 år) med svær overvægt sker i nogle kommuner ved hjemmebesøg af sundhedsplejersken i familierne, hvor børnenes BMI-for-alder samt generelle og motoriske udvikling bliver vurderet⁽²²⁾. Gennem dialog med forældrene og eventuelt daginstitutionen sættes der fokus på kost og bevægelse fra tidlig alder. Forældrene er omdrejningspunktet for børnenes trivsel og udvikling og dermed også for indsatsen overfor overvægt.

Såfremt et barn, i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg i småbarnsalderen, får konstateret overvægt eller svær overvægt, må den kommunale sundhedstjeneste tilrettelægge et forløb, der tager hånd om barnets vægtudvikling og familiens behov i forhold til dette, jf. §§ 13-15 i Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge og § 122 i Sundhedsloven^(5,22).

3.4. Indsatsen overfor børn og voksne med tvangsoverspisning (BED)

Ved mistanke om en spiseforstyrrelse, fx tvangsoverspisning (BED), foretager egen læge en indledende vurdering af barnet eller den voksnes tilstand med henblik på eventuelt at iværksætte en indsats hos egen læge, i kommunen eller i den øvrige praksissektor. Indsatsen anbefales gennemført på det mindst indgribende niveau, der er foreneligt med det samlede symptom billede og problematikker. Indsatsens intensitet og specialiseringsgrad bør bl.a. vurderes ud fra spiseforstyrrelsens sværhedsgrad og tilstedeværelsen af andre samtidige somatiske og psykiske lidelser^(33,34).

Hvis egen læge vurderer, at symptomerne er af en sådan karakter og sværhedsgrad, at de ikke kan håndteres ved egen læge, bør egen læge viderehenvise til den regionale psykiatri, jf. Sundhedsstyrelsens specialeplan for henholdsvis psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri^(35,36).

3.5. Populationsanalyse

Overvægt er et resultat af længere tids større energiindtag end energiforbrug. Årsagerne til udvikling af overvægt er komplekse og omfatter både individuelle og samfundsmæssige forhold^(2,14). Tendensen til at udvikle overvægt varierer fra person til person og af-

hænger af både genetiske, miljø- og adfærdsmæssige samt psykosociale faktorer. Betydningen af de enkelte faktorer er ikke fuldt klarlagt, ligesom der kan være endnu ukendte årsager^(1,14).

3.5.1. Karakteristika

I Danmark har hver sjette (17 %) mand og kvinde et BMI ≥ 30 , hvilket svarer til, at omkring 800.000 voksne lever med svær overvægt^(2,37,38). Blandt børn har 3 % af de 6-8-årige, 3 % af de 9-13-årige og 4 % af de 14-16-årige svær overvægt^(2,39). Det svarer til, at omkring 22.000 børn i skolealderen har svær overvægt^(39,40).

I perioden 2010-2017 er andelen af voksne med svær overvægt steget med godt 3 procentpoint. Blandt begge køn er andelen med svær overvægt lavest i aldersgruppen 16-24 år. Herefter stiger andelen med stigende alder indtil aldersgruppen 45-54 år blandt kvinder og 65-75 år blandt mænd, hvorefter den falder⁽³⁷⁾. I aldersgruppen 65-75 år har 27 % af mændene og 20 % af kvinderne svær overvægt⁽⁴¹⁾. Andelen af ældre med svær overvægt er ikke så høj i hjemmepleje og på plejecentre som blandt ældre i eget hjem⁽⁴¹⁾. I løbet af de sidste fem år er andelen af børn med svær overvægt i de tre nævnte aldersgrupper steget med henholdsvis omkring 0,3, 0,0 og 0,5 procentpoint⁽³⁹⁾.

Der ses generelt en høj grad af ulighed i forekomsten af svær overvægt⁽⁴²⁾. Det gælder også i Danmark, hvor der er flere voksne med lavere indkomst og voksne på overførselsindkomst med svær overvægt⁽⁴³⁾. Der er desuden en klar sammenhæng mellem uddannelseslængde og svær overvægt. Blandt voksne med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau har 26 % svær overvægt mod 8 % blandt voksne med en lang videregående uddannelse. Blandt førtidspensionister har næsten hver tredje (32 %) svær overvægt: Det samme gælder næsten hver fjerde, som er arbejdsløs (23 %) eller uden for arbejdsmarkedet (22 %). Til sammenligning er det kun næsten hver sjette (16 %) blandt beskæftigede⁽³⁷⁾. Den sociale ulighed ses også blandt børn. Fx er andelen af 11-15-årige med svær overvægt næsten fire gange højere blandt børn med forældre i den laveste socialgruppe (15 %) end blandt børn med forældre i den højeste socialgruppe (4 %). Ligeledes er forekomsten af overvægt 21 % blandt 4-14-årige, der har forældre med kort uddannelse, og 12 % blandt 4-14-årige, der har forældre med lang uddannelse^(44,45).

Svær overvægt øger risikoen for tidlig død og en lang række sygdomme. Ved sammenligning med voksne, der har BMI 20-30, oplever voksne med svær overvægt en kortere levetid på omtrent 2,6 år og et tab i middellevetiden på 2 måneder. 630 dødsfald om året kan tilskrives svær overvægt, hvilket svarer til omkring 1,2 % af alle dødsfald^(46,47). Voksne med svær overvægt bruger sundhedsvæsenet i højere grad end voksne med BMI 20-30. Således ses 34.000 ekstra somatiske hospitalsindlæggelser, 1,3 mio. ekstra kontakter til almen praksis og 2,3 mio. ekstra dage med kort- eller langvarigt sygefravær fra arbejdet blandt voksne med svær overvægt. Det løber op i ekstra omkostninger på 1,8 mia. kr. til behandling og pleje og 10,0 mia. kr. som følge af tabt produktion samt et sparet fremtidigt forbrug på 1,7 mia. kr. som følge af for tidlig død⁽⁴⁶⁾.

Det anslås desuden, at op mod 50 % af de borgere, der har spiseforstyrrelsen tvangs-overspisning (BED), har svær overvægt, og at næsten 30 % af borgere med svær overvægt, der søger hjælp til vægttab, i virkeligheden lider af BED^(48,49).

3.5.2. Komplikationer

Overvægt er sundhedsskadelig, og de helbredsmæssige konsekvenser stiger med graden af overvægt^(9,50).

Overvægt og især svær overvægt hos voksne er forbundet med øget risiko for at udvikle sygdomme, som fx type 2-diabetes, hjertekarsygdomme og flere former for kræft, men også for tilstande som søvnapnø, ledsmerter i vægtbærende led, psykiske problemer, reproduktionsproblemer og forringet livskvalitet^(2,9,14,51,52). Hos ældre har overvægt alvorlige konsekvenser for funktionsevne, helbred og livskvalitet⁽¹⁴⁾. Hos børn fylder psykosociale problemer, som fx mobning og lavere livskvalitet, mest, men fysiske komplikationer, som fx type 2-diabetes, forhøjet blodtryk og leverpåvirkninger, kan opstå allerede i barndommen^(2,53).

Tal fra 2015 viser, at omtrent en tredjedel (33 %) af alle gravide har overvægt, mens 13 % har svær overvægt. Overvægt hos gravide medfører en betydelig øget risiko for komplikationer hos både mor og barn i forbindelse med graviditet og fødsel. Jo højere BMI hos moderen desto højere er risikoen for bl.a. graviditetssukkersyge, svangerskabsforgiftning og kejsersnit^(54,55). For barnet ses øget risiko for høj fødselsvægt, fosterdød og indlæggelse på børneafdeling og på længere sigt øget risiko for udvikling af overvægt både i barnealderen og senere i voksenlivet med øget risiko for sygdomme relateret til svær overvægt som fx hjertekarsygdomme og type 2-diabetes⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾. Overvægtige mødre oplever desuden oftere problemer med opstart og vedligeholdelse af amning⁽⁵⁹⁾.

4. Opsporing og henvisning til tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt

4.1. Opsporing og henvisning af børn

For børn i alderen 5-18 år kan opsporing af svær overvægt dels ske i almen praksis ved 5-års-undersøgelsen, der tilbydes alle børn, jf. § 63 i Sundhedsloven og § 1-5 i bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, dels i skolesundhedsplejen, hvor alle børn tilbydes ind- og udskolingsundersøgelser, jf. §§ 9-10 i bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge^(5,22). Alle kommuner er desuden forpligtet til at måle og veje børn midt i skoleforløbet (4., 5. eller 6. klasse) jf. bekendtgørelsen om kommunernes indberetning af oplysninger om børns sundhed til Sundhedsstyrelsen^(2,23).

Såfremt almen praksis i forbindelse med 5-års-undersøgelsen opsporer et barn med svær overvægt (BMI-for-alder \geq 99-percentilen) eller med overvægt (BMI-for-alder \geq 90-percentilen) og samtidig mistanke om kompliceret overvægt (se afsnit 3.1) henvises barnet til en børneafdeling med henblik på udredning og behandling^(8,15,32). Et barn med overvægt (BMI-for-alder \geq 90-percentilen) og samtidig stigende BMI-kuve bør desuden give anledning til bekymring og særlig opmærksomhed grundet risikoen for forværring. Det er derfor afgørende at vurdere udviklingen i barnets BMI i forhold til tidligere målinger og bedømme, om BMI-kuven er på vej ned i udvikling mod normal vægt eller på vej op i udvikling mod yderligere svær overvægt^(7,15). Et barn, hvis kuve er på vej ned, kan følges af skolesundhedstjenesten, hvor man fortsat vurderer barnets BMI og vægtudvikling. Hvis barnets kuve er på vej op, bør lægen vurdere, om der er andre risikofaktorer til stede, og tilbyde barnet og familien udredning og en opfølgende indsats^(7,15,32). Lægen bør desuden udelukke en eventuel spiseforstyrrelse, fx tvangsoverspisning (BED). Ved mistanke om en spiseforstyrrelse håndteres dette i henhold til afsnit 3.4. Barnet og familien kan henvises til sundhedstjenestens tilbud til børn med særlige behov eller andre tilbud i kommunen målrettet børn med svær overvægt⁽³²⁾.

For børn i skolealderen sker opsporing som minimum ved ind- og udskolingsundersøgelserne og ved en højde- og vægtmåling i 4., 5. eller 6. klasse i skolesundhedstjenesten. Ved øvrige individuelle kontakter i skoletiden, jf. § 10, stk. 3 i bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, kan måling af højde og vægt indgå, hvis kommunen har fastsat dette i sine servicemål, eller hvis forældrene og/eller sundhedsplejersken ønsker det eller finder det relevant, fx hvis barnet tidligere har været overvægtigt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25)⁽²²⁾. Såfremt højde- og vægtmåling med efterfølgende BMI-ud-

² Data indberettes i dag til Sundhedsdatastyrelsen, der varetager databasen, og ikke Sundhedsstyrelsen. BEK er ikke opdateret i henhold til dette.

regninger viser, at et barn har udviklet overvægt eller svær overvægt, skal sundhedsplejersken inddrage forældrene, bevare objektiviteten, informere, motivere og fastholde forældrene i forhold til, at en fælles indsats vil være med til at sikre barnets trivsel og sundhed. Hvis der er mistanke om underliggende sygdom, et syndrom, følgesygdom til overvægten eller mistanke om en spiseforstyrrelse henviser sundhedsplejersken til egen læge, jf. § 8, stk. 3 i bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge^(7,22). I andre tilfælde henvises til kommunale forebyggelsestilbud, Julemærkehjem eller andet. Kun egen læge kan henvise til regionernes tilbud for svært overvægtige børn, med mindre kommunen har indgået en særlig aftale med regionen^(7,32).

Børn og unge med overvægt eller svær overvægt er børn med særlige behov, og de skal tilbydes en særlig indsats gennem hele skoleforløbet, jf. § 12 i bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge⁽²²⁾. Hvis barnet tidligere har været overvægtigt ($BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25$), skal barnet tilbydes et opfølgende kontakt for at vurdere barnets nuværende vægtstatus og vægtudviklingen siden sidste kontakt, jf. § 12 i bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge⁽²²⁾. Det er i den forbindelse vigtigt ikke blot at se på barnet, men nødvendigt også at måle højde og vægt samt beregne BMI⁽⁶⁰⁾. Hvis sundhedsplejersken og familien i fællesskab har vurderet, at en anden instans er bedst egnet til at varetage barnets behov for støtte til vægttab, sker dette gennem forældrene, som opfordres til selv at tage kontakt til denne instans.

For uddybning henvises til "Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen. Vejledning til skolesundhedstjenesten"^(7,32).

4.2. Opsporing og henvisning af voksne

Opsporing og tilbud om livsstilsintervention er vigtigt for at reducere risikoen for udvikling af følgetilstande og sygdomme relateret til svær overvægt. Identifikation af voksne med svær overvægt er en fælles opgave for de aktører i sundhedsvæsenet, som er i kontakt med den enkelte borger med svær overvægt, og vil naturligt ske sideløbende med identifikation af borgere med moderat overvægt⁽²⁾.

I almen praksis bør både praksispersonale og den praktiserende læge være opmærksomme på svær overvægt hos patienten og kunne henvise til tilbud om livsstilsintervention. Det vurderes, at almen praksis ser omkring 85 % af de 17 % af den voksne del af befolkningen, der er svært overvægtige^(37,61). Den praktiserende læge bør tale om vægt og kropssammensætning med patienten og om patientens tanker omkring dette, hvis patienten selv bringer sin vægt på banen, eller hvis patientens konsultation er relateret til svær overvægt. Hvis patienten selv ønsker det, kan lægen desuden beregne BMI ud fra målt højde og vægt. Ved mistanke om følgesygdomme, som fx type 2-diabetes, hjertekarsygdom, knæarthrose eller søvnapnø, udreder lægen for dette og påbegynder behandling ved behov i overensstemmelse med gældende retningslinjer for den pågældende følgesygdom. Ved mistanke om en eventuel spiseforstyrrelse, fx tvangsoverspisning (BED), håndteres dette i henhold til afsnit 3.4. Hvis lægen ud fra en sundhedsfaglig

vurdering af patientens funktionsevne og helbredsforhold skønner, at patienten vil have gavn af en livsstilsintervention ved svær overvægt, tilbydes patienten en sådan. Hvis patienten ønsker at tage imod tilbuddet, må lægen overveje, hvorvidt lægen selv ønsker at have ansvar for interventionen. Hvis ikke dette er tilfældet, bør lægen kende og henvise til eksisterende tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt i patientens bopælskommune og på de sygehuse, som har tilbud.

I kommunalt regi vil det være de sundhedsprofessionelle i kommunen, fx i sundhedscenteret, der kan identificere voksne med svær overvægt. Den sundhedsprofessionelle bør ved mistanke om eventuelle følgesygdomme og -tilstande til overvægten opfordre borgeren til at opsøge egen læge med henblik på yderligere udredning omkring overvægten. Andre kommunale medarbejdere kan understøtte opsporingen i relevante arenaer, fx jobcentre, væresteder, botilbud og samværs- og aktivitetstilbud⁽²⁾. Ved behov bør disse faggrupper opfordre borgeren til at kontakte kommunen, fx sundhedscenteret, med henblik på en vurdering af, om borgeren har behov for et tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt.

På sygehuset bør sundhedspersonalet desuden være opmærksomme på, hvorvidt patienter med svær overvægt har behov for et tilbud om livsstilsintervention, hvis et sådant eksisterer, og ved behov henvise hertil eller til andet eksisterende tilbud. For indlagte patienter bør dette ske senest på udskrivningstidspunktet.

4.2.1. Opsporing og henvisning af ældre

Det anbefales, at medarbejdere på plejecentre, i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen identificerer ældre med svær overvægt. For at identificere ældre med svær overvægt kan medarbejdere i kontakt med ældre systematisk spørge ind til den ældres vægt og vægtudvikling. Det kan fx ske ved de forebyggende hjemmebesøg, ved visitation til forskellige former for hjælp eller i forbindelse med fysioterapi, ergoterapi eller omsorgstandpleje⁽²⁾. I forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg bør der samtidig ske en vurdering af den ældres funktionsevne. Ved mistanke om følgesygdomme eller -tilstande til overvægten opfordres borgeren til at tage kontakt til egen læge med henblik på yderligere udredning⁽²⁾. Ved behov for tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt henvises til relevante tilbud i kommunen.

4.3. Opsporing og henvisning af gravide

4.3.1. Før graviditet

Da overvægt medfører en øget risiko for en række graviditets- og fødselskomplikationer hos mor og barn, er det vigtigt allerede inden graviditet at anbefale kvinder med overvægt vægttab og regelmæssig fysisk aktivitet ved moderat intensitet.

Der bør derfor være fokus på at opspore og henvise unge kvinder med overvægt og svær overvægt, inden de bliver gravide, hvilket typisk vil sige kvinder i alderen 25-34 år

(to tredjedele af alle fødende er mellem 25 og 34 år)⁽⁶²⁾. Opsporingen kan fx ske i forbindelse med prækonceptionel rådgivning i almen praksis⁽⁴⁾.

4.3.2. Under graviditet

Under graviditeten følger den gravide svangreomsorgens tilbud med regelmæssige konsultationer i almen praksis og hos jordemoder⁽⁴⁾. Regionsrådet yder vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet, jf. § 61, stk. 1 i Sundhedsloven⁽⁵⁾. Kvinder har ret til indtil fem forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge i forbindelse med svangerskab og fødsel, jf. bekendtgørelse om helbredsundersøgelse af gravide⁽⁶³⁾. Herudover yder regionsrådet ifølge § 83 i Sundhedsloven forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder⁽⁵⁾.

Indholdet i graviditetskonsultationerne, herunder anbefalinger vedrørende gravide med overvægt, er beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen⁽⁴⁾. Konsultationerne inkluderer rutinemæssig vejning (første gang i almen praksis og ca. en gang pr. trimester, hyppigere ved behov), som danner baggrund for rådgivning om vægtøgning samt kost- og fysisk aktivitetsvaner gennem graviditeten.

Under graviditeten tilbydes gravide med overvægt og svær overvægt rådgivning i almen praksis og ved jordemoder med henblik på at begrænse vægtøgningen under graviditeten. Rådgivningen har fokus på kostomlægning og fysisk aktivitet⁽⁴⁾. Såfremt kommunen har et tilbud om livsstilsintervention ved svært overvægt, kan den gravide henvises til dette tilbud med henblik på yderligere støtte til at opnå sunde mad-, måltids- og fysisk aktivitetsvaner samt støtte til adfærdsændring.

5. Tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt

Svær overvægt kan have helbredsmæssige konsekvenser og er fx associeret med forøget risiko for at udvikle hjertekarsygdom, type 2-diabetes, flere former for kræft og psykosociale problemer^(1,2,51,52). Nyere epidemiologiske studier og randomiserede kontrollerede studier har vist, at der kan opnås en sundhedsfremmende effekt, hvis graden af overvægt reduceres^(64,65). Livsstilsinterventioner kan medvirke til vægttab og vægtvedligeholdelse og mindske risikoen for at udvikle følgesygdomme samt forbedre den psykiske helbredstilstand ved svær overvægt⁽³⁾. Livsstilsintervention hos gravide med svær overvægt kan begrænse vægtøgningen under graviditet. Begrænset vægtøgning har en gunstig effekt på kvindens vægtudvikling på sigt, kommende graviditeter og sygeligheden hos både mor og barn⁽⁴⁾.

Der er evidens for, at et tilbud om livsstilsintervention som udgangspunkt bør bestå af elementerne kost, fysisk aktivitet og adfærdændring samt for børn forældre/familieinvolvering⁽³⁾. For voksne kan det være relevant at invitere til, at ægtefælle eller samlever inddrages. I tilbuddet er det desuden vigtigt at have fokus på søvnlængde og -kvalitet, stillesiddende tid, rygning samt eventuel stress. For gravide med svær overvægt skal man være opmærksom på de særlige hensyn i forhold til fysisk aktivitet, der er beskrevet i afsnit 5.3.1.

Viden om og brug af sundhedspædagogiske kompetencer indenfor vidensformidling, dialog, aktiv træning, erfaringsudveksling i grupper, gruppehåndtering og gruppedynamik er desuden en forudsætning for et tilbud om livsstilsintervention med god effekt^(3,66). Tilbud om livsstilsintervention og selve kontakten med den enkelte borger bør tilrettelægges med udgangspunkt i en sundhedspædagogisk tilgang⁽⁶⁶⁻⁶⁹⁾.

Tilbud om livsstilsintervention sigter mod, at der opnås:

- En mere hensigtsmæssig (energireduceret) kost
- Et mere hensigtsmæssigt fysisk aktivitetsniveau
- Vægttab eller vægtvedligeholdelse samt vægttabsvedligeholdelse hos voksne
- En sundere vægt og mere hensigtsmæssig vægtudvikling hos børn
- Bedre livskvalitet og trivsel
- Reduceret risiko for følgesygdomme og for tidlig død

Tilbud om livsstilsintervention bør tage udgangspunkt i den bedst mulige indsats overfor borgerens overvægt. Indsatsen kan optimeres ved at tænke den enkeltes funktionsevne, præferencer og ressourcer, sociale situation samt psykiske behov og -reaktionsmønster ind med henblik på, at der samtidig kan gives relevant støtte^(69,70). Borgerens psykosociale situation ændrer i udgangspunktet ikke på indsatsen, men kan give overvejelser omkring, hvordan indsatsen skal gennemføres og formidles til den enkelte.

Hvis borgeren ikke umiddelbart er motiveret for at tage imod et tilbud, bør der arbejdes med at opnå dette.

For at borgeren oplever en sammenhæng, er det vigtigt at afklare, om borgeren har behov for eller allerede er i gang med et forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, som fx tobaksafvænning, forebyggende samtale om alkohol eller et kommunalt tilbud om fx fysisk træning, med henblik på koordinering og sammentænkning af indsatserne^(5,66). Afklaringen bør foregå i forbindelse med det første møde med borgeren.

Faglige kompetencer til at skabe tillid mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren er vigtige i tilbud om livsstilsintervention. Hertil kommer kompetencer til at motivere borgeren til aktiv deltagelse og fastholdelse af de opnåede adfærdsændringer^(68,69,71).

Kun få studier har undersøgt forskelle i effekt af livsstilsinterventioner indenfor specifikke subgrupper, fx mellem forskellige køn, aldersgrupper, etniske grupper, grader af svær overvægt eller socioøkonomisk status⁽³⁾. Der er således ikke evidens for at tilrettelægge tilbuddene indenfor specifikke subgrupper, og tilbud om livsstilsintervention for henholdsvis børn og voksne kan derfor tilrettelægges på tværs af subgrupper. For børn kan der dog være særlige hensyn at tage i forhold til barnets alder og modenhed. Andre særlige hensyn for både børn og voksne, herunder gravide, er beskrevet under de enkelte indholdselementer i afsnit 5.1.4, 5.2.4 og 5.3.1. Hvis det ud fra lokale forhold, som fx borgersammensætning og volumen, synes relevant at oprette tilbud til specifikke subgrupper, kan dette gøres.

Nogle borgere kan have eller udvikle en spiseforstyrrelse, som fx tvangsoverspisning (BED), trøstespisning eller det at springe måltider over, i løbet af interventionen. Tegn på spiseforstyrrelser kan komme frem allerede i forbindelse med den første samtale eller undervejs i interventionen. Ved mistanke om en spiseforstyrrelse opfordres borgeren til at søge egen læge med henblik på en individuel vurdering af borgerens tilstand, jf. afsnit 3.4.

5.1. Livsstilsintervention til børn

Evidensen viser, at kombinationen af kost og fysisk aktivitet tilsammen giver større vægttab (reduktion i BMI-z-score) og vægttabsvedligeholdelse samt mindre risiko for følgesygdomme end de to elementer hver for sig⁽³⁾. Elementerne bør suppleres med adfærdsændringsteknikker og forældre/familieinvolvering for at opnå størst mulig effekt af interventionen^(3,53,68,69,71).

5.1.1. Elementer i en livsstilsintervention til børn

Kost

Evidensen viser, at sunde mad- og måltidsvaner er essentielle for at opnå vægttab (reduktion i BMI-z-score) eller vægttabsvedligeholdelse og sikre grundlaget for sund vækst og udvikling, og bør derfor indgå i et tilbud om livsstilsintervention⁽³⁾. Børn med svær overvægt bør tilbydes diætbehandling, der indeholder diætvejledning med råd om en sund, fiberrig kost med lavt indhold af fedt og sukker med udgangspunkt i De officielle Kostråd^(3,30). Individuel diætbehandling omfatter ernæringscreening (beregning og

vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kostanamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, monitorering og evaluering samt opfølgning og eventuelt revidering af ernæringsplan⁽⁶⁶⁾. Et andet opmærksomhedspunkt er at få afdækket, om barnet har en spiseforstyrrelse, som fx tvangsoverspisning (BED). Det er derfor et fokuspunkt i forbindelse med ernæringscreeningen, herunder kostanamnesen. Se desuden afsnit 3.4.

Udover selve madens energiindhold er det vigtigt at have fokus på drikkevarer, specielt sukkerholdige, portionsstørrelser og måltidsfrekvens samt måltidsmønsteret, herunder mellemmåltider, hyggevaner, fx i forhold til sliktid, og belønning, og eventuel trøstespisning^(7,30).

Der bør være en særlig opmærksomhed på de forventeligt få børn, der har en kronisk sygdom, da sundere mad- og måltidsvaner har gavnlige effekter i forhold til flere kroniske sygdomme, fx ved at reducere symptomer⁽⁶⁶⁾. Indsatsen overfor disse børn skal tilrettelægges under hensyn til eventuelle samtidige kroniske sygdomme.

Fysisk aktivitet

Evidensen viser, at fysisk aktivitet har en positiv effekt i forhold til at opnå og vedligeholde et væggtab, men især i forhold til at bedre metaboliske risikofaktorer^(3,72). Fysisk aktivitet har desuden en positiv indvirkning på børns trivsel⁽⁷³⁾. For større børn bør den fysiske aktivitet bestå af kombineret aerob træning og styrketræning, og for yngre børn er det vigtigt, at der indgår leg og bevægelse^(3,72). Det er vigtigt, at barnet og familien bliver støttet i, at fysisk aktivitet er en del af en fælles hverdag. I tilrettelæggelsen af den fysiske aktivitet er det vigtigt at få afdækket, hvad der tiltaler det enkelte barn, hvad der motiverer til fysisk aktivitet, og hvad barnet er fysisk i stand til at deltage i. Fysisk aktivitet har gavnlige effekter i forhold til flere kroniske sygdomme. Det bør afklares, om barnet har en funktionsnedsættelse og/eller kronisk sygdom, der medfører særlige sygdomsspecifikke hensyn i forhold til den fysiske aktivitet, fx børneastma eller gigt, og hvorvidt dette kan behandles, så barnet kan deltage på lige fod med andre børn med svær overvægt.

Fysisk aktivitet skal være en del af hverdagen, og hverdagsaktiviteter, som fx at gå, løbe eller cykle til og fra skole, skal indarbejdes i hverdagen og suppleres med mere struktureret fysisk aktivitet i fritiden, fx deltagelse på hold i en forening eller i kommunen^(7,72,73).

Da stillesiddende tid hos børn er associeret med overvægt, bør der udover fysisk aktivitet være fokus på omfanget af stillesiddende tid og aktivitet, som fx computer, tv, tablet, mobil og læsning^(72,74).

Den sundhedsprofessionelle bør løbende, jf. 5.1.3 om sessionernes varighed og antal, have en dialog med barnet og forældrene omkring fortsat fysisk aktivitet efter endt tilbud om livsstilsintervention og hvilke muligheder, der er lokalt for at fortsætte fx i den foreningsbaserede idræt.

Trivsel og livskvalitet

De sundhedsprofessionelle bør løbende være opmærksomme på barnets trivsel. Det gælder både i forhold til somatiske symptomer, som fx hoved- og mavepine, ondt i ryggen og påvirket humør, men også i forhold til social trivsel, som fx forholdet til familie og venner, ensomhed, pjækkeri, mobning og egen mobbeadfærd, kropsopfattelse, selvværd og selvtillid⁽⁷⁾. Til vurdering af livskvalitet er der udviklet forskellige spørgeskemaer og værktøjer, fx PedsQL⁽⁷⁵⁻⁷⁸⁾. For de børn, der har trivselsproblemer, og som oplever drilleri og mobning i klassen pga. svær overvægt, anbefales det, at kommunen sikrer den nødvendige hjælp til både barnet og klassen⁽²⁾.

Adfærdsændring

Støtte til adfærdsændring er et væsentligt element for at ændre på u hensigtsmæssige mad- og måltidsvaner samt utilstrækkelig fysisk aktivitet. Støtte til adfærdsændring bør derfor indgå som element i tilbud om livsstilsintervention sammen med kost og fysisk aktivitet. Evidensen viser ikke forskelle på vægttabenes størrelse mellem forskellige adfærdsændringsteknikker, og der er således ikke evidens for at pege på en specifik teknik fremfor en anden⁽³⁾. Den sundhedsprofessionelle bør derfor have viden om forskellige adfærdsændringsteknikker, som fx motiverende samtale, problemløsning, målsætning, udøvelse af egenkontrol og stimulikontrol, og kan bruge dem ud fra en individuel behovsvurdering. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle forholder sig til det enkelte barn og familien og ved fx manglende væggtab hos barnet ikke begrundet det med manglende motivation hos familien, men arbejder videre med at motivere barnet og familien^(68,71). I behovsvurderingen tages udgangspunkt i det enkelte barns grad af svær overvægt og målsætninger, hvor sidstnævnte kan være andet end væggtab (BMI-z-score-reduktion) og vægtvedligeholdelse^(69,70).

I samtalen med barnet og forældrene gives alderssvarende information om vigtigheden af et væggtab, og om at væggtabsvedligeholdelse er en livslang proces. Når information om vigtigheden af et væggtab gives til det enkelte barn og familien, tilpasses informationen til den enkelte afhængigt af graden af overvægt, risiko for udvikling af følgesygdomme til overvægten og allerede eksisterende følgesygdomme.

Forældre/familieinvolvering

Forældre har en vigtig opgave i forhold til barnet og familiens vaner og dermed væggtab (reduktion i BMI-z-score) og væggtabsvedligeholdelse. Det er derfor relevant at have en familieorienteret tilgang i tilbud om livsstilsintervention. Der er ikke evidens for, at indsatser målrettet både barn og forældre giver større effekt end interventioner til barnet eller forældrene alene, men studier peger på, at det er hensigtsmæssigt at inkludere forældrene/familien i tilbud om livsstilsintervention målrettet børn⁽³⁾. Desuden er det vigtigt at gøre det klart, både for forældre og barn, at ansvaret for en aktiv deltagelse i tilbuddet ikke er barnets alene men hele familiens ansvar.

For de større børn (9-18 år) kan det være hensigtsmæssigt at afholde en eller flere individuelle samtaler med barnet alene uden at forældrene/familien deltager. Det beror på en individuel vurdering af barnets modenhed, om det enkelte barn vil have gavn af en sådan individuel samtale. Hold med fx fysisk aktivitet eller madlavningskurser kan

ligeledes tilrettelægges for børnene alene. Vurderingen af barnets modenhed foretages som en del af samtalen i forbindelse med det første møde. En samtale med barnet alene vil altid være et supplement til den forældre/familieorienterede indsats, da forældrene spiller en vigtig rolle for omlægningen til nye vaner, fastholdelsen af disse og dermed også for vægttab (BMI-z-score-reduktion) og vægttabsvedligeholdelse.

5.1.2. Andre faktorer af betydning for effekt af livsstilsintervention til børn

Andre faktorer som psykosociale forhold, søvn og stress kan have betydning for, hvorvidt barnet opnår et vægttab (BMI-z-score-reduktion) eller vægttabsvedligeholdelse.

Kort søvn og dårlig søvnkvalitet er associeret med overvægt^(79,80), og der ses sammenhæng mellem god søvn og vægttab⁽⁸¹⁾. Der bør derfor være opmærksomhed på det enkelte barns søvnvaner, og at der ved behov fokuseres på, hvordan man kan opnå en god søvn ved fx at opsætte regler for skærmtid^(7,26).

Stress gennem længere tid ser ud til at være associeret med overvægt, og hvorvidt et vægttab kan lykkes. Da der kan være en sammenhæng, bør stress også være et opmærksomhedspunkt i den første samtale og indsatsen^(82,83).

Såfremt det vurderes, at barnet får for lidt søvn, har dårlig søvnkvalitet eller for meget stillesiddende tid, fx i forbindelse med skærmtid, kan forældrene og den sundhedsprofessionelle sammen opsætte regler og mål for skærm- og sengetid og for fysisk aktivitet i fritiden.

5.1.3. Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til børn

Tilbud om livsstilsintervention kan foregå som gruppe- og individbaserede indsatser, da evidensen viser effektforskelle mellem gruppe- og individbaserede indsatser⁽³⁾. Det anbefales, at elementerne fysisk aktivitet, kost og støtte til adfærdændring tilbydes i grupper, mens familierelaterede og individfølsomme emner foregår individbaseret. Gruppeaktiviteter vurderes som gavnlige, da de giver mulighed for relationsdannelse og etablering af netværk med ligesindede, hvilket kan medvirke til fastholdelse af vægttab – også efter afsluttet intervention. Det anbefales endvidere, at det i forbindelse med den første samtale vurderes, hvorvidt barnet vil have gavn af individuelle samtaler uden forældre og andre børn, jf. afsnit 'Forældre/familieinvolvering' sidst i 5.1.1 om de større børn (9-18 år). For at lette rekrutteringen til tilbuddet og minimere frafald undervejs anbefales det at gøre barnet og forældrene/familien opmærksomme på, at familieorienterede og individfølsomme emner ikke tages op i gruppeaktiviteter, men kun i individuelle samtaler med barnet og eventuelt familien.

Omfang og varighed

Evidensen viser, at livsstilsinterventioner med mere end 6 måneders varighed er mere effektive til at opnå vægttab (BMI-z-score-reduktion) og/eller vægttabsvedligeholdelse end livsstilsinterventioner af kortere varighed hos større børn (12 år og derover), mens livsstilsinterventioner over 12 måneder hos børn i den samlede aldersgruppe (5-18 år) ikke er vist at have effekt ud over resultater opnået ved 6-måneders intervention⁽³⁾. I interventioner med en varighed op mod 2 år kan vægttab eller vægttabsvedligeholdelse fastholdes indenfor denne periode, men efter endt intervention ses ofte men ikke altid vægtøgning⁽³⁾. På denne baggrund anbefales det, at livsstilsintervention til børn skal

have en varighed på 12 måneder. Efter endt intervention og tilbud vurderes barnets vægtudvikling og BMI med henblik på at beslutte, om barnet skal fortsætte i en videre intervention eller afsluttes i kommunen, jf. afsnittet 'Afslutning og opfølgning' sidst i afsnit 5.1.3.

Undervejs i interventionen er det vigtigt at revurdere indsatsens effekt. Hvis interventionen ikke virker efter hensigten, ændres interventionen herefter. Hvis barnet har stigende grad af overvægt med/uden følgesygdomme, bør man revurdere, om det man gør er tilstrækkeligt, om der er flere ting, man selv kan tilbyde, eller om barnet og familien bør opfordres til at søge egen læge med henblik på henvisning til andet eventuelt specialiseret behandlingssted.

Sessionernes varighed og antal

Effektive livsstilsinterventioner har sessioner med en varighed på 10-160 minutter. Der er aktuelt ikke evidens om, hvor længe en session præcist skal være indenfor dette interval for at være effektiv i forhold til at opnå væggtab⁽³⁾.

Der er evidens for at opnå klinisk relevante væggtab i livsstilsinterventioner, hvor barnet har haft kontakt med sundhedsprofessionelle i minimum 26 timer⁽³⁾. Varigheden dækker over sessioner med fokus på alle elementer i en livsstilsintervention, som fx samtale, diætvejledning og fysisk aktivitet. Der ses i evidensen en tydelig dosisresponseeffekt for antallet af timer og sessioner i et tilbud, idet væggtabet hos det enkelte barn er større, jo flere timer (i intervallet 0-≥52 timer) og jo flere sessioner (i intervallet 1-122 sessioner) det enkelte barn tilbydes i løbet af de anbefalede 12 måneders varighed⁽³⁾. På baggrund af evidensen anbefales, at varigheden af hver session er minimum 10 minutter og i øvrigt tilrettelægges ud fra indholdet i den enkelte session, så den nødvendige tid til gennemførelse af hvert element i interventionen bliver afsat. Fx bør den aktive del af en session med fysisk aktivitet være af minimum 60 minutters varighed, jf. anbefalingerne for fysisk aktivitet hos børn^(3,72).

Antallet af kontakter med de sundhedsprofessionelle, der gennemfører et tilbud om livsstilsintervention, tilpasses indholdet i interventionen. Der bør således afsættes tid til både en samtale ved første møde, diætbehandling, herunder diætvejledning, fysisk aktivitet og støtte til adfærdsændring. I tråd med evidensen bør kontakten til barnet i løbet af den samlede intervention som minimum være 26 timer, hvilket fx svarer til 30 minutters kontakt om ugen eller 60 minutter hver 14. dag.

Vejledningsform

Baseret på evidensen bør børn tilbydes ansigt-til-ansigt-sessioner frem for IT-baseret eller telefonisk kontakt⁽³⁾. Digitale værktøjer, som fx sms-beskeder, og telefonisk kontakt mv. kan bruges som understøttende værktøj, hvis det vurderes, at det kan motivere, opmuntre og fastholde barnet i interventionen.

Afslutning og opfølgning

Såfremt det vurderes, at barnet har behov for at fortsætte i et tilbud om livsstilsintervention, tilbydes dette. Det bør overvejes at lade børn fortsætte, såfremt vægten er stigende, eller barnet har forhold, som tilsiger dette, fx tidligere mislykkede forsøg på

vægttab, og der er behov for fortsat støtte og vejledning. Børn og familier, som har formået at fastholde de nye vaner, og hvor barnet har stabiliseret vægten, afsluttes. Der bør være mulighed for at modtage et nyt tilbud om livsstilsintervention, hvis barnet efter endt intervention igen begynder at øge graden af overvægt (BMI-z-score-øgning). Det nye tilbud tager afsæt i erfaringerne fra det afsluttede tilbud.

Det anbefales, at der sker en elektronisk tilbagemelding fra kommunen til almen praksis efter afslutning af et tilbud om livsstilsintervention for alle børn, der er henvist af almen praksis⁽⁸⁴⁾. For børn, der er henvist via sygehus, eller hvis det er kommunen selv, der har givet barnet et tilbud om livsstilsintervention, sender kommunen også en elektronisk tilbagemelding til almen praksis, men ikke til det henvisende sygehus. Den elektroniske tilbagemelding skal sikre, at egen læge er orienteret om det enkelte barns aktuelle situation og give almen praksis forudsætninger for løbende at kunne rådgive det enkelte barn og forældrene i forhold til yderligere vægttab (BMI-z-score-reduktion) og vægttabsvedligeholdelse.

Opfølgning efter gennemført intervention bør aftales som en del af afslutningen på et tilbud og tilbydes senest 12 måneder efter afsluttet intervention. Opfølgningen skal bidrage til at fastholde de nye vaner, herunder fysisk aktivitets-, mad- og måltidsvaner, og til at revurdere, om barnet har behov for et nyt tilbud om livsstilsintervention. Målet med opfølgningen er fastholdelse af motivationen til at vedligeholde livsstilsændringerne på egen hånd eller i netværksgrupper, foreningsregi eller andre sociale strukturer.

5.1.4. Særlige hensyn omkring børn

Der bør være opmærksomhed på, om barnets situation gør det nødvendigt at tage særlige hensyn i tilrettelæggelsen af de enkelte delelementer i livsstilsinterventionen. Eksempelvis hvis barnet har en psykisk og/eller kronisk sygdom og/eller en (kognitiv) funktionsnedsættelse. Der kan også være behov for særlige hensyn til børn med anden etnisk baggrund end dansk, fx på grund af sproglige eller kulturelle hensyn. Indsatsen bør derfor altid tage udgangspunkt i en individuel vurdering af det enkelte barns behov, herunder fysiske og kognitive formlæen samt sproglige kompetencer. Hvor der er særlige hensyn, bør de relevante fagprofessionelle inddrages, så der er tale om en tværfaglig indsats. De særlige hensyn i forhold til mad, måltider og fysisk aktivitet for specifikke sygdomme er bl.a. beskrevet i de faglige selskabers kliniske retningslinjer og i faglige anbefalinger⁽⁶⁶⁾.

5.1.5. Kompetencer ved livsstilsintervention til børn

Tilbud om livsstilsintervention til børn kan varetages af forskellige sundhedsfaglige personalegrupper, da der ikke i evidensen er fundet effektforskelle mellem forskellige sundhedsfaglige personalegrupper⁽³⁾. Evidensen tyder på, at et tilbud bør inddrage sundhedspersoner med forskellige kompetencer^(3,7).

Kostelementet bør varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist. For yderligere beskrivelse af kompetencer henvises til Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom'⁽⁶⁶⁾.

Sundhedspersonalet bør desuden have viden om overvægt og om vægtudvikling hos børn⁽⁶⁷⁾.

For elementet om fysiske aktivitet bør den sundhedsprofessionelle have specifik viden om fysisk aktivitet til børn med svær overvægt samt kunne tilrettelægge og supervisere træningen og rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset det enkelte barn⁽⁶⁶⁾. Hvis elementet varetages af frivillige, skal de have specifik viden om fysisk aktivitet for børn med svær overvægt, fx ved at have gennemgået relevant instruktøruddannelse for frivillige.

Har barnet særlige behov skal den sundhedsprofessionelle kunne tilrettelægge indsatsen ud fra disse særlige hensyn eller have adgang til kolleger, der har viden om og erfaring med patientrettet superviseret træning⁽⁶⁶⁾.

For at understøtte relations- og netværksdannelse børnene og familierne imellem og i forholdet til den sundhedsprofessionelle bør den sundhedsprofessionelle mestre relationskompetencer^(68,69,71).

Sundhedspersonale involveret i interventionen bør have forskellige kompetencer, hvilket er særlig vigtigt for indsatser til børn med psykosociale problemer⁽³⁾.

5.2. Livsstilsintervention til voksne, herunder ældre

Livsstilsintervention til voksne kan medføre vægttab, forbedre vægttabsvedligeholdelse og reducere risikoen for udvikling af følgesygdomme til svær overvægt⁽³⁾. Baseret på evidensen anbefales det at kombinere elementerne kost og fysisk aktivitet, da de tilsammen giver større vægttab, og dermed mindsker risikoen for at udvikle fx type 2-diabetes samt forbedrer reguleringen af fx type 2-diabetes, end de to elementer hver for sig⁽³⁾. For ældre bør de to elementer samlet set stille mod at bevare den fedtfri masse⁽³⁾. Elementerne kost og fysisk aktivitet bør suppleres med adfærdsændringsteknikker, da støtte til adfærdsændring er et væsentligt element for at ændre på sine vaner^(3,68-71).

5.2.1. Element i en livsstilsintervention til voksne

Kost

Baseret på evidensen anbefales det, at voksne opnår sunde mad- og måltidsvaner gennem diætbehandling, der inkluderer diætvejledning med råd om en sund, energireduceret, fiberrig kost med lavt indhold af fedt og sukker med udgangspunkt i De officielle Kostråd^(3,30). Udover selve madens energiindhold er det vigtigt at have fokus på drikkevarer, specielt sukkerholdige, og alkohol, portionstørrelser og måltidsfrekvens samt måltidsmønsteret, herunder mellemmåltider, hyggevaner, fx i forhold til slik, kage og alkohol, og eventuel trøstespisning^(30,85).

Individuel diætbehandling omfatter ernæringscreening (beregning og vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kostanamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, monitorering og evaluering samt opfølgning og eventuelt revidering af ernæringsplan⁽⁶⁶⁾.

Et andet opmærksomhedspunkt er at få afdækket en eventuel spiseforstyrrelse, som fx tvangsoverspisning (BED). Det er derfor et fokuspunkt i forbindelse med ernærings-screeningen, herunder kostanamnesen. Se desuden afsnit 3.4.

Der bør være en særlig opmærksomhed på borgere med en kronisk sygdom, jf. afsnit 5.2.4 om særlige hensyn.

I forbindelse med diætbehandling og diætvejledning kan borgeren tilbydes enten en sund, energireduceret kost efter De officielle Kostråd eller vejledes i hel eller delvis brug af kommercielle måltidserstatninger, såkaldte pulvershakes. Ved den første samtale med borgeren bør det afdækkes, om borgeren har behov for og et ønske om energirestriktion i form af måltidserstatninger som et supplement til vejledning om en sund energireduceret kost. Energirestriktion i form af måltidserstatning, fx pulvershakes, kan medvirke til et stort initialt væggtab, hvilket kan være en stor motivationsfaktor for mange samt forbedre borgerens muligheder for at være fysisk aktive. Energireduktion kan benyttes i en kortere eller længere periode alt efter behovet, men det er væsentligt, at der sker en evaluering af indsatsens effekt på væggtab, både løbende og efterfølgende⁽⁸⁶⁾. Det er vigtigt, at borgeren informeres om, at det er borgeren selv, der skal købe pulveret, og at det vil have indflydelse på vægtudvikling og væggtab, så snart man stopper med den skrappe energireduktion.

Evidensen viser, at den sundhedsprofessionelle også hos ældre borgere bør vejlede om en sund, energireduceret, fiberrig kost med lavt indhold af fedt og sukker med udgangspunkt i De officielle Kostråd for ældre. For denne gruppe er det særligt vigtigt at forsøge at bevare den fedtfri masse^(3,87).

Fysisk aktivitet

Evidensen viser, at fysisk aktivitet har positive effekter specielt i forhold til vægtvedligeholdelse, men også i relation til væggtab og for generel trivsel. Fysisk aktivitet har desuden en lang række positive effekter på sygdomme og tilstande associeret med svær overvægt, som fx forhøjet blodtryk, dyslipidæmi, prædiabetes og diabetes⁽⁷²⁾. Det anbefales på den baggrund, at give voksne råd om fysisk aktivitet af moderat til hård intensitet 150 minutter om ugen, idet det har betydning for væggtab^(3,73).

Den fysiske aktivitet bør planlægges ud fra den enkeltes behov, fysiske formåen, præferencer, motivation og mål. Jo højere BMI borgeren har, jo mindre vægtbærende fysisk aktivitet skal den enkelte tilbydes, og der bør derfor initialt være fokus på energireduktion og derefter gradvis introduktion og øgning af den fysiske aktivitet. Borgeren bør desuden modtage råd om at være fysisk aktiv og undgå fysisk inaktivitet. Det indebærer fx råd om at tage cyklen eller gå til arbejde frem for at tage bilen, være aktiv i hverdagen og begrænse stillesiddende tid, herunder skærmtid^(72,74).

For ældre borgere anbefales det ud fra evidensen at give råd om øget fysisk aktivitet op til 150 min. om ugen af moderat til hård intensitet. Den fysiske aktivitet bør være vægtbærende^(3,73).

Den sundhedsprofessionelle bør løbende have en dialog med borgeren omkring fortsat fysisk aktivitet efter endt tilbud om livsstilsintervention, og hvilke muligheder der er lokalt for at fortsætte fx i den foreningsbaserede idræt.

Trivsel og livskvalitet

De sundhedsprofessionelle bør løbende være opmærksomme på borgerens trivsel. Det gælder både i forhold til somatiske symptomer, som fx hoved- og mavepine, ondt i ryggen og påvirket humør, men også i forhold til social trivsel, som fx forholdet til familie, venner og kolleger, ensomhed, mobning, kropsofattelse, selvværd og selvtillid⁽⁸⁸⁾. Til vurdering af livskvalitet kan forskellige spørgeskemaer og værktøjer benyttes, fx EQ-5D^(78,89-91).

Adfærdsændring

Støtte til adfærdsændring er et væsentligt element for at ændre uhensigtsmæssige vaner i forhold til mad, måltider og fysisk aktivitet. Det anbefales, at støtte til adfærdsændring indgår som et element i tilbud om livsstilsintervention sammen med kost og fysisk aktivitet. Der er i evidensen ikke fundet en enkelt adfærdsændringsteknik, der har vist bedre resultater til at opnå vægttab og vægttabsvedligeholdelse end andre⁽³⁾. Det anbefales derfor, at sundhedsprofessionelle har kendskab til forskellige adfærdsændringsteknikker, som fx motiverende samtale, problemløsning, målsætning, udøvelse af egenkontrol og stimulikontrol, og kan bruge dem ud fra en individuel behovsvurdering. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle forholder sig til den enkelte borger og ved fx manglende vægttab ikke begrunder det med manglende motivation hos borgeren, men arbejder videre med at motivere denne^(68,71). Behovsvurderingen bør tage udgangspunkt i den enkeltes grad af svær overvægt og målsætninger, hvor sidstnævnte kan være andet end vægttab og vægtvedligeholdelse^(69,70).

Der gives information om vigtigheden af et vægttab afhængigt af eventuel risiko for eller forekomst af følgesygdomme til overvægten og risikomarkører, og om at vægttabsvedligeholdelse er en livslang proces.

For ældre anbefales det, at målsætninger for vægttab bør indgå som en del af adfærdsændringsteknikkerne, da evidensen viser effekt på vægttab ved denne metode⁽³⁾.

5.2.2. Andre faktorer af betydning for effekt af livsstilsintervention til voksne

Andre faktorer som psykosociale forhold, søvn, stress og stillesiddende tid kan have betydning for, hvorvidt borgeren opnår et vægttab eller vægttabsvedligeholdelse.

Kort søvn og dårlig søvnkvalitet er associeret med overvægt^(79,80), og der ses sammenhæng mellem god søvn og vægttab⁽⁸¹⁾.

Stress gennem længere tid ser ligeledes ud til at være associeret med overvægt, og hvorvidt et vægttab kan lykkes^(92,93).

Søvn og stress bør derfor være opmærksomhedspunkter i den første samtale og i indsatsen, og det anbefales, at den sundhedsprofessionelle i dialogen med borgeren inddrager disse emner og sammen med borgeren undersøger, hvordan udfordringer med for lidt søvn, dårlig søvnkvalitet, stillesiddende tid, herunder skærmtid og læsning mv. kan afhjælpes.

Andre emner af relevans i samtalen er rygning og alkoholforbrug, da begge dele øger den samlede risiko for at udvikle følgesygdomme til svær overvægt (ref: Rygning, ref: Alkohol).

5.2.3. Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til voksne

Tilbud om livsstilsintervention kan foregå som gruppe- og individbaserede indsatser, da evidensen ikke påviser effektforskelle mellem gruppe- og individbaserede indsatser⁽³⁾. Det anbefales, at elementerne fysisk aktivitet, kost og støtte til adfærdændring i en livsstilsintervention tilbydes i grupper, mens familierelaterede og individfølsomme emner foregår individbaseret. Gruppe-aktiviteter vurderes som gavnlige, da de giver mulighed for relationsdannelse og etablering af netværk med ligesindede, hvilket kan medvirke til fastholdelse af vægttab – også efter afsluttet intervention. Den konkrete beslutning om henholdsvis gruppe- eller individuelle indsatser foregår i den første samtale med borgeren baseret på bl.a. borgerens behov og præferencer. For at lette rekrutteringen til tilbuddet og minimere frafald undervejs anbefales det, at den sundhedsprofessionelle gør borgeren opmærksom på, at individfølsomme emner ikke tages op i gruppeaktiviteter, men kun i individuelle samtaler.

Omfang og varighed

Evidensen viser, at livsstilsinterventionen bør være af 12 måneders varighed. Vægttab kan fastholdes over længere tid ved at have en intensiv periode fra start og derefter en mindre intensiv væggtabsvedligeholdelse eller ved en længere intervention med stabil intensitet gennem hele indsatsen. Dette er vist i studier med 2,5 års varighed⁽³⁾. På dette grundlag anbefales en interventionslængde på minimum 12 måneder for voksne. Der bør finde en vurdering af effekt sted efter endt forløb i forhold til at beslutte, om borgeren skal fortsætte i en videre interventionen eller afsluttes i kommunen, jf. afsnittet 'Afslutning og opfølgning'.

Undervejs i interventionen er det vigtigt at revurdere indsatsens effekt. Hvis interventionen ikke virker efter hensigten, ændres interventionen herefter. Hvis borgeren har stigende grad af overvægt med/uden følgesygdomme, bør man revurdere, om det man gør er tilstrækkeligt, om der er flere ting, man selv kan tilbyde, eller om borgeren bør opfordres til at søde egen læge med henblik på henvisning til andet eventuelt specialiseret behandlingssted.

Sessionernes varighed og antal

Evidensen viser, at effektive livsstilsinterventioner har sessioner med en varighed på 10-30 minutter, hvor gruppesessioner typisk varer 60-120 minutter og individuelle sessioner 15-30 minutter⁽³⁾. Der ses en dosisresponseeffekt, idet effekten på vægttab er større og risiko for type 2-diabetes lavere, jo flere sessioner den enkelte tilbydes. Det største vægttab ses i interventioner, hvor borgeren er i kontakt med sundhedsprofessi-

onelle i minimum 26 timer om året. Der findes ikke viden om, hvor lang en session optimalt set bør være⁽³⁾. På baggrund af evidensen anbefales, at varigheden af hver session er minimum 10 minutter og i øvrigt tilpasses ud fra indholdet i den enkelte session, så den nødvendige tid til gennemførelse af sessionen, bliver afsat. Fx er anbefalingerne for fysisk aktivitet hos voksne 30 minutter om dagen, og den aktive del af en session omkring fysisk aktivitet, bør derfor være af minimum 30 minutters varighed⁽⁷²⁾.

Det anbefales, at antallet af kontakter med de sundhedsprofessionelle, der gennemfører et tilbud om livsstilsintervention, tilpasses indholdet i interventionen. Der bør således afsættes tid til både en samtale ved første møde, diætbehandling, herunder diættevejledning, fysisk aktivitet og støtte til adfærdsændring. I tråd med evidensen bør kontakten med borgeren i løbet af den samlede intervention som minimum være 26 timer, hvilket fx svarer til 30 minutters kontakt om ugen eller 60 minutter hver 14. dag.

Vejledningsform

Evidensen har ikke vist forskel på vægttab hos voksne i forhold til, om sessionerne foregår ansigt-til-ansigt- eller IT-baseret. Der er dog indikationer for, at ansigt-til-ansigt-baserede interventioner har større effekt⁽³⁾. På den baggrund anbefales det, at vejledning til voksne foregår ansigt-til-ansigt frem for telefonisk eller IT-baseret. Sidstnævnte kan anvendes som understøttende værktøj, hvis det vurderes, at det kan motivere, opmuntre eller fastholde borgeren i interventionen.

Afslutning og opfølgning (vægttabsvedligeholdelsesintervention)

Såfremt det vurderes, at borgeren har behov for at fortsætte i et tilbud om livsstilsintervention, tilbydes dette. Det bør overvejes, om borgeren skal fortsætte, såfremt vægten er stigende, eller der er forhold, som tilsiger dette, fx tidligere mislykkede forsøg på vægttab, og der er behov for fortsat støtte og vejledning. Borgere, som har formået at fastholde de nye vaner og har opnået vægttab, afsluttes. Der bør være mulighed for at modtage et nyt tilbud om livsstilsintervention, hvis borgeren efter endt intervention igen begynder at øge vægten. Det nye tilbud tager afsæt i erfaringerne fra det afsluttede tilbud.

Det anbefales, at der sker en elektronisk tilbagemelding fra kommunen til almen praksis efter afslutning af et tilbud om livsstilsintervention for alle voksne, der er henvist af almen praksis⁽⁸⁴⁾. For voksne, der er henvist via sygehus, eller hvis det er kommunen selv, der har givet borgeren et tilbud om livsstilsintervention, sender kommunen også en elektronisk tilbagemelding til almen praksis, men ikke til det henvisende sygehus. Den elektroniske tilbagemelding skal sikre, at egen læge er orienteret om den enkelte borgers aktuelle situation og give almen praksis forudsætninger for løbende at kunne rådgive borgeren i forhold til yderligere vægttab og vægttabsvedligeholdelse.

Der er påvist, at vægttabsvedligeholdelsesinterventioner har effekt ved 12 måneders opfølgning⁽³⁾. Derfor anbefales det at have en opfølgningssamtale, som aftales som en del af afslutningen på et tilbud og tilbydes efter 12 måneder. Opfølgningen skal bidrage til at understøtte borgeren i at fastholde de nye vaner og revurdere, om borgeren har

behov for et nyt tilbud om livsstilsintervention. Målet med opfølgningen er fastholdelse af motivationen til at vedligeholde livsstilsændringerne på egen hånd eller i netværksgrupper, foreningsregi eller andre sociale strukturer.

Det anbefales, at opfølgning som udgangspunkt foregår ansigt-til-ansigt frem for IT-baseret. Der kan dog være borgere, for hvem en telefonisk kontakt passer bedre, og det bør derfor afklares med den enkelte, hvordan opfølgningen skal foregå.

5.2.4. Særlige hensyn omkring voksne

Der bør være opmærksomhed på, om borgerens situation gør det nødvendigt at tage særlige hensyn i tilrettelæggelsen af de enkelte delelementer i livsstilsinterventionen. Eksempelvis hvis borgeren har en (psykisk og/eller kronisk) sygdom og/eller (kognitiv) funktionsnedsættelse. Der kan også være behov for særlige hensyn til borgere med anden etnisk baggrund end dansk, fx pga. sproglige eller kulturelle barrierer. Indsatsen bør derfor altid tage udgangspunkt i en individuel vurdering af borgerens behov, herunder fysiske og kognitive formåen samt sproglige kompetencer. Hvor der er særlige hensyn, bør de relevante fagpersoner inddrages, så der er tale om en tværfaglig indsats.

Der henvises til de faglige selskabers kliniske retningslinjer og faglige anbefalinger omkring særlige hensyn i forhold til mad, måltider og fysisk aktivitet for specifikke sygdomme⁽⁶⁶⁾.

5.2.5. Kompetencer ved livsstilsintervention til voksne

Tilbud om livsstilsintervention til voksne kan varetages af forskellige sundhedsfaglige personalegrupper, da der kun er sparsom evidens omkring livsstilsinterventionernes effekt mellem forskellige sundhedsfaglige personalegrupper⁽³⁾. Evidensen tyder på, at et tilbud bør inddrage sundhedspersonale med forskellige kompetencer.

For kostelementer tyder evidensen på, at der er større effekt ved at inddrage kliniske diætister enten alene eller i kombination med andre faggrupper⁽³⁾. Det anbefales således, at de sundhedsprofessionelle, som varetager livsstilsinterventionerne, har kompetencer til kvalificeret at kunne tilrettelægge og gennemføre tilbuddet. Således bør kostelementet varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist. For yderligere beskrivelse af kompetencer henvises til Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom'⁽⁶⁶⁾.

For elementet om den fysiske aktivitet skal den sundhedsprofessionelle have specifik viden om fysisk aktivitet til borgere med svær overvægt samt kunne tilrettelægge og supervisere træningen og rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkelte borger⁽⁶⁶⁾. Hvis elementet varetages af frivillige, skal de have specifik viden om fysisk aktivitet for borgere med svær overvægt, fx ved at have gennemført relevant instruktørdannelse for frivillige. Har borgeren særlige behov skal den sundhedsprofessionelle kunne tilrettelægge indsatsen ud fra disse særlige hensyn eller have adgang til kolleger, der har viden om og erfaring med patientrettet superviseret træning.

For at understøtte relations- og netværksdannelse mellem deltagerne imellem og i forhold til behandleren anbefales det endvidere, at personalet/behavioristen mestrer relationskompetencer^(68,69,71).

5.3. Livsstilsintervention til gravide

Under graviditeten tilbydes gravide med overvægt og svær overvægt rådgivning i almen praksis og ved jordemoder med henblik på at begrænse vægtøgningen under graviditeten. Rådgivningen har fokus på kostoplægning og fysisk aktivitet⁽⁴⁾. Såfremt kommunen har et tilbud om livsstilsintervention ved svært overvægt, kan den gravide henvises til dette tilbud med henblik på yderligere støtte til at opnå sunde mad-, måltids- og fysisk aktivitetsvaner samt støtte til adfærdsændring.

Målet for livsstilsintervention ved svær overvægt under graviditet er ikke vægttab men en begrænset vægtøgning. Anbefalingerne for vægtøgning under graviditet er differentierede og afhænger af kvindens prægravide BMI. Gravide med svær overvægt anbefales at tage 5-9 kg på under graviditeten⁽⁴⁾. Der anbefales kostoplægning i tråd med De officielle Kostråd, herunder særlige råd for gravide^(30,94,95).

Kommercielle måltidserstatninger, såkaldt pulvershakes, anbefales ikke under graviditet. Af hensyn til fosterets vækst er det vigtigt at den gravide får dækket sit behov for næringsstoffer. En meget energireduceret kost frarådes, fordi det kan medføre en u hensigtsmæssig næringsstofsammensætning og på sigt fejle ernæring, som i værste fald kan skade fosteret. Endvidere kan et lavt kalorieindtag føre til ketose, hvilket potentielt kan være farligt for fosteret⁽⁴⁾. Fokus i diætbehandlingen er, at den gravide spiser sig mæt i sund mad, gerne med mange grøntsager og fisk flere gange om ugen^(94,95).

En del kvinder med svær overvægt har en meget begrænset eller slet ingen vægtstigning i løbet af graviditeten. Såfremt fostret vokser, som det skal, og kvinden spiser sundt, varieret og tilstrækkeligt, er der ikke evidens for at anbefale hende at tage mere på⁽⁴⁾.

Kvinden rådgives desuden om, at fysisk aktivitet bør være en del af hverdagen under graviditeten, både fordi det er positivt for kvinden psykisk og fysisk, og fordi det medvirker til at normalisere graviditeten. Endvidere rådgives om bækkenbundsøvelser, da træning af bækkenbundens muskulatur med knibeøvelser under og efter graviditet kan forebygge inkontinens⁽⁹⁶⁾. Hvis kvinden var fysisk aktiv forud for graviditeten, anbefales hun at fortsætte med dette og i øvrigt følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet til gravide⁽⁷²⁾. Kvinden kan fortsætte med sine sædvanlige aktiviteter eller selv finde nye.

Hvis kvinden ikke var fysisk aktiv forud for graviditeten, motiveres hun til at starte med at være fysisk aktiv i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for gravide. Kvinden kan fx motiveres til at deltage i aktivitetsformer for gravide på hold, da det kan virke po-

sitivt i forhold til at fastholde den fysiske aktivitet. Endvidere kan svømning, vandgymnastik, cykling og raske gåture anbefales. Generelt anbefales raske gåture til alle, der ikke har ressourcer, fysisk helbred eller lyst til at deltage i andre aktiviteter⁽⁷²⁾.

5.3.1. Forsigtighedsregler for gravide ved fysisk aktivitet

Den gravide bør altid lytte til kroppens signaler og respektere smerte, når der udføres fysisk aktivitet. Desuden bør den gravide være opmærksom på at undgå hårde stød mod maven, fx ved kontaktsport (håndbold, kampsport, fodbold og lignende aktivitet), og aktiviteter med risiko for ukontrollerede styrt og/eller fald med høj hastighed, fx skiløb og ridning. Endelig frarådes dykning under graviditet pga. risiko for trykskade på fosteret^(4,72).

5.4. Monitorering

Tilbuddet om livsstilsintervention bør løbende monitoreres med henblik på at skabe et grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling af interventionen, så borgere tilbydes den bedst mulige indsats⁽⁶⁶⁾. Monitoreringen bør foregå ved, at kommunen benytter få og relevante indikatorer. Indikatorerne kan omfatte både resultatindikatorer og procesindikatorer⁽²⁾. Eksempler på relevante indikatorer:

- Henvvisninger til livsstilsintervention
- Gennemførelse (antal borgere, der har fuldført den intervention, som er aftalt)
- Årsager til fravalg
- Årsager til frafald
- Opfølgning
- Opfyldelse af individuelle mål (fx deltagertilfredshed, væggtab/vægtvedligeholdelse/stabil vægtudvikling, livskvalitet og trivsel)

Kommunen kan desuden selv supplere med relevante indikatorer, der giver mening lokalt.

Der kan benyttes andre metoder end de traditionelle register- og databaserede, fx audits, surveys og interviews. Disse kan fungere som supplement eller alternativ, hvis muligheden for en løbende databaseret monitorering er begrænset⁽⁶⁶⁾.

Der bør ske en opfølgning efter seks måneder eller efter et år som generelt hensigtsmæssige intervaller for at få tilstrækkelige data som planlægningsgrundlag og samtidigt kunne gribe ind tids nok, hvis der viser sig behov for ændringer i tilbuddene om livsstilsintervention⁽⁶⁶⁾.

Referenceliste

(1) World Health Organization. . Obesity and overweight. Fact sheet . . Senest hentet: 15. juli.2019. Link:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

(2) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Overvægt. København : Sundhedsstyrelsen, 2018.

(3) Lind MV, Michaelsen KF, Mølgaard, Astrup A, Larsen ML. Evidens for livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt. En litteraturgennemgang København : Københavns Universitet, 2018.

(4) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen København : Sundhedsstyrelsen, 2013.

(5) Sundheds- og Ældreministeriet. . LBK nr. 1286 af 02/11/2018. Bekendtgørelse af sundhedsloven. . Link: www.retsinformation.dk.

(6) Kierkegaard L, Ammitzbøll J, Lauemøller S, Nielsen K, Due P. Kortlægning af livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt i regioner og kommuner København : Statens Institut for Folkesundhed, 2017.

(7) Sundhedsstyrelsen. Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen. Vejledning til skolesundhedstjenesten. 1st. København : Sundhedsstyrelsen, 2014.

(8) Cortes D, Holm J-C, Højgaard B, Jacobsen RB, Johansen A, Kjærsgaard M, Larsen LM, Pearson S. Svær overvægt, udredning og behandling hos børn og unge i pædiatrisk regi København : Dansk Pædiatrisk Selskab, 2016.

(9) Dansk Selskab for Almen Medicin, Sundhedsstyrelsen. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne København : Dansk Selskab for Almen Medicin og Sundhedsstyrelsen, 2009.

(10) Johansen A, Holm J, Pearson S, Kjærsgaard M, Larsen LM, Højgaard B, et al. Danish clinical guidelines for examination and treatment of overweight and obese children and adolescents in a pediatric setting. Dan Med J 2015;62(5):C5024-C5029.

(11) Renault KM, Nørgaard K, Nilas L, Carlsen EM, Cortes D, Pryds O, Secher NJ. The Treatment of Obese Pregnant Women (TOP) study: a randomized controlled trial of the effect of physical activity intervention assessed by pedometer with or without dietary intervention in obese pregnant women. Am J Obstet Gynecol 2014;(2):134.e1-9.

(12) Vinter CA, Jensen DM, Ovesen P, Beck-Nielsen H, Jørgensen JS. The LiP (Lifestyle in Pregnancy) study: a randomized controlled trial of lifestyle intervention in 360 obese pregnant women. Diabetes Care 2011;34(12):2502-7.

(13) World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation.

WHO Technical Report Series 894. Geneva : World Health Organization, 2000.

(14) Svendsen OL, Astrup A, Hansen GS (editors). Adipositas - sygdom, behandling og organisation. København : Munksgaard, 2011.

(15) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger. 1st. København : Sundhedsstyrelsen, 2015.

(16) WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. Acta Paediatrica 2006;(suppl 450):76-85.

(17) Nysom K, Mølgaard C, Hutchings B, Michaelsen K. Body mass index of 0-45-year old Danes: reference values and comparison with published European reference values. Int J Obes 2001;25(2):177-84.

(18) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) Body Mass Index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012;7(4):284-294.

(19) Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320(7244):1240-1243.

(20) World Obesity Federation. . Extended International (IOTF) Body Mass Index Cut-Offs for Thinness, Overweight and Obesity in Children. . Senest hentet: 13. september.2019. Link: <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/obesity-classification>.

(21) National Institute for Health and Care Excellence. Body mass index thresholds for intervening to prevent ill health among black, Asian and other minority ethnic groups London : National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

(22) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge (BEK nr. 1344 af 03/12/2010) København : Sundheds- og Ældreministeriet, 2010.

(23) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om kommunernes indberetning af oplysninger om børns sundhed til Sundhedsstyrelsen (BEK nr. 581 af 23/05/2011) Sundheds- og Ældreministeriet, 2011.

(24) Børne- og Socialministeriet. Bekendtgørelse af lov om social service (LBK nr. 1114 af 30/08/2018) København : Børne- og Socialministeriet, 2018.

(25) Sundheds- og Ældreministeriet. Lov om ændring af lov om social service (Lov nr. 508 af 01/05/2019) København : Sundheds- og Ældreministeriet, 2019.

(26) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge København : Sundhedsstyrelsen, 2011.

(27) Geserick M, Vogel M, Gausche R, Lippek T, Spielau U, Keller E, Pfäffle R, Kiess W, Körner A. Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. N Engl J Med 2018;379:1303-12.

(28) Larsen LM, Hertel NT, Mølgaard C, Christensen RdP, Husby S, Jarbøl DE. Prevalence of overweight and obesity in Danish preschool children over a 10-year

period: A study of two birth cohorts in general practice. *Acta Pædiatrica* 2012(101(2)):201-7.

(29) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for fysisk aktivitet – børn 1-4 år København : Sundhedsstyrelsen, 2016.

(30) Fødevarestyrelsen. De officielle kostråd Glostrup : Fødevarestyrelsen, Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, 2013.

(31) Colquitt Jill L, Loveman E, O'Malley C, Azevedo Liane B, Mead E, Al-Khudairy L, et al. Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years John Wiley & Sons, Ltd, 2016.

(32) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af vækst hos 0-5-årige. Kort vejledning til praktiserende læger. København : Sundhedsstyrelsen, 2015.

(33) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse København : Sundhedsstyrelsen, 2017.

(34) Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling. København : Sundhedsstyrelsen, 2005.

(35) Sundhedsstyrelsen. . Specialeplan for psykiatri. . . Senest hentet: 14. oktober.2019. Link: <https://www.sst.dk/da/Viden/Specialeplanlaegning/Gaeldende-specialeplan/Specialeplan-for-psykiatri>.

(36) Sundhedsstyrelsen. . Specialevejledning for Børne- og Ungdomspsykiatri. . Senest hentet: 14. oktober.2019. Link:

<https://www.sst.dk/da/Viden/Specialeplanlaegning/Gaeldende-specialeplan/Specialeplan-for-boerne--og-ungdomspsykiatri>.

(37) Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017 København : Sundhedsstyrelsen, 2018.

(38) Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed. . Databasen for Den Nationale Sundhedsprofil. . Senest hentet: 15. juli.2019. Link: <http://www.danskernesundhed.dk/>.

(39) Sundhedsdatastyrelsen. . Den Nationale Børnedatabase. . Senest hentet: 15. juli.2019. Link: <https://www.esundhed.dk/Registre/Den-nationale-boernedatabase/Maalinger-i-skolen>.

(40) Børne- og Undervisningsministeriet. . Elevtal i grundskolen. . Senest hentet: 15. juli.2019. Link: <https://www.uvm.dk/statistik/grundskolen/elever/kopi-af-elevtal-i-grundskolen>.

(41) Pedersen A, Christensen L, Sørensen M, Matthiessen J. Kostvaner, sundhedsadfærd og vægtstatus blandt 55–64-årige og 65–75-årige danskere Søborg : DTU Fødevareinstituttet, 2017.

(42) World Health Organization. Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity Geneva : World Health Organization, 2014.

(43) Kjellberg J, Larsen L, Ibsen R, Højgaard B. The Socioeconomic Burden of Obesity. *Obesity facts* 2017;10(5):493-502.

- (44) Rasmussen M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København : Statens Institut for Folkesundhed, 2015.
- (45) Groth M, Christensen L, Knudsen V, Sørensen M, Fagt S, Ege M, et al. Sociale forskelle. Børns kostvaner, fysiske aktivitet og overvægt & Voksnes kostvaner Søborg : DTU Fødevareinstituttet, 2013.
- (46) Eriksen L, Davidsen M, Jensen H, Ryd J, Strøbæk L, White E, et al. Sygdomsbyrden i Danmark. Risikofaktorer. København : Statens Institut for Folkesundhed, 2016.
- (47) Danmarks Statistik. . Dødsfald. . Senest hentet: 18. juli.2019. Link: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/doedsfald-og-middellevetid/doedsfald>.
- (48) Stunkard AJ AK. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int J Obes* 2003;27:1-12.
- (49) Thornton LM, Watson HJ, Jangmo A, Welch E, Wiklund, von Hausswolff-Juhlin Y, Norring C, Herman BK, Larsson H, Bulik CM. Binge Eating Disorder in Swedish National Registers: Somatic comorbidity. *Int J Eating Disorders* 2017;50(1):58-65.
- (50) Klenk J, Rapp K, Ulmer H, Concin H, Nagel G. Changes of Body Mass Index in Relation to Mortality: Results of a Cohort of 42,099 Adults. *PloS one* 2014;9(1): e84817.
- (51) Abdelaal M, le Roux C, Docherty N. Morbidity and mortality associated with obesity. *Ann Transl Med* 2017;5(7):161-172.
- (52) World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: A global perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018 London : World Cancer Research Fund International, 2018.
- (53) World Health Organization. Achieving and maintaining healthy weight in children with overweight and obesity: An evidence summary Geneva : World Health Organization, In press.
- (54) Ovesen P, Rasmussen S, Kesmodel U. Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology* 2011;118(2):305-12.
- (55) Torloni MR, Betran AP, Horta BL, Naka-mura MU, Atallah AN, Moron AF, Valente O. Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Obes Rev* 2009;10(2):194-203.
- (56) Yu Z, Han S, Zhu J, Sun X, Ji C, Guo X. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2013;8(4):e61627.
- (57) Chu SY, Kim SY, Lau J, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Curtis KM. Maternal obesity and risk of stillbirth: a meta-analysis. *AmJ Obstet Gynecol* 2007;197(3):223-8.
- (58) Godfrey KM, Reynolds RM, Prescott SL, Nyirenda M, Jaddoe VVW, Eriksson JG, Broekman BFP. Influence of maternal obesity on the long-term health of off-

- spring. Lancet Diabetes Endocrinol 2017;5:53-64.
- (59) Baker JL, Michaelsen KF, Sorensen TI, Rasmussen KM. High prepregnant body mass index is associated with early termination of full and any breastfeeding in Danish women. Am J Clin Nutr 2007(86(2)):404-11.
- (60) Andersen MK, Christensen B, Obel C, Søndergaard J. Evaluation of general practitioners' assessment of overweight among children attending the five-year preventive child health examination: A cross-sectional survey. Scand J Prim Health Care 2012;30:176-82.
- (61) Sundhedsdatastyrelsen. Sygelighed og kontakt til sundhedsvæsenet. En sammenligning af sygelighed og kontaktmønstre for tre udvalgte grupper af borgere, fordelt på regioner København : Sundhedsdatastyrelsen, 2018.
- (62) Sundhedsdatastyrelsen. . Det Medicinske Fødselsregister (MFR). . Senest hentet: 9. oktober.2019. Link: <http://end2019.esundhed.dk/sundhedsregistre/MFR/Sider/MFR06A.aspx>.
- (63) Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr. 295 af 20/04/2009. Bekendtgørelse om helbredsundersøgelse af gravide København : Sundheds- og Ældreministeriet, 2009.
- (64) Bjerregaard LG, Jensen BW, Ängquist L, Osler M, Sørensen TIA, Baker JL. Change in overweight from childhood to early adulthood and risk of type 2 diabetes. N Engl J Med 2018;378:1302-12.
- (65) Jensen BW, Bjerregaard LG, Ängquist L, Gögenur I, Renehan AG, Osler M, Sørensen TIA, Baker JL. Change in weight status from childhood to early adulthood and late adulthood risk of colon cancer in men: A population-based cohort study. Int J Obes 2018;42:1797-1803.
- (66) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom København : Sundhedsstyrelsen, 2016.
- (67) Sundhedsstyrelsen. Skolesundhedsarbejde - håndbog til sundhedspersonale. 2nd. København : Sundhedsstyrelsen, 2015.
- (68) Jensen BB, Grønbæk M, Reventlov S (red). Forebyggende sundhedsarbejde. København : Munksgaard, 2018.
- (69) Hansen UM, Hempler NF, Willaing I. Erfaringsopsamling: Værktøjer og metoder til behovsvurdering København : Steno Diabetes Center Copenhagen, 2018.
- (70) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for behovsvurdering I den afklarende samtale København : Sundhedsstyrelsen, 2019.
- (71) Vallis M, Lee-Baggley D, Sampalli T, Ryer A, Ryan-Carson S, Kumanan K, Edwards L. Equipping providers with principles, knowledge and skills to successfully integrate behavior change counselling into practice: a primary healthcare framework. Public Health 2018;154:70-8.
- (72) Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet. Håndbog om forebyggelse og behandling. København : Sundhedsstyrelsen, 2018.

- (73) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelses-pakke - Fysisk aktivitet. København : Sundhedsstyrelsen, 2018.
- (74) Overgaard K, Grøntved A, Nielsen K, Dahl-Petersen IK, Aadahl M. Stillesidende adfærd – en helbredsrisiko? København : Vidensråd for Forebyggelse, 2012.
- (75) Kolotkin R. . IWQOL-Kids. Assessing the impact of weight on quality of life in children. . Senest hentet: 17. juli.2019. Link: <https://www.qualityoflifeconsulting.com/iwqol-kids.html>.
- (76) The EuroQol Research Foundation. . EQ-5D-Y. . Senest hentet: 17. juli.2019. Link: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-y-about/>.
- (77) Varni JW. . The PedsQL Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. . Senest hentet: 17. juli.2019. Link: <https://www.pedsqol.org/conditions.html>.
- (78) Bech P. . About the WHO-5. . Senest hentet: 11. oktober.2019. Link: <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/about-the-who-5/Pages/default.aspx>.
- (79) Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala N-B, Currie A, Peile E, Stranges S, Miller MA. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. Sleep 2008;31(5):1154-66.
- (80) Fatima Y, Doi SAR, Mamun AA. Sleep quality and obesity in young subjects: A meta-analysis. Obes Rev 2016;17(11):1154-66.
- (81) Bonke JP, Clark J, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, Johansen C, Møller M, Rod NH, Sjödin A Zachariae B. Søvn og Sundhed København : Vidensråd for Forebyggelse, 2015.
- (82) Robert Wood Johnson Foundation. Stress in Early Life and Childhood Obesity Risk Durham, NC : Robert Wood Johnson Foundation, 2017.
- (83) Miller AL LJ. Pathways of Association from Stress to Obesity in Early Childhood. Obesity 2018;26:1117-24.
- (84) Sundhedsstyrelsen. Elektronisk henvisning til kommunale forebyggelsestilbud. Notat. København : Sundhedsstyrelsen, 2016.
- (85) Fødevarestyrelsen. . Spis mindre sukker. . Senest hentet: 14. oktober.2019. Link: <https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad/spis-mindre-sukker/>.
- (86) Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, Peters C, Zhyzhneuskaya S, Al-Mrabeh A, Hollingsworth KG, Rodrigues AM, Rehackova L, Adamson AJ, Sniehotta FF, Mathers JC, Ross HM, McIlvenna Y, Stefanetti R, Trenell MI, Welsh P, Kean S, Ford I, McConnachie A, Sattar N, Taylor R. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. Lancet 2018;391:541-51.
- (87) Fødevarestyrelsen. Råd om mad når du er over 65 år – supplement til De officielle Kostråd Glostrup : Fødevarestyrelsen, 2016.
- (88) Kolotkin RL AJ. A systematic review of reviews: Exploring the relationship be-

tween obesity, weight loss and health-related quality of life. Clinical obesity 2017;doi: 10.1111/cob.12203.

(89) The EuroQol Research Foundation. . EQ-5D. . Senest hentet: 17. juli.2019. Link: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>.

(90) RAND. . 36-item short form survey (SF-36). . Senest hentet: 17. juli.2019. Link: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html.

(91) Kolotkin R. . IWQOL-Lite. Assessing the impact of weight on quality of life in adults. . Senest hentet: 17. juli.2019. Link: <https://www.qualityoflifeconsulting.com/iwqol-lite.html>.

(92) Scott KA, Melhorn SJ, Sakai RR. Effects of Chronic Social Stress on Obesity. Curr Obes Rep 2012;1:16-25.

(93) Tomiyama AJ. Stress and Obesity. Annu Rev Psychol 2019;70:703-18.

(94) Fødevarestyrelsen. . Gravide. . Senest hentet: 9. oktober.2019. Link: <https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/saerlige-grupper/gravide/>.

(95) Sundhedsstyrelsen. Sunde vaner før, under og efter graviditet København : Sundhedsstyrelsen, 2017.

(96) Wesnes SL eG. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A review. Int Urogynecol J 2013;24(6):889-99.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium

Bilag 2: Medlemmer i arbejdsgruppen

HØRINGSUDKAST

Bilag I: Arbejdsgruppens kommissorium

Kommissorium for Arbejdsgruppe i forbindelse med Sundhedsstyrelsens indsats overfor svær overvægt

Baggrund

Svær overvægt (fedme, BMI \geq 30) er et stigende problem på verdensplan. Det ses i alle aldersgrupper og kan have store og vidtrækkende fysiske og psykiske konsekvenser for alle uanset alder.

Ifølge Sundhedslovens § 3 er det et fælles ansvar for kommuner og regioner at etablere indsatser til borgerne vedr. forebyggelse, sundhedsfremme og behandling. Nationalt har der gennem de seneste 10 år været fokus på tilbud om livsstilsintervention til borgere med svær overvægt i både kommuner og regioner, bl.a. via satspuljemidlerne. Organisering og etablering af effektive tilbud har været og er en vanskelig opgave for kommuner og regioner, da det er et komplekst problem, og der mangler viden på området. Der er store forskelle på, hvad de enkelte kommuner og regioner tilbyder; det gælder både tilbuddenes elementer, metode og tilgang til væggtab, omfang og varighed samt målgruppe. Der er derfor behov for at videreudvikle indsatsen i samarbejde mellem myndigheder, kommuner og regioner til de borgere, børn som voksne, der er svært overvægtige.

Med udgangspunkt i dette behov har Sundhedsstyrelsen iværksat en indsats, der skal understøtte videreudviklingen af tilbud om livsstilsintervention, således det sikres, at der er ensartede tilbud af høj kvalitet i landets kommuner og regioner. Derfor er der i 2016 foretaget en kortlægning af eksisterende tilbud om livsstilsinterventioner målrettet børn og voksne med svær overvægt i kommuner og regioner. De samfunds- og sundhedsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt er belyst i en rapport om Sygdomsbyrden i Danmark udgivet 2016. I 2017/2018 skal der foretages en afdækning af evidensen vedrørende livsstilsintervention til børn og voksne med svær overvægt. Kortlægningen, udredningen og litteraturgennemgangen udgør tilsammen den baggrundsviden, der skal danne grundlag for udarbejdelsen af anbefalinger for tilbud om livsstilsintervention til børn og voksne med svær overvægt.

Formål

Formålet med indsatsen er at udarbejde anbefalinger vedr. tilbud om livsstilsintervention til børn og voksne med svær overvægt til kommuner og regioner.

Arbejdsgruppens opgaver og proces

Der nedsættes en arbejdsgruppe bestående af eksperter på området og repræsentanter fra relevante faglige selskaber, som løbende skal følge udarbejdelsen af anbefalingerne og rådgive Sundhedsstyrelsen om anbefalingernes indhold.

Arbejdsgruppen skal i første omgang rådgive Sundhedsstyrelsen ved at drøfte og kvalificere den litteraturgennemgang, der skal gennemføres for at afdække evidensen vedr. livsstilsintervention for at opnå vægtvedligeholdelse eller væggtab ved svær overvægt hos børn og voksne. Drøftelserne foregår på et arbejdsgruppemøde i Sundhedsstyrelsen den 30. august 2017.

Når litteraturgennemgangen er udarbejdet, skal arbejdsgruppens medlemmer indgå i en bredere faglig følgegruppe, som skal kvalificere og kommentere Sundhedsstyrelsens udkast til anbefalingerne. Der bliver udsendt mødeindkaldelse og kommissorium for den faglige følgegruppe i januar 2018.

Der forventes afholdt et møde i arbejdsgruppen og et møde i den faglige følgegruppe. Begge møder afholdes i Sundhedsstyrelsen. Mødedatoer fremgår af udpegningsbrevet.

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion samt udarbejdelse af anbefalingerne. Sundhedsstyrelsen udarbejder dagsorden og referat for møderne.

Arbejdsgruppens sammensætning

Sammensætningen af arbejdsgruppen skal tilgodese, at der samlet set er den fornødne faglige ekspertise til at rådgive omkring og kvalificere Sundhedsstyrelsens anbefalinger for livsstilsintervention ved svær overvægt hos børn og voksne. Arbejdsgruppen vil bestå af en repræsentant for hvert af følgende faglige selskaber og foreninger:

- Dansk Pædiatrisk Selskab
- Dansk Endokrinologisk Selskab
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Adipositasforskning
- Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
- Adipositasforeningen

Sundhedsstyrelsen kan ved behov indhente yderligere ekstern ekspertise.

Tidsplan

Sundhedsstyrelsen forventer at offentliggøre anbefalingerne medio 2018.

Bilag II: Medlemmer i arbejdsgruppen

Medlemmer af Arbejdsgruppe i forbindelse med Sundhedsstyrelsens indsats overfor svær overvægt

Adipositasforeningen

Pia Christensen, postdoc

Dansk Endokrinologisk Selskab

Jens Meldgaard Bruun, professor, overlæge, ph.d.

Dansk Pædiatrisk Selskab

Tenna Ruest Haarmark Nielsen, læge, ph.d.

Dansk Selskab for Adipositasforskning

Sigrid Bjerge Gribsholt, MD, ph.d., formand

Dansk Selskab for Almen Medicin

Rasmus Køster-Rasmussen, læge, ph.d.

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Susanne Rank Lücke, formand

Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet

Thomas Meinert Larsen, lektor, sektionsleder

Mads Vendelbo Lind, postdoc

Sundhedsstyrelsen

Tatjana Hejgaard, chefkonsulent, formand for arbejdsgruppen

Pernille Søgaard Thygesen, akademisk medarbejder (indtil juni 2018)

Lene Sønderup Olesen, fuldmægtig (fra juni 2018)

Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion.

|

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●