



SUNDHEDSSTYRELSEN



Livsstils- intervention ved svær overvægt

Anbefalinger for tilbud til børn og voksne



Livsstilsintervention ved svær overvægt
Anbefalinger for 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: 978-87-7014-250-2
Sprog: Dansk
Version: 1
Versionsdato: 10. februar 2021
Format: pdf
Design: BGRAPHIC
Foto: Worldobesity
Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Februar 2021

Indhold

1. Indledning	4
1.1 Baggrund og formål	5
1.2 Vidensgrundlag	6
1.3 Definitioner	6
1.4 Lovgrundlag	7
1.5 Læsevejledning	9
2. Sammenfatning af anbefalinger	10
2.1 Børn	11
2.2 Voksne, herunder ældre	13
2.3 Monitorering	16
3. Målgruppe og populationsanalyse	17
3.1 Målgruppe	18
3.2 Afgrænsning	19
3.3 Indsatsen over for børn i alderen 2-5 år	19
3.4 Indsatsen over for børn og voksne med tvangsoverspisning (BED)	20
3.5 Populationsanalyse	21
4. Opsporing og henvisning til tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt	23
4.1 Opsporing og henvisning af børn	24
4.2 Opsporing og henvisning af voksne, herunder ældre	25
4.3 Opsporing og henvisning af gravide	27
5. Tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt	28
5.1 Livsstilsintervention til børn	30
5.2 Livsstilsintervention til voksne, herunder ældre	36
5.3 Livsstilsintervention til gravide	41
5.4 Monitorering	42
Referencer	43
Bilag	52

1

Indledning



Disse anbefalinger vedrører tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt hos børn og voksne. Anbefalingerne er målrettet kommuner, der ønsker at kvalificere deres indsats og tilbud på området. Anbefalingerne kan anvendes af sundhedsfaglige ledere, planlæggere og sundhedspersoner, der varetager opgaver omkring borgere med svær overvægt i kommunen, på sygehuset og i almen praksis. Anbefalingerne ændrer ikke på den eksisterende opgavefordeling på området mellem kommune og region. Formålet med anbefalingerne er at formidle viden om, hvilket indhold og hvilke rammer der giver de mest effektive livsstilsinterventioner ved svær overvægt i alderen 5 år og opefter. Anbefalingerne kan bidrage til at skabe sammenhæng i indsatsen over for den enkelte borger og understøtte en ensartet praksis af høj kvalitet.

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 har 17 % af de voksne (16 år eller derover) og 3 % af de 9-13-årige svær overvægt⁽²⁾. Livsstilsintervention ved svær overvægt hos børn og voksne kan resultere i sundere vaner, vægttab, vægtvedligeholdelse eller vægttabsvedligeholdelse, færre kroniske smerter i vægtbærende led, bedre livskvalitet og trivsel samt reduceret sygelighed og dødelighed⁽³⁾. Der er således ikke tale om slankekur, men om at lægge livsstilen om til nye og sundere vaner for at opnå mere sundhed, trivsel og livskvalitet 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⁾. Ansvar for at etablere tilbud om livsstilsintervention målrettet borgere med svær overvægt er ikke entydigt placeret i kommune, region eller andre sektorer.

Igennem de senere år har mange 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 arbejdet i de mange kommuner, der har taget opgaven på sig, 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⁾. Evidensen skelner ikke mellem, om indsatsen gennemføres i kommune eller region, og det vidensgrundlag, der præsenteres, kan således anvendes i begge sektorer.

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. Anbefalingerne retter sig ikke mod kommunens prioritering af indsatser på området, herunder mellem tilbud målrettet børn eller voksne med svær overvægt. Anbefalingernes sigte er at formidle viden om indholdet i de mest effektive livsstilsinterventioner ved svær overvægt hos børn og voksne.

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. Anbefalingerne ændrer ikke på den eksisterende opgavefordeling på området mellem kommune og region.

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 fra randomiserede kontrollerede studier (RCT) i forhold til at opnå klinisk relevant effekt i form af vægttab, vægtvedligeholdelse eller en sundere vægtudvikling og bedre livskvalitet eller trivsel for den enkelte⁽³⁾. Et klinisk relevant vægttab for voksne er et vægttab på min. 5 % af udgangsvægten⁽⁷⁾. 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⁽⁸⁻¹¹⁾. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at der mangler flere RCTs om langtidseffekten af livsstilsintervention ved svær overvægt. Viden og praksiserfaringer fra arbejdsgruppens 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 snævrere aldersgrupper eller -intervaller er yderst begrænset⁽³⁾. Hvor det er relevant, og der er videnskabeligt belæg for at give særlige anbefalinger inden for 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 RCTs, heraf to danske^(12,13). 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 ≥ 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^(10,14).

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

Moderat overvægt og svær overvægt kaldes samlet for overvægt: BMI ≥ 25 .

For raske ældre (65 år eller derover) gælder de samme BMI-grænser som for andre voksne^(14,15). BMI-grænser for syge ældre bør ligge lidt højere⁽¹⁶⁾.

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⁽¹⁴⁾.

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^(17,18). 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 havende overvægt, når deres BMI-for-alder er over 90-percentilen, og som havende svær overvægt, når deres BMI er over 99-percentilen⁽¹⁷⁾.

Børn, 5-18 år

Til vurdering af børn i alderen 5-18 år anvendes i skolesundhedstjenesten kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver (ISO-BMI/IOTF), baseret på danske data, og internationale grænseværdier (ISO-BMI/IOTF)⁽¹⁹⁻²²⁾. Blandt 5-18-årige defineres overvægt som BMI over ISO-BMI/IOTF-25, og svær overvægt som BMI over ISO-BMI/IOTF-30⁽⁹⁾.

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^(8,10,17,23). 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 familier disposition for overvægt eller hjertekarsygdomme. Endelig bør allerede udviklede følgesygdomme indgå i vurderingen^(8,10).

1.3.4 Livsstilsintervention ved svær overvægt

Livsstilsintervention ved svær overvægt forstås i disse anbefalinger som en helhedsorienteret indsats med det formål, at voksne opnår et blivende væggtab eller vægtvedligeholdelse samt bedre livskvalitet og trivsel, og børn opnår en sundere vægt og en hensigtsmæssig vægtudvikling samt bedre livskvalitet og trivsel – 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 voksentilværelse, 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.

Ud over 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⁽²⁴⁾.

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. Børnedatabasen^{a)}⁽²⁵⁾.

ServiceLOVEN (LBK nr. 798 af 07/08/2019) omhandler rammer for indsatser og tilbud til grupper med særlige behov, såsom sårbare og udsatte børn og unge, ældre, psykisk syge og handicappede⁽²⁶⁾. § 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. 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. Desuden tilbydes alle borgere, der bor alene, et forebyggende hjemmebesøg i deres fyldte 70. år. 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

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

1.5 Læsevejledning

Anbefalingerne beskriver med udgangspunkt i evidensen, hvordan kommunen i samarbejde med almen praksis, sygehuse og andre 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 over for borgere med svær overvægt.

Kapitel 2 indeholder en sammenfatning af anbefalingerne.

I **kapitel 3** beskrives målgruppen og indsatsen over for 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.



2

Sammenfatning af anbefalinger



Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt (kort: livsstilsintervention) har til formål at understøtte arbejdet i de mange kommuner, der har etableret tilbud om livsstilsintervention til borgere med svær overvægt. Anbefalingerne for tilbud til børn er opsummeret i 2.1. og til voksne i 2.2. Anbefalingerne er uddybet i de efterfølgende kapitler 3, 4 og 5.

2.1 Børn

Opsporing og henvisning

- Opsporing af børn med svær overvægt er en fælles opgave for almen praksis og kommunen. Det kan fx ske i almen praksis ved 5-års-undersøgelsen eller ved andre kontakter og i skolesundhedstjenesten ved ind- og udskolingsundersøgelser og ved højde- og vægtmålingen midt i skoleforløbet. For børn, der er færdige med grundskolen, kan opsporing ligeledes ske i almen praksis.
- Hvis et 5-årigt barn har en stigende BMI-kurve i forhold til tidligere målinger og overvægt (BMI-for-alder \geq 90-percentilen), anbefales det, at almen praksis vurderer, om der er andre risikofaktorer til stede, og tilbyder barnet og familien udredning og en opfølgende indsats enten i almen praksis, i den kommunale sundhedstjenestes tilbud til børn med særlige behov eller i andre tilbud målrettet børn med svær overvægt.
- Almen praksis henviser børn videre til en børne- og ungeafdeling med henblik på udredning og evt. behandling af eventuelle følgesygdomme, hvis barnet har svær overvægt (5-årige: BMI-for-alder \geq 99-percentilen, 5-18-årige: BMI \geq ISO-BMI/IOTF-30) eller overvægt (5-årige: BMI-for-alder \geq 90-percentilen, 5-18-årige: BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25), hvor der samtidig er mistanke om kompliceret overvægt, (jf. 3.1). Barnet kan sideløbende henvises til at starte i et tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt.
- Hvis skolesundhedstjenesten opsporer et barn med overvægt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25) eller svær overvægt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-30) kan sundhedsplejersken enten selv igangsætte en indsats sammen med forældrene for at sikre barnets trivsel og sundhed eller henvise til et tilbud om livsstilsintervention, Julemærkehjem eller andet. Forældrene inddrages i vurderingen af, om og i hvilket regi der evt. igangsættes en indsats. Ved alle undersøgelser skal sundhedsplejersken vurdere, om barnets overvægt nødvendiggør henvisning til egen læge, der eventuelt kan henvise videre til en børne- og ungeafdeling.
- Når der henvises til et kommunalt forebyggelsestilbud anvendes henvisningsstandard XREF15.

Indhold i livsstilsintervention

- Et tilbud om livsstilsintervention er en helhedsorienteret indsats, som sigter mod, at børn kan opnå sundere vaner, en sundere vægt og en mere hensigtsmæssig vægtudvikling, hvor målet er at mindske sværhedsgrad af følgesygdomme samt bedre livskvalitet og trivsel.
- Et tilbud om livsstilsintervention bør som udgangspunkt bestå af elementerne kost, fysisk aktivitet, trivsel og livskvalitet, adfærdændring samt forældre/familieinvolvering. Derudover er det vigtigt at have fokus på psykosociale forhold, søvn, stillesiddende tid, passiv rygning og eventuel stress samt rygning og alkohol hos større børn.
- Alle elementer i et tilbud om livsstilsintervention og selve kontakten med det enkelte barn og familien tilrettelægges med udgangspunkt i en sundhedspædagogisk tilgang og med øje for at undgå stigmatisering.
- Indsatsen bør tilrettelægges individuelt med udgangspunkt i den bedst mulige indsats over for barnets overvægt og generelle sundhed. Indsatsen kan optimeres ved at tænke den enkeltes funktionsevne, præferencer og ressourcer, sociale situation samt psykiske behov og -reaktionsmønstre ind med henblik på, at der samtidig kan gives

relevant støtte. Der bør desuden være opmærksomhed på evt. sproglige eller kulturelle hensyn eller behov for særlige hensyn ved psykisk og/eller kronisk sygdom og/eller (kognitiv) funktionsnedsættelse.

- Der bør være en løbende vurdering af interventionens effekt. Hvis interventionen ikke virker efter hensigten, justeres interventionen herefter. Hvis barnet har stigende grad af overvægt med/uden følgesygdomme, bør indsatsen revurderes i forhold til, om den er tilstrækkelig, 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.

Format, omfang og varighed

- Det anbefales, at elementerne kost, fysisk aktivitet og adfærdsændring tilbydes i grupper, at familierelaterede og individfølsomme emner foregår individbaseret, og at elementet trivsel og livskvalitet indgår som et gennemgående tema. Det anbefales, at den første samtale foregår individuelt, kun med barnet og forældrene, (jf. 5.1.1). Den konkrete beslutning om henholdsvis gruppe- eller individuelle indsatser foregår i forbindelse med den første samtale baseret på bl.a. barnets behov og præferencer. I forbindelse med den første samtale vurderes desuden, hvorvidt barnet vil have gavn af individuelle samtaler uden forældre og andre børn.
- Det anbefales, at livsstilsintervention ved svær overvægt har en varighed på 12 måneder.
- Det anbefales, at barnet i den samlede intervention har minimum 26 timers kontakt, inklusiv konfrontationstid, med sundhedsprofessionelle eller fagpersoner. Det er vist, at jo flere timer og jo flere sessioner det enkelte barn tilbydes i løbet af de anbefalede 12 måneders intervention, des bedre vægtudvikling.
- 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 diættejledning, fysisk aktivitet og støtte til adfærdsændring.
- Varigheden af hver session bør minimum være 10 minutter og i øvrigt tilpasses indholdet i den enkelte session, så den nødvendige tid til gennemførelse af hvert element i interventionen bliver afsat.
- Sessionerne bør foregå ansigt-til-ansigt, mens digital eller telefonisk kontakt kan bruges som understøttende værktøj, hvis der er behov for det i forhold til motivation og fastholdelse.

Afslutning og opfølgning

- Efter endt intervention vurderes barnets vægtudvikling (BMI-z-score), trivsel og vaner med henblik på at beslutte, om barnet skal tilbydes at fortsætte i en videre intervention eller afsluttes.
- Der bør være mulighed for, at barnet kan modtage et nyt tilbud om livsstilsintervention, hvis barnet efter afsluttet intervention igen begynder at øge graden af overvægt (øget BMI-z-score), eller der opstår mistanke om følgesygdomme. Det nye tilbud tager afsæt i erfaringerne fra det afsluttede tilbud.
- Når tilbuddet har været kommunalt, anbefales det, at der sker en elektronisk tilbagemelding fra kommunen til almen praksis efter afslutning af et tilbud om livsstilsintervention ved brug af MedComs kommuneafslutningsnotat XDIS15.
- Opfølgning efter gennemført intervention bør aftales som en del af afslutningen på et tilbud og tilbydes senest 12 måneder efter afslutning. 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.

Kompetencer

- Tilbud om livsstilsintervention til børn kan varetages af sundhedspersoner med forskellige sundhedsfaglige kompetencer og bør inddrage sundhedspersoner med forskellige kompetencer.
- Kostelementet bør varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en professionsbachelor i ernæring og sundhed inden for Sundhedsfremme og diætetik med toningen Sundhedsfremme og forebyggelse eller med toningen Klinisk diætetik. Har barnet samtidig en kronisk sygdom og/eller komplekse diætetiske problemer, skal kostelementet varetages af en fagperson med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist.
- Sundhedspersoner bør desuden have viden om overvægt og vægtudvikling hos børn.
- Elementet fysisk aktivitet bør varetages af sundhedsprofessionelle med 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. Varetages elementet af frivillige, skal de have specifik viden om fysisk aktivitet for børn med svær overvægt, fx ved at have gennemgået relevant instruktøruddannelse for frivillige ved fagligt kvalificeret personale.
- Viden om og brug af sundhedspædagogiske kompetencer inden for vidensformidling, dialog, aktiv træning, erfaringsudveksling i grupper, gruppehåndtering og gruppedynamik er en forudsætning for et tilbud med god effekt.
- Den sundhedsprofessionelle bør have kompetencer til at skabe tillid og danne relationer mellem sig selv og barnet/familien og de deltagende børn og familier imellem. Hertil kommer kompetencer til at motivere til aktiv deltagelse og fastholdelse af de opnåede adfærdsændringer.

2.2 Voksne, herunder ældre

Opsporing og henvisning

- I almen praksis bør både praksispersonale og den praktiserende læge være opmærksomme på svær overvægt hos patienten. Den praktiserende læge bør tilbyde at tale om vægt og kropssammensætning med patienten og om patientens tanker omkring dette, hvis patienten selv bringer sin vægt på bane, eller hvis patientens konsultation er relateret til svær overvægt eller følgetilstande til svær overvægt, (jf. 3.1).
- Hvis den praktiserende læge ud fra en sundhedsfaglig vurdering af patientens funktionsevne og helbredsforhold skønner, at patienten vil have gavn af en livsstilsintervention ved svær overvægt, tilbydes patienten et forløb i et etableret tilbud enten hos den praktiserende læge selv, i bopælskommunen eller på et sygehus.
- På sygehuset bør sundhedspersonalet 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.
- I kommunalt regi vil det være de sundhedsfagligt uddannede medarbejdere i sundhedscenteret, der opsporer borgere med svær overvægt med henblik på en vurdering af, om borgeren har behov for et tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt. Opsporingen består her i en samtale, hvor borgeren bliver gjort opmærksom på tilbud og muligheder for at få hjælp og støtte til vægttab eller nye vaner. Samtalen skal kun finde sted, hvis der er en naturlig anledning til at tale om vægten, og kun hvis borgeren selv bringer sin vægt på bane eller er åben over for at tale om den.
- På plejecentre, i hjemmeplejen, i hjemmesygeplejen og i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg kan sundhedsfagligt uddannede medarbejdere i kontakt med ældre borgere, når der er en naturlig anledning til at tale om vægten, spørge ind til den ældres vægt og vægtudvikling eller endnu bedre tilbyde vejning. Vejning tilbydes i

forvejen i forbindelse med opsporing af uplanlagt vægttab. Samtalen skal kun finde sted, hvis borgeren selv bringer sin vægt på bane eller er åben over for at tale om den. Hvis det vurderes, at borgeren vil have gavn af et tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt, og borgeren ønsker det, henvises til relevante tilbud.

- Ved mistanke om følgesygdomme eller -tilstande til overvægten opfordrer medarbejdere i kommunens sundhedscenter, plejecenter, hjemmepleje eller hjemmesygepleje borgeren til at tage kontakt til egen læge med henblik på yderligere udredning.
- Gravide med svær overvægt tilbydes rådgivning i almen praksis og ved jordemoder med henblik på at begrænse vægtøgningen under graviditeten. Rådgivningen har fokus på kostomlægning og fysisk aktivitet. Gravide kan henvises til et tilbud om livsstilsintervention med henblik på yderligere støtte til at opnå sunde mad-, måltids- og fysisk aktivitetsvaner samt støtte til adfærdsændring. Målet med interventionen er ikke vægttab, men begrænset vægtøgning.
- Alle aktører bør have kendskab til lokale tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt. Praksispersonale i almen praksis bør desuden kende til eksisterende regionale tilbud, herunder til specialiseret behandling, medicinsk eller kirurgisk, som findes på sygehus.
- Når der henvises til et kommunalt forebyggelsestilbud anvendes henvisningsstandard XREF15.

Indhold i livsstilsintervention

- Et tilbud om livsstilsintervention er en helhedsorienteret indsats, som sigter mod, at den enkelte kan opnå sundere vaner og efter behov vægttab, vægtvedligeholdelse eller vægttabsvedligeholdelse, hvor målet er at mindske sværhedsgrad af allerede eksisterende følgesygdomme, bedre livskvalitet og trivsel, færre kroniske smerter i vægtbærende led samt reduceret risiko for følgesygdom og for tidlig død.
- Et tilbud om livsstilsintervention bør som udgangspunkt bestå af elementerne kost, fysisk aktivitet, trivsel og livskvalitet, adfærdsændring samt eventuelt partnerinvolvering. Derudover er det vigtigt at have fokus på psykosociale forhold, søvn, stillesiddende tid, eventuel stress, rygning og alkohol.
- Alle elementer i et tilbud om livsstilsintervention og selve kontakten med borgeren tilrettelægges med udgangspunkt i en sundhedspædagogisk tilgang og med øje for at undgå stigmatisering.
- Indsatsen bør tilrettelægges individuelt med udgangspunkt i den bedst mulige indsats over for borgerens overvægt og generelle sundhed. 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. Der bør desuden være opmærksomhed på evt. sproglige eller kulturelle hensyn eller behov for særlige hensyn ved psykisk og/eller kronisk sygdom og/eller (kognitiv) funktionsnedsættelse.
- Der bør være en løbende vurdering af interventionens effekt. Hvis interventionen ikke virker efter hensigten, justeres interventionen herefter. I tilfælde med stigende grad af overvægt med/uden følgesygdomme, bør indsatsen revurderes i forhold til, om den er tilstrækkelig, om der er flere ting, man selv kan tilbyde, eller om borgeren bør opfordres til at søge egen læge med henblik på henvisning til andet eventuelt specialiseret behandlingssted.

Format, omfang og varighed

- Det anbefales, at elementerne kost, fysisk aktivitet og adfærdsændring tilbydes i grupper, at familierelaterede og individfølsomme emner foregår individbaseret, og at elementet trivsel og livskvalitet indgår som et gennemgående tema. Det anbefales, at den første samtale foregår individuelt. Den konkrete beslutning om henholdsvis gruppe- eller individuelle indsatser foregår i den første samtale med borgeren baseret på bl.a. borgerens behov og præferencer.
- Det anbefales, at livsstilsintervention ved svær overvægt har en varighed på 12 måneder.
- Det er vist, at jo flere sessioner den enkelte tilbydes i løbet af de anbefalede 12 måneders intervention, des større effekt på væggtab og reduceret risiko for type 2-diabetes. Det anbefales, at den enkelte i den samlede intervention har minimum 26 timers kontakt, inklusiv konfrontationstid, med sundhedsprofessionelle eller fagpersoner, idet det største væggtab ses her.
- 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.
- Varigheden af hver session bør minimum være 10 minutter og i øvrigt tilpasses indholdet i den enkelte session, så den nødvendige tid til gennemførelse af hvert element i interventionen bliver afsat.
- Sessionerne bør foregå ansigt-til-ansigt, mens digital eller telefonisk kontakt kan bruges som understøttende værktøj, hvis der er behov for det i forhold til motivation og fastholdelse.

Afslutning og opfølgning

- Efter endt intervention vurderes effekten af interventionen i forhold til vægt (BMI), trivsel og vaner med henblik på at beslutte, om borgeren skal tilbydes at fortsætte i en videre intervention eller afsluttes.
- Der bør være mulighed for at modtage et nyt tilbud om livsstilsintervention, hvis borgeren efter afsluttet intervention igen begynder at øge vægten (stigende BMI), eller der opstår mistanke om følgesygdomme. Det nye tilbud tager afsæt i erfaringerne fra det afsluttede tilbud.
- Når tilbuddet har været kommunalt, anbefales det, at der sker en elektronisk tilbagemelding fra kommunen til almen praksis efter afslutning af et tilbud om livsstilsintervention ved brug af MedComs kommuneafslutningsnotat XDIS15.
- Opfølgning efter gennemført intervention bør aftales som en del af afslutningen på et tilbud og tilbydes senest 12 måneder efter afslutning. Opfølgningen skal bidrage til at fastholde de nye vaner, herunder fysisk aktivitets-, mad- og måltidsvaner, og til at revurdere, om borgeren har behov for et nyt tilbud om livsstilsintervention.

Kompetencer

- Tilbud om livsstilsintervention til voksne kan varetages af sundhedspersoner med forskellige sundhedsfaglige kompetencer og bør inddrage sundhedspersoner med forskellige kompetencer.
- Kostelementet bør varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en professionsbachelor i ernæring og sundhed inden for Sundhedsfremme og diætetik med toningen Sundhedsfremme og forebyggelse eller med toningen Klinisk diætetik. Har borgeren samtidig en kronisk sygdom og/eller komplekse diætetiske problemer, skal kostelementet varetages af en fagperson med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist.

- Sundhedspersoner bør desuden have viden om overvægt og vægtudvikling hos voksne.
- Elementet fysisk aktivitet bør varetages af sundhedsprofessionelle med 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. Varetages elementet af frivillige, skal de have specifik viden om fysisk aktivitet for borgere med svær overvægt, fx ved at have gennemført relevant instruktøruddannelse for frivillige ved fagligt kvalificeret personale.
- Viden om og brug af sundhedspædagogiske kompetencer inden for vidensformidling, dialog, aktiv træning, erfaringsudveksling i grupper, gruppehåndtering og gruppedynamik er en forudsætning for et tilbud med god effekt.
- Den sundhedsprofessionelle bør have kompetencer til at skabe tillid og danne relationer mellem sig selv og deltagerne og deltagerne imellem. Hertil kommer kompetencer til at motivere til aktiv deltagelse og fastholdelse af de opnåede adfærdsændringer.

2.3 Monitorering

- Det anbefales at monitorere tilbud om livsstilsintervention løbende med henblik på at skabe grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling af interventionen, så borgere tilbydes den bedst mulige indsats.
- Der bør benyttes få og relevante proces- og/eller resultatindikatorer.
- Der bør ske opfølgning efter seks måneder og 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.

3

Målgruppe og populations- analyse



3.1 Målgruppe

Målgruppen for anbefalingerne er børn i alderen 5-18 år og voksne (over 18 år, herunder ældre uden geriatriske problemstillinger^b) 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, 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 over for børn i alderen 2-5 år. Indsatsen over for 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 børne- og ungeafdeling 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^(8,9,11).

Mistanke om kompliceret overvægt hos børn findes ved^(9,11):

- Mistanke om specifik medicinsk årsag til overvægten
- Mistanke om syndrom, herunder dyskrine træk
- Vigende højdetilvækst (enten højere eller lavere end forventet)
- Forsinket psykomotorisk udvikling
- Mistanke om spiseforstyrrelse, fx persisterende overspisning (Binge Eating Disorder, BED) og søgen efter mad (se desuden 3.4)
- Hastigt stigende BMI
- Mistanke om komplikationer forårsaget af overvægten (fx forhøjet blodtryk, dyslipidæmi, forhøjede levertal, diabetes, prædiabetes, pseudotumor cerebri, polycystisk ovariesyndrom, tidligt indsættende pubertet, synsforstyrrelser, hovedpine, epifysiolyse eller obstruktiv søvnapnø)
- Samtidig familiær disposition til to eller flere af diagnoserne type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, dyslipidæmi, metabolisk syndrom, hjertekarsygdom og svær overvægt.

Ved alle undersøgelser skal sundhedsplejersken være opmærksom på at vurdere, om der er indikationer for at henvise barnet til egen læge, der eventuelt kan henvise videre til en børne- og ungeafdeling, jf. § 8, stk. 3 i Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge og § 122 i Sundhedsloven^(5,8,9,24,28). Den praktiserende læge henviser til børne- og ungeafdeling efter samme kriterier. Henvielse til udredning på en børne- og ungeafdeling kan ske sideløbende med opstart i et tilbud om livsstilsintervention.

Ved mistanke om spiseforstyrrelse hos børn, fx persisterende overspisning (tvangs-overspisning) og søgen efter mad, håndteres dette i henhold til 3.4.

b Den geriatriske patient kan ikke afgrænses på enkelt diagnoser, men omfatter ældre patienter med flere samtidige sygdomme, polyfarmaci, aldersforandringer og påvirket funktionsevne. Størstedelen af de geriatriske patienter er over 70 år (27).

3.2 Afgrænsning

Anbefalingerne vedrører tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt, jf. 3.1. Anbefalingerne omfatter ikke kirurgisk eller farmakologisk behandling af svær overvægt. Voksne med spiseforstyrrelser, herunder BED, har behov for et andet tilbud end ovennævnte livsstilsintervention ved svær overvægt. Voksne med spiseforstyrrelser er derfor ikke en del af målgruppen, men beskrives kort i afsnit 3.4. Se desuden 5. 5.1.1 og 5.2.1. Det bemærkes, at det for børn ikke er vist, at livsstilsintervention ved svær overvægt øger risikoen for at udvikle BED, jf. 3.4⁽²⁹⁾.

3.3 Indsatsen over for børn i alderen 2-5 år

Vægt og vækst hos et barn 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 en tidlig alder har en uhensigtsmæssig vægtudvikling og udvikler svær overvægt som 3-årige, vil også have moderat eller svær overvægt som unge. Blandt unge med svær overvægt har den største stigning i BMI generelt fundet sted, da de var i alderen 2-6 år⁽³⁰⁾. I Danmark har vi ikke landsdækkende data for førskolebørn, men data fra to fødselskohorter har vist, at omkring 10 % af både de 3- og de 5-årige havde moderat eller svær overvægt⁽³¹⁾. Samme data viste en stærk sammenhæng mellem moderat overvægt i 3-års-alderen og svær overvægt i 5-års-alderen, hvilket peger på behovet for at være opmærksom på udviklingen i BMI i en tidlig alder^(31,32).

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⁽²⁹⁾. 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^(5,24). Børn med moderat og svær overvægt hører til denne gruppe, og der bør være særlig opmærksomhed omkring børn af forældre med overvægt⁽²⁴⁾.

For børn med moderat 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^(33,34). 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⁽³⁵⁾.

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^(5,24,36).

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.

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⁽²⁴⁾. 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 over for 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 sundhedsydelser for børn og unge og § 122 i Sundhedsloven^(5,24).

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 børne- og ungeafdeling for yderligere udredning og andre indsatser, end det er muligt at tilbyde i primær sektor^(17,36).

3.4 Indsatsen over for børn og voksne med tvangsoverspisning (BED)

Børn og voksne med en spiseforstyrrelse har et så kompliceret forhold til mad, spisning, vægt og krop, at det defineres som en sygdom. De har et kritisk syn på kroppen med stor optagethed af kroppens vægt, størrelse og form, som ofte følges af en følelse af at have svær overvægt og en stor frygt for vægtstigning, også i tilfælde hvor personen har undervægt eller normalvægt⁽³⁷⁾.

Tvangsoverspisning, BED (Binge Eating Disorder) er en udbredt spiseforstyrrelse, med alvorlige psykiske, fysiske og sociale konsekvenser. Der findes kun sparsom viden om forekomsten af BED, særligt blandt børn. Baseret på internationale data anslås det, at BED forekommer hos 2-3 % af befolkningen, svarende til 40.000-50.000 danskere i alderen 15-45 år, hvor ca. 1/3 er mænd⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. Debutalderen er typisk 20-40-årsalderen. Patientgruppen er generelt længere om at henvende sig til behandlingssystemet end patienter med andre spiseforstyrrelser og har ofte levet med spiseforstyrrelsen i ganske mange år⁽³⁸⁾.

BED kategoriseres i det nuværende diagnosekodesystem (ICD-10) under kategorien "Andre spiseforstyrrelser", da den ikke er defineret for sig selv i ICD-10, men er en selvstændig diagnose i DSM-5 og ICD-11^(41,42). Kernesymptomet ved BED er, ligesom ved bulimi, overspisningsepisoderne, hvor der spises en stor mængde mad inden for et kort tidsrum, ledsaget af en følelse af kontroltab. I DSM-5 defineres BED ved, at man overspiser mindst én gang om ugen over en periode på 3 måneder. Modsat ved bulimi er der ved BED ikke regelmæssig tilbagevendende kompenserende adfærd, som fx opkastning eller overdreven fysisk aktivitet. Derudover er det et diagnostisk kriterie, at overspisningsepisoderne har tre eller flere af følgende karakteristika: Spiser hurtigere end normalt, spiser til man er ubehageligt mæt, spiser uden at være sulten, spiser alene, fordi man er flov over, hvor meget man spiser, eller at man efterfølgende har skamfølelse/skyldfølelse eller føler væmmelse ved sig selv. Derudover skal der være frustration/lidelse forbundet med episoderne, (hvilket også typisk ses ved bulimi, men ikke er et diagnostisk kriterie). Ved BED ses de psykologiske symptomer med optagethed af vægt og figur mm., men typisk i mindre grad end ved anoreksi og bulimi.

En mindre del med BED har normalvægt, og godt 2/3 har moderat eller svær overvægt. Andelen med overvægt stiger med alder og sygdomsvarighed⁽⁴³⁾.

Ved mistanke om en spiseforstyrrelse, fx BED, foretager egen læge en indledende vurdering med henblik på eventuelt at iværksætte en indsats over for spiseforstyrrelsen 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^(44,45).

Hvis egen læge vurderer, at symptomerne er af en sådan karakter og sværhedsgrad, eller komorbiditet tilsiger, at de kræver en specialiseret behandlingsindsats, viderehenvises til den regionale psykiatri^(46,47).

3.5 Populationsanalyse

Årsagerne til udvikling af overvægt er komplekse og omfatter både individuelle og samfundsmæssige forhold. Overvægt er ophobning af for meget fedt i kroppen og er typisk et resultat af længere tids større energiindtag end energiforbrug^(2,15). Tendensen til at udvikle overvægt varierer fra person til person og afhænger 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^(1,15).

Stigmatisering af børn og voksne med overvægt og svær overvægt finder sted bredt i samfundet^(15,48-52). Da udviklingen af overvægt og svær overvægt er et resultat af en række individuelle (genetiske, fysiologiske og adfældsrelaterede) og samfundsmæssige (fx prisen på og tilgængeligheden af sunde/usunde mad- og drikkevarer, næringsstofindholdet i mad- og drikkevarer, portions- og emballagestørrelse, rammerne for stillesiddende adfærd og deltagelse i fysisk aktivitet, diskrimination og stigmatisering) faktorer, er der behov for en bred og åben debat om stigmatisering og en målrettet indsats for at udbrede forståelsen af, at udviklingen af svær overvægt er et samfundsmæssigt problem, der fordrer samfundsmæssige løsninger, og ikke alene er et individuelt anliggende og den enkeltes ansvar^(1,15,53-55).

3.5.1 Karakteristika

I Danmark har omkring hver sjette (17 %) mand og kvinde et BMI \geq 30, hvilket svarer til, at omkring 800.000 voksne lever med svær overvægt^(2,56,57). Blandt børn har 3 % af de 6-8-årige, 3 % af de 9-13-årige og 4 % af de 14-16-årige svær overvægt^(2,58). Det svarer til, at omkring 22.000 børn i skolealderen har svær overvægt^(58,59).

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⁽⁵⁶⁾. I aldersgruppen 65-75 år har 27 % af mændene og 20 % af kvinderne svær overvægt⁽⁶⁰⁾. Andelen af ældre med svær overvægt er ikke så høj blandt ældre, der modtager hjemmepleje eller bor på plejecentre, som blandt raske ældre i eget hjem⁽⁶⁰⁾. 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⁽⁵⁸⁾.

Der ses generelt en høj grad af ulighed i forekomsten af svær overvægt⁽⁶¹⁾. Det gælder også i Danmark, hvor der er flere voksne med lavere indkomst og voksne på overførselsindkomst med svær overvægt⁽⁶²⁾. 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 voksne, der er førtidspensionerede, 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⁽⁵⁶⁾. 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^(63,64).

Svær overvægt øger risikoen for tidlig død og en lang række sygdomme jf. 3.5.2. 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^(65,66). 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 (omfatter for sekundærsektoren både somatiske og psykiatriske kontakter) 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⁽⁶⁶⁾.

Mobning, diskrimination og stigmatisering af børn og voksne med svær overvægt har alvorlige psykosociale og fysiske konsekvenser for den enkelte. Diskrimination finder sted bredt i samfundet, både i sundhedsvæsenet, privatlivet, uddannelsessystemet, arbejdslivet og medierne^(15,48-52). Et engelsk studie har vist, at omkring 19 % af voksne med svær overvægt har oplevet stigmatisering på grund af deres vægt⁽⁵¹⁾. Desuden kan stigmatisering i sig selv bidrage til udvikling af overvægt⁽⁵²⁾.

3.5.2 Komplikationer

Overvægt er sundhedsskadelig, og de helbredsmæssige konsekvenser stiger med graden af overvægt^(10,67).

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, smerter generelt, ledsmerter i vægtbærende led, psykiske problemer, reproduktionsproblemer og forringet livskvalitet^(2,10,15,68,69). Svær overvægt er desuden den største risikofaktor for at udvikle multisygdom⁽⁷⁰⁾. Hos ældre har svær overvægt alvorlige konsekvenser for funktionsevne, helbred og livskvalitet⁽¹⁵⁾. Hos børnene selv fylder psykosociale problemer, som fx mobning og lavere livskvalitet, meget, men også fysiske komplikationer, som fx type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, søvnapnø og fedtlever, ses allerede i barndommen^(2,71,72).

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^(73,74). For barnet ses øget risiko for høj fødselsvægt, fosterdød og indlæggelse på børne- og ungeafdeling 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⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾. Mødre med overvægt oplever desuden oftere problemer med opstart og vedligeholdelse af amning⁽⁷⁸⁾.

4

Opsporing og henvisning til tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt



Opsporing har til formål at identificere børn og voksne med svær overvægt med henblik på at tilbyde en indsats til barnet og familien eller til den voksne, herunder et tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt. I kommunens plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje og sundhedscenter er opsporing en samtale ved sundhedsfagligt uddannede medarbejdere, hvor borgeren gøres opmærksom på tilbud og muligheder for at få hjælp og støtte til nye vaner eller vægttab. Samtalen skal kun finde sted, hvis der er en naturlig anledning til at tale om vægten, og kun hvis borgeren selv bringer sin vægt på bane eller er åben over for at tale om den.

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 skolesundhedstjenesten, hvor alle børn tilbydes ind- og udskolingsundersøgelser, jf. §§ 9-10 i bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge^(5,24). 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^{c (25)}. For børn, der er færdige med grundskolen, kan opsporing ligeledes ske i almen praksis.

Såfremt almen praksis i forbindelse med 5-års-undersøgelsen eller andre kontakter 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 børne- og ungeafdeling med henblik på udredning og evt. behandling af eventuelle følgesygdomme^(9,17,36). Barnet kan sideløbende henvises til at starte i et tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt. Et barn med overvægt (BMI-for-alder \geq 90-percentilen) og samtidig stigende BMI-kurve 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-kurven er på vej ned i udvikling mod normal vægt eller på vej op i udvikling mod yderligere svær overvægt^(8,17). Et barn, hvis kurve er på vej ned, kan følges af skolesundhedstjenesten, hvor man fortsat vurderer barnets BMI og vægtudvikling. Hvis barnets kurve er på vej op, bør lægen vurdere, om der er andre risikofaktorer til stede, og tilbyde barnet og familien udredning og en opfølgende indsats^(8,17,36). Ved mistanke om en spiseforstyrrelse, fx (BED), 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⁽³⁶⁾.

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 for 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 haft overvægt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25)⁽²⁴⁾. Såfremt højde- og vægtmåling med efterfølgende BMI-udregninger viser, at et barn har udviklet overvægt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25) eller svær overvægt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-30), skal sundhedsplejersken inddrage forældrene i en samtale om overvægten, arbejde med relationen til barnet og familien, bevare objektiviteten, samt informere, motivere og fastholde forældrene i, 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 forebyg-

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

gende sundhedsydelse for børn og unge^(7,24). I andre tilfælde henvises til kommunale forebyggelsestilbud, Julemærkehjem eller andet. Ved henvisning til kommunale forebyggelsestilbud anvendes henvisningsstandard XREF15⁽⁷⁹⁾. Kun egen læge kan henvises til tilbud for børn med svær overvægt på sygehusets børne- og ungeafdeling, med mindre kommunen har indgået en særlig aftale med regionen^(8,36). Ved henvisning til Julemærkehjem er det vigtigt, at kommunen samarbejder med Julemærkehjemmet om en koordineret og sammenhængende indsats for barnet^{d (80)}.

Børn og unge med moderat 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^(24,28). Omfanget af den særlige indsats bestemmes af den enkelte kommune. Hvis barnet tidligere har haft overvægt (BMI \geq ISO-BMI/IOTF-25), skal barnet tilbydes en opfølgende kontakt for at vurdere barnets nuværende vægtstatus og vægtudviklingen siden sidste kontakt, jf. § 12 i bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge⁽²⁴⁾. Det er i den forbindelse vigtigt ikke blot at se på barnet, men nødvendigt også at måle højde og vægt samt beregne BMI⁽⁶¹⁾. Hvis sundhedsplejersken og familien i fællesskab har vurderet, at en anden instans end skolesundhedstjenesten 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"⁽⁸⁾.

4.2 Opsporing og henvisning af voksne, herunder ældre

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 henvises til tilbud om livsstilsintervention. Det vurderes, at almen praksis ser omkring 85 % af de 17 % af den voksne del af befolkningen, der har svær overvægt^(56,82). Samtidig er 87 % af danskerne enige eller overvejende enige i, at den praktiserende læge bør tale om overvægt med deres patienter⁽⁸³⁾. En undersøgelse i 11 lande viser, at 68 % med svær overvægt gerne vil have, at deres primære sundhedspersonale indleder en samtale om vægt, mens 3% ville føle sig stødt over sådan en samtale⁽⁸⁴⁾. Den praktiserende læge bør tilbyde at 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 eller følgetilstande til svær overvægt. Læge og praksispersonale bør i samtalen være opmærksomme på at være ikke-dømmende i deres tilgang og at anvende et ikke-stigmatiserende sprog⁽²⁾. Ved mistanke om følgesygdomme til svær overvægt, som fx type 2-diabetes, hjertekarsygdom, knæartrose eller søvnapnø, udræder lægen for dette og påbegynder behandling ved behov i overensstemmelse med gældende retningslinjer for den pågældende følgesygdom. Ved mistanke om en eventuel spiseforstyrrelse, fx 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 henvises til eksisterende tilbud om livsstilsintervention ved svær over-

d I referencen indgår model for samarbejdet mellem kommune og Julemærkehjem.

vægt i patientens bopælskommune og på sygehuse. Ved henvisning til kommunale forebyggelsestilbud anvendes henvisningsstandarden XREF15⁽⁷⁹⁾. I tilfælde af behov for specialiseret behandling, medicinsk eller kirurgisk, som findes på sygehuset, bør lægen desuden kende til dette.

I kommunalt regi vil det være de sundhedsfagligt uddannede medarbejdere i kommunen, fx i sundhedscenteret, der opsporer voksne med svær overvægt med henblik på en vurdering af, om borgeren har behov for et tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt. Opsporingen består her i en samtale, hvor borgeren bliver gjort opmærksom på tilbud og muligheder for at få hjælp og støtte til vægttab eller nye vaner. Samtalen skal kun finde sted, hvis der er en naturlig anledning til at tale om vægten, og kun hvis borgeren selv bringer sin vægt på bane eller er åben over for at tale om den. 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⁽²⁾. Medarbejderne bør i samtalen være opmærksomme på at være ikke-dømmende i deres tilgang og at anvende et ikke-stigmatiserende sprog⁽²⁾.

For at udbrede kendskabet til de tilbud, som kommunen har til voksne med svær overvægt, fx blandt praktiserende læger, bør kommunen have let tilgængelig og opdateret information om kommunale og evt. regionale tilbud til voksne med svær overvægt, der både kan anvendes af borgere og fagpersoner. Informationen kan indeholde henvisningskriterier og fx vises på kommunens hjemmeside, i sundhedscentret, på relevante sundhedsportaler, som fx Sundhedstilbud (SOFT-portalen) på www.sundhed.dk og via apoteket. Øget kendskab til relevante tilbud kan også opnås ved inddragelse af praksiskonsulent.

På sygehuset bør sundhedspersonalet 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. Ved henvisning til kommunale forebyggelsestilbud anvendes henvisningsstandarder XREF15⁽⁷⁹⁾. For indlagte patienter bør dette ske senest på udskrivningstidspunktet.

4.2.1 Yderligere opsporing og henvisning af ældre

Det anbefales desuden, at medarbejdere på plejecentre, i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen opsporer ældre med svær overvægt. For at gøre dette kan sundhedsfagligt uddannede medarbejdere i kontakt med ældre borgere, når der er en naturlig anledning til at tale om vægten, spørge ind til den ældres vægt og vægtudvikling, eller endnu bedre tilbyde vejning. Vejning tilbydes i forvejen i forbindelse med vurdering af uplanlagt vægttab^(85,86). Samtalen skal kun finde sted, hvis borgeren selv bringer sin vægt på bane eller er åben over for at tale om den. Medarbejderne bør i samtalen være opmærksomme på at være ikke-dømmende i deres tilgang og at anvende et ikke-stigmatiserende sprog⁽²⁾. Opsporing kan ligeledes ske ved sundhedsfagligt uddannede medarbejders kontakt med ældre under de forebyggende hjemmebesøg, ved visitation til forskellige former for hjælp eller i forbindelse med fysioterapi, ergoterapi eller omsorgsstandpleje^(2,87). 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⁾. En medarbejder, der ikke er sundhedsfagligt uddannet, bør i samme situationer i stedet for opsporing opfordre den ældre til at kontakte kommunen, fx sundhedscenteret, med henblik på vurdering af, om borgeren har behov for et tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt. Ved ældre med svær overvægt skal eventuelle fordele og ulemper ved en energireduceret kost nøje afvejes, da det fx er vigtigt at forebygge tab af muskelmasse og deraf følgende nedsat funktionsevne⁽⁸⁸⁾. Hvis det ud fra borgers funktionsevne, eventuelle geriatriske problemstillinger (jf. 3.1, fodnote b) og helbredsforhold vurderes, at borgeren vil have gavn af et tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt, og borgeren ønsker det, henvises til relevante tilbud, jf. 4.2⁽⁸⁸⁾.

4.3 Opsporing og henvisning af gravide

4.3.1 Før graviditet

Da overvægt og svær 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 eller svær overvægt vægttab og regelmæssig fysisk aktivitet ved moderat intensitet.

Der bør derfor være fokus på at opspore og henvise unge kvinder med overvægt eller 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)⁽⁸⁹⁾. 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 svangerskabs-hygijne 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⁽⁹⁰⁾. 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 mad- og måltids samt fysisk aktivitetsvaner gennem graviditeten.

Under graviditeten tilbydes gravide med overvægt eller 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⁽⁹¹⁾. 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
livsstils-
intervention ved
svær overvægt



Svær overvægt kan have helbredsmæssige konsekvenser og er fx associeret med forøget risiko for at udvikle hjertekarsygdom, søvnapnø, type 2-diabetes, flere former for kræft og psykosociale problemer^(1,2,68,69). Nyere epidemiologiske studier og randomiserede kontrollerede studier har vist, at der kan opnås en sundhedsfremmende effekt, hvis graden af overvægt reduceres^(92,93). Livsstilsintervention kan medvirke til vægttab og vægtvedligeholdelse hos voksne, en sundere vægt og mere hensigtsmæssig vægtudvikling hos børn, mindske risikoen for at udvikle følgesygdomme til svær overvægt, mindske sværhedsgraden af allerede eksisterende følgesygdomme og forbedre den psykiske helbredstilstand ved svær overvægt^(3,94-98). 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^(4,91).

Der er evidens for, at et tilbud om livsstilsintervention som udgangspunkt bør bestå af elementerne kost, fysisk aktivitet, trivsel og livskvalitet samt adfærdændring og for børn forældre/familieinvolvering, så der er tale om en helhedsorienteret indsats⁽³⁾. For voksne kan det være relevant at invitere til, at ægtefælle eller samlever inddrages. I tilbud til både børn og voksne er det desuden vigtigt at have fokus på søvnlængde og -kvalitet, stillesiddende tid og eventuel stress samt alkohol og rygning hos større børn og voksne. For gravide med svær overvægt kan fysisk aktivitet medvirke til mindre vægtøgning og nedsætte risikoen for at føde et barn med en fødselsvægt over 4000 g⁽⁹⁹⁾. Man skal dog 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^(3,100). Tilbud om livsstilsintervention og selve kontakten med den enkelte borger bør tilrettelægges med udgangspunkt i en sundhedspædagogisk tilgang og med øje for at undgå stigmatisering⁽¹⁰⁰⁻¹⁰³⁾. Medarbejderne bør i den sammenhæng være opmærksomme på at være ikke-dømmende i deres tilgang og at anvende et ikke-stigmatiserende sprog^(2,51).

Tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt 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 en mere hensigtsmæssig vægtudvikling hos børn
- Bedre livskvalitet og trivsel
- Færre kroniske smerter i vægtbærende led
- Mindsket sværhedsgrad af allerede eksisterende følgesygdomme
- Reduceret risiko for følgesygdomme og for tidlig død

Tilbud om livsstilsintervention bør tilrettelægges individuelt og tage udgangspunkt i den bedst mulige indsats over for borgerens overvægt og generelle sundhed. 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^(103,104). Borgerens psykosociale situation ændrer i udgangspunktet ikke på indsatsen, men kan give overvejelser omkring, hvordan indsatsen skal gennemføres og formidles til den enkelte.

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^(5,105). 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^(102,103,106).

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 inden for 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.

Voksne og særligt større børn kan forud for interventionen have en spiseforstyrrelse, fx BED, eller have en adfærd med at trøstespise eller springe måltider over, som kan være tegn på en begyndende spiseforstyrrelse. Derudover kan nogle borgere i løbet af interventionen udvikle en spiseforstyrrelse^(107,108). Mistanken om spiseforstyrrelser kan komme frem allerede i forbindelse med den første individuelle 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 (vedligeholdelse af BMI-z-score) 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^(3,71,102,103,106). Desuden arbejdes med at fremme barnets trivsel, livskvalitet og tro på egne evner. For alle elementer tages udgangspunkt i en sundhedspædagogisk tilgang med øje for at undgå stigmatisering^(51,100-103).

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 (vedligeholdelse af reduceret BMI-z-score) 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, varieret, fiberrig kost med lavt indhold af fedt og sukker med udgangspunkt i De officielle Kostråd^(3,34). 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⁽¹⁰⁰⁾. 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 måltidsmønstret, herunder mellemmåltider, måltidets rammer, fx at samles om måltidet, hyggevaner, fx i forhold til sliktid, og belønning, og eventuel trøstespisning^(8,34,63,109). Sunde mad- og måltidsvaner skal være en naturlig, integreret del af hverdagen.

Der bør være en særlig opmærksomhed på de forventeligt få børn, der har en kronisk sygdom, da sundere mad- og måltidsvaner har gavnlig effekt i forhold til flere kroniske sygdomme, fx ved at reducere symptomer⁽¹⁰⁰⁾. Indsatsen over for disse børn skal tilrettelægges under hensyn til eventuelle ernæringsbehov ved samtidige kroniske sygdomme, jf. 5.1.4 om særlige hensyn.

Fysisk aktivitet

Evidensen viser, at fysisk aktivitet har en positiv effekt i forhold til at opnå og vedligeholde et vægttab, men især i forhold til at bedre metaboliske risikofaktorer^(3,110). Fysisk aktivitet har desuden en positiv indvirkning på børns trivsel⁽¹¹¹⁾. 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^(3,110). 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 gavnlig effekt 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 gig, 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 dagligdagen, og dagligdagsaktiviteter, som fx at gå, løbe eller cykle i fritiden eller til og fra skole, skal indarbejdes i dagligdagen og suppleres med mere struktureret fysisk aktivitet i fritiden, fx deltagelse på hold i en forening eller i kommunen^(8,110,111).

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^(110,112).

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. I den forbindelse gøres opmærksom på, at nogle kommuner har besluttet at yde tilskud til den foreningsbaserede idræt for børn og unge med særlige behov eller begrænset økonomisk formåen, jf. § 11, stk. 6 i Serviceloven⁽²⁶⁾.

Trivsel og livskvalitet

Arbejdet med at fremme barnets trivsel, livskvalitet og tro på egne evner er vigtige elementer i forhold til at lykkes med at ændre på uhensigtsmæssige vaner og at opnå effekt af en livsstilsintervention^(3,113,114). 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⁽⁸⁾. Til vurdering af livskvalitet er der udviklet forskellige spørgeskemaer og værktøjer, fx PedsQL⁽¹¹⁵⁻¹¹⁸⁾. 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⁾. Idet der er vist sammenhæng mellem svær overvægt og forekomst af overgreb i barndommen, bør sundhedsprofessionelle i arbejdet med børn med svær overvægt være opmærksomme på, om der kan være en sådan sammenhæng i den konkrete familie og dermed, om den skærpede underretningspligt skal iagttages^(26,119).

Adfærdsændring

Støtte til adfærdsændring er et væsentligt element for at ændre på uheldsmæssige 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⁽³⁾. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle forholder sig til det enkelte barn og familien og ved fx manglende vægttab hos barnet ikke begrunder det med manglende motivation hos familien, men arbejder videre med at støtte og motivere barnet og familien omkring livsstilsinterventionen^(101,102,106). I behovsvurderingen tages udgangspunkt i det enkelte barns grad af svær overvægt og målsætninger, hvor sidstnævnte kan være andet end vægttab (BMI-z-score-reduktion) og vægtvedligeholdelse (vedligeholdelse af BMI-z-score)^(103,104). Der tages i den sammenhæng forbehold for, at behovsvurderingen er udviklet til voksne.

I samtalen med barnet og forældrene gives alderssvarende information om vigtigheden af et vægttab, og om at vægttabsvedligeholdelse er en livslang proces. Et af målene er at styrke barnets og familiens kompetencer til at tage hånd om egen sundhed og om faktorer, der kan modvirke vægtøgning. Når information om vigtigheden af et vægttab 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 ansvaret for barnets og familiens hver dag og vaner og dermed vægttab (reduktion i BMI-z-score) og vægttabsvedligeholdelse (vedligeholdelse af BMI-z-score). 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 (vedligeholdelse af reduceret BMI-z-score).

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 (vedligeholdelse af reduceret BMI-z-score). Desuden er passiv rygning samt alkohol og rygning hos større børn relevante emner at drøfte, da de øger den samlede risiko for at udvikle følgesygdomme til svær overvægt⁽¹²⁰⁾. Disse faktorer er således væsentlige i en helhedsorienteret indsats.

Kort søvn og dårlig søvnkvalitet er associeret med overvægt^(121,122), og der ses sammenhæng mellem god søvn og vægttab⁽¹²³⁾. 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^(8,28).

Stress gennem længere tid ser ud til at være associeret med overvægt, og hvorvidt et vægttab kan lykkes. Stress bør således også være et opmærksomhedspunkt i den første samtale og gennem indsatsen^(124,125).

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 enten som gruppe- eller som individbaserede indsatser, da evidensen ikke viser effektforskelle mellem gruppe- og individbaserede indsatser⁽³⁾. Det anbefales imidlertid, at elementerne kost, fysisk aktivitet og støtte til adfædsændring tilbydes i grupper, mens familierelaterede og individfølsomme emner foregår individbaseret og trivsel og livskvalitet som et gennemgående tema. 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, at den første samtale foregår individuelt, kun med barnet og forældre og 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). Den konkrete beslutning om henholdsvis gruppe- eller individuelle indsatser foregår i forbindelse med den første samtale baseret på bl.a. barnets behov og præferencer. 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 i interventioner med en varighed op mod 2 år kan vægttab eller vægttabsvedligeholdelse fastholdes indenfor denne periode, og efter endt intervention ses ofte men ikke altid vægtøgning⁽³⁾. Evidensen viser desuden, at livsstilsinterventioner med mere end 6 måneders varighed er mere effektive til at opnå vægttab (BMI-z-score-reduktion) og/eller vægttabsvedligeholdelse (vedligeholdelse af BMI-z-score) end livsstilsinterventioner af kortere varighed hos større børn (12 år og derover). For den samlede aldersgruppe (5-18 år) er der ikke vist effekt ud over resultater opnået ved 6-måneders intervention⁽³⁾. På denne baggrund anbefales det, at livsstilsintervention til børn har 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, 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, justeres interventionen herefter. Hvis barnet har stigende grad af overvægt med/uden følgesygdomme, bør man revurdere, om det, der gøres, 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 for, hvor længe en session præcist skal være indenfor dette interval for at være effektiv i forhold til at opnå vægttab⁽³⁾.

Der er evidens for at opnå klinisk relevante vægttab i livsstilsinterventioner, hvor barnet har haft kontakt med sundhedsprofessionelle i minimum 26 timer inklusiv direkte konfrontationstid⁽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 vægttabet hos det enkelte barn er større, jo flere timer og jo flere sessioner det enkelte barn tilbydes i løbet af de anbefalede 12 måneders varighed^{e (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^(3,110).

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. IT-baserede løsninger er dog et område i stor udvikling, som formodes at komme til at spille en stadig større rolle fremover.

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, der er følgesygdomme, 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 ny 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), eller hvis der opstår følgesygdomme. Det nye tilbud tager afsæt i erfaringerne fra det afsluttede tilbud.

Når tilbuddet har været kommunalt, anbefales det, 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⁽¹²⁶⁾. Den elektroniske tilbagemelding sker ved brug af MedComs kommuneafslutningsnotat XDIS15⁽¹²⁷⁾. 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 (vedligeholdelse)

e Undersøgt i intervallet mellem 0 og over 52 timer og mellem 1 og 122 sessioner.

holdelse af BMI-z-score). Jf. Sundhedslovens § 17 kræver elektronisk tilbagemelding forældrenes samtykke for børn under 15 år, mens børn over 15 år selv skal give samtykke⁽⁵⁾.

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 at fastholde 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 formåen, kroniske smerter i vægtbærende led og 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⁽¹⁰⁰⁾.

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^(3,8).

Kostelementet bør varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en professionsbachelor i ernæring og sundhed inden for Sundhedsfremme og diætetik med toningen Sundhedsfremme og forebyggelse eller med toningen Klinisk diætetik. Har barnet samtidig en kronisk sygdom og/eller komplekse diætetiske problemer, skal kostelementet varetages af en fagperson med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist⁽¹²⁸⁾. For yderligere beskrivelse af kompetencer henvises til Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom'⁽¹⁰⁰⁾.

Sundhedspersonalet bør desuden have viden om overvægt og om vægtudvikling hos børn⁽¹⁰¹⁾.

For elementet om fysisk 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⁽¹⁰⁰⁾. 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 ved fagligt kvalificeret personale.

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⁽¹⁰⁰⁾.

For at understøtte relations- og netværksdannelse børnene og familierne imellem og i forholdet til den sundhedsprofessionelle bør den sundhedsprofessionelle mestre relationskompetencer^(102,103,106).

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, jf. 5.2.1 om henholdsvis kost og fysisk aktivitet til ældre^(3,88). Elementerne kost og fysisk aktivitet bør suppleres med adfærdsændringsteknikker, da støtte til adfærdsændring er et væsentligt element for at ændre på sine vaner^(3,102-104,106). Desuden arbejdes med at fremme borgerens trivsel, livskvalitet og tro på egne evner. For alle elementer tages udgangspunkt i en sundhedspædagogisk tilgang og med øje for at undgå stigmatisering^(51,100-103).

5.2.1 Elementer 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, varieret, energireduceret, fiberrig kost med lavt indhold af fedt og sukker med udgangspunkt i De officielle Kostråd^(3,34). 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^(34,129). Sunde mad- og måltidsvaner skal være en naturlig, integreret del af hverdagen.

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⁽¹⁰⁰⁾.

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

Der bør være en særlig opmærksomhed på eventuelle ernæringsbehov hos borgere, der samtidig har en kronisk sygdom, jf. afsnit 5.2.4 om særlige hensyn.

I forbindelse med diætbehandling og diætvejledning kan borgeren tilbydes en sund, varieret, energireduceret kost efter De officielle Kostråd. Borgeren kan eventuelt tilbydes og vejledes i hel eller delvis brug af kommercielle måltidsstatninger, som fx godkendte VLCD-produkter, eksempelvis pulvershakes, forud for eller som supplement til livsstilsinterventionen⁽¹³⁰⁾. Ved den første samtale med borgeren bør det afdækkes, om borgeren har behov for og et ønske om energirestriktion i form af måltidsstatninger som et supplement til vejledning om en sund energireduceret kost. Energirestriktion i form af måltidsstatning, fx pulvershakes, kan medvirke til et stort initialt vægttab, hvilket kan være en stor motivationsfaktor for mange samt forbedre borgerens muligheder for at være fysisk aktive. Energirestriktion kan benyttes i en kortere eller længere periode alt efter behovet, men det er væsentligt, at der sker en evaluering af indsatsens effekt på vægttab, både løbende og efterfølgende⁽⁹⁴⁾. 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 vægttab, så snart man stopper med den skrappe energireduktion. Det er derfor et opmærksomhedspunkt, at diætvejledningen efterfølgende tager udgangspunkt i den nye situation uden energirestriktion.

Evidensen viser, at den sundhedsprofessionelle også hos ældre borgere bør vejlede om en sund, varieret, energireduceret, fiberrig kost med lavt indhold af fedt og sukker med udgangspunkt i De officielle Kostråd for ældre, der desuden har særligt fokus på protein, D-vitamin og calcium. For denne gruppe er det særligt vigtigt at forsøge at bevare den fedtfri masse, hvorfor man skal have særligt fokus på fordele og ulemper ved et væggtab opnået ved en energireduceret kost^(3,88,94,131).

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^(3,110). Det anbefales på den baggrund, at give voksne råd om fysisk aktivitet af moderat til hård intensitet 30 minutter om dagen, idet det har betydning for væggtab^(110,111).

Den fysiske aktivitet bør planlægges ud fra den enkeltes behov, fysiske formåen, præferencer, motivation og mål med henblik på at gøre fysisk aktivitet til en del af dagligdagen.

Jo højere BMI borgeren har, jo mere fokus bør der initialt være på valg af en træningsform, der ikke er vægtbærende, således at knæ og hofter ikke belastes unødigt, og risikoen for skader mindskes⁽¹¹⁰⁾. Den fysiske aktivitet kan løbende tilpasses i takt med væggtab eller forbedret fysisk funktion. 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^(110,112). Er der udfordringer i forhold til vægtbærende fysisk aktivitet anbefales generelt raske gåture til alle, der ikke har ressourcer, fysisk helbred eller lyst til at deltage i andre aktiviteter.

For ældre borgere anbefales det ud fra evidensen at give råd om øget fysisk aktivitet op til 30 min. om dagen af moderat intensitet. Den fysiske aktivitet bør være vægtbærende, se dog evt. forbehold ovenfor for voksne^(3,110,111).

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

Arbejdet med at fremme borgerens trivsel, livskvalitet og tro på egne evner er vigtige elementer i forhold til at lykkes med at ændre på uhensigtsmæssige vaner og at opnå effekt af en livsstilsintervention^(113,114). 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⁽¹³²⁾. Til vurdering af livskvalitet kan forskellige spørgeskemaer og værktøjer benyttes, fx EQ-5D eller SF-12^(118,133-135).

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 væggtab og væggtabsvedligeholdelse 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⁽³⁾. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle forholder sig til den enkelte borger og ved fx manglende væggtab ikke begrunder det med manglende motivation hos borgeren, men arbejder videre med at motivere denne omkring livsstilsinterven-

tionen^(102,106). Behovsvurderingen bør tage udgangspunkt i den enkeltes grad af svær overvægt og målsætninger, hvor sidstnævnte kan være andet end vægttab og vægtvedligeholdelse^(103,104).

Der gives individuelt tilpasset information om vigtigheden af et vægttab afhængigt af graden af overvægt, eventuel risiko for eller forekomst af følgesygdomme til overvægten samt risikomarkører, og om at vægttabsvedligeholdelse er en livslang proces. Et af målene er at styrke borgerens kompetencer til at tage hånd om egen sundhed og om faktorer, der kan medvirke til tilbagefald. For voksne kan det være relevant at invitere til at ægtefælle eller partner inddrages^(136,137).

For ældre anbefales det, at målsætninger for vægttab bør indgå som en del af adfærd-sændringsteknikkerne, 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. Disse faktorer er således væsentlige i en helhedsorienteret tilgang.

Kort søvn og dårlig søvnkvalitet er associeret med overvægt^(121,122), og der ses sammenhæng mellem god søvn og vægttab⁽¹²³⁾.

Stress gennem længere tid ser ligeledes ud til at være associeret med overvægt, og hvorvidt et vægttab kan lykkes^(138,139).

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^(140,141).

5.2.3 Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til voksne

Tilbud om livsstilsintervention kan foregå enten som gruppe- eller som individbaserede indsatser, da evidensen ikke viser effektforskelle mellem gruppe- og individbaserede indsatser⁽³⁾. Det anbefales imidlertid, at elementerne kost, fysisk aktivitet og støtte til adfærdssændring i en livsstilsintervention tilbydes i grupper, mens familierelaterede og individfølsomme emner foregår individbaseret og trivsel og livskvalitet som et gennemgående tema. 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. 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 baseret på studier med op til 2,5 års varighed viser, at vægttab kan fastholdes over længere tid ved at have en intensiv periode fra start og derefter en mindre intensiv vægttabsvedligeholdelse eller ved en længere intervention med stabil intensitet gennem hele indsatsen⁽³⁾. Det er samtidig vist, at ca. 34 % af deltagerne opnår et 5 % vægttab efter 12 måneder, svarende til et klinisk relevant vægttab⁽³⁾. På dette grundlag anbefales en interventionslængde på 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 intervention eller afsluttes, jf. afsnittet 'Afslutning og opfølgning' sidst i afsnit 5.2.3.

Undervejs i interventionen er det vigtigt at revurdere indsatsens effekt. Hvis interventionen ikke virker efter hensigten, justeres interventionen herefter. Hvis borgeren har stigende grad af overvægt med/uden følgesygdomme, bør man revurdere, om det, der gøres, er tilstrækkeligt, om der er flere ting, man selv kan tilbyde, eller om borgeren bør opfordres til at søge 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 10-300 minutter, hvor gruppesessioner typisk varer 60-120 minutter og individuelle sessioner 15-30 minutter⁽³⁾. Der ses en dosisresponseeffekt, idet effekten på væggtab er større og risiko for type 2-diabetes lavere, jo flere sessioner den enkelte tilbydes. Det største væggtab ses i interventioner, hvor borgeren er i kontakt med sundhedsprofessionelle i minimum 26 timer inklusiv direkte konfrontationstid. Der findes ikke viden om, hvor lang en session optimalt set bør være⁽³⁾ ⁽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⁽¹⁰⁹⁾.

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 diætvæjledning, fysisk aktivitet og støtte til adfærdændring. 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 væggtab hos voksne i forhold til, om sessionerne foregår ansigt-til-ansigt- eller IT-baseret. Der ses dog tendens til, 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. IT-baserede løsninger er dog et område i stor udvikling, som formodes at komme til at spille en stadig større rolle i fremover.

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 væggtab, og der er behov for fortsat støtte og vejledning. Borgere, som har formået at fastholde de nye vaner og har opnået væggtab, vægtvedligeholdelse eller væggtabsvedligeholdelse, 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.

Når tilbuddet har været kommunalt, anbefales det, 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⁽¹²⁶⁾. Den elektroniske tilbagemelding sker ved brug af MedComs kommuneafslutningsnotat XDIS15⁽¹²⁷⁾. 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 væggtab og væggtabsvedligeholdelse. Jf. Sundhedslovens § 17 kræver elektronisk tilbagemelding borgerens samtykke⁽⁵⁾.

Der er vist, 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, kroniske smerter i vægtbærende led og 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⁽¹⁰⁰⁾.

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⁽³⁾.

For kostelementet 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 professionsbachelor i ernæring og sundhed inden for Sundhedsfremme og diætetik med toningen Sundhedsfremme og forebyggelse eller med toningen Klinisk diætetik. Har borgeren samtidig en kronisk sygdom og/eller komplekse diætetiske problemer, skal kostelementet varetages af en fagperson med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist⁽¹²⁸⁾. For yderligere beskrivelse af kompetencer henvises til Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom'⁽¹⁰⁰⁾.

For elementet om fysisk aktivitet bør 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⁽¹⁰⁰⁾. Hvis elementet varetages af frivillige, skal de have specifik viden om fysisk aktivitet for borgere med svær overvægt, fx ved at have gennemført relevant instruktøruddannelse for frivillige ved fagligt kvalificeret personale. 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 deltagerne imellem og i forholdet til den sundhedsprofessionelle anbefales det endvidere, at den sundhedsprofessionelle mestrer relationskompetencer^(102,103,106).

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 kostomlægning og fysisk aktivitet^(4,91). 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 prægravid BMI. Gravide med svær overvægt anbefales at tage 6-9 kg på under graviditeten⁽⁴⁾. Der anbefales kostomlægning i tråd med De officielle Kostråd, herunder særlige råd for gravide^(34,142,143).

Kommercielle måltidsstatninger, 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 med udgangspunkt i De officielle Kostråd spiser sig mæt i sund mad, gerne med mange grøntsager og fisk flere gange om ugen^(142,143).

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 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. Fysisk aktivitet medvirker således til mindre vægtøgning og nedsætter risikoen for at føde et barn over 4000 g⁽⁹⁹⁾. Endvidere rådgives om bækkenbundsøvelser, da træning af bækkenbundens muskulatur med knibeøvelser under og efter graviditet kan forebygge inkontinens⁽¹⁴⁴⁾. 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⁽¹¹⁰⁾. 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 positivt 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⁽¹¹⁰⁾.

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 tryksskade på fosteret^(4,110).

5.4 Monitorering

Tilbuddet om livsstilsintervention bør løbende monitoreres med henblik på at skabe grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling af interventionen, så borgerne tilbydes den bedst mulige indsats⁽¹⁰⁰⁾. Monitoreringen bør foregå ved, at kommunen benytter få og relevante indikatorer. Indikatorerne kan omfatte både resultatindikatorer og procesindikatorer⁽²⁾. Eksempler på relevante indikatorer:

- Henvisninger 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, sundere mad-, måltids- og fysisk aktivitetsvaner, livskvalitet og trivsel)

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

Det er desuden relevant at inddrage forskningsinstitutioner og evt. andre kommuner i arbejdet omkring monitorering.

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⁽¹⁰⁰⁾.

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⁽¹⁰⁰⁾.

Referencer



1. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet. Hentet 15. juli 2019 på: <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 C, et al. 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. 903 af 26/08/2019. Bekendtgørelse af sundhedsloven. København: Sundheds- og Ældreministeriet, 2019.
6. Kierkegaard L, Ammitzbøll J, Lauemøller S, et al. Kortlægning af livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt i regioner og kommuner. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2017.
7. Magkos F, Fraterrigo G, Yoshino J, et al. Effects of moderate and subsequent progressive weight loss on metabolic function and adipose tissue biology in humans with obesity. *Cell Metab* 2016;23(4):591-601.
8. Sundhedsstyrelsen. Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen. Vejledning til skolesundhedstjenesten. København: Sundhedsstyrelsen, 2014.
9. Cortes D, Holm JC, Højgaard B, et al. Svær overvægt, udredning og behandling hos børn og unge i pædiatrisk regi. København: Dansk Pædiatrisk Selskab, 2016.
10. Dansk Selskab for Almen Medicin, Sundhedsstyrelsen. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. København: Dansk Selskab for Almen Medicin og Sundhedsstyrelsen, 2009.
11. Johansen A, Holm J, Pearson S, 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):C5024-9.
12. Renault KM, Nørgaard K, Nilas L, et al. 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;210(2):134.e1-9.
13. Vinter CA, Jensen DM, Ovesen P, et al. 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.
14. 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.
15. Svendsen OL, Astrup A, Hansen GS. Adipositas - sygdom, behandling og organisation. København: Munksgaard, 2011.
16. Socialstyrelsen. Vejledning til ernæringsvurdering af ældre. Odense: Socialstyrelsen, 2013.
17. Sundhedsstyrelsen. Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger. København: Sundhedsstyrelsen, 2015.
18. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatrica* 2006;(450):76-85.

19. Nysom K, Mølgaard C, Hutchings B, et al. Body mass index of 0-45-y-old Danes: reference values and comparison with published European reference values. *Int J Obes* 2001;25(2):177-84.
20. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) Body Mass Index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012;7(4):284-294.
21. Cole T, Bellizzi M, Flegal K, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320(7244):1240-3.
22. World Obesity Federation. Extended International (IOTF) Body Mass Index Cut-Offs for Thinness, Overweight and Obesity in Children. Hentet 13. september 2019 på: <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/obesity-classification>
23. 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.
24. Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge (BEK nr. 1344 af 03/12/2010). København: Sundheds- og Ældreministeriet, 2010.
25. Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om kommunernes indberetning af oplysninger om børns sundhed til Sundhedsstyrelsen (BEK nr. 581 af 23/05/2011). København: Sundheds- og Ældreministeriet, 2011.
26. Social- og Indenrigsministeriet. Bekendtgørelse af lov om social service (LBK nr. 798 af 07/08/2019). København: Social- og Indenrigsministeriet, 2019.
27. Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Intern medicin: Geriatri. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
28. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
29. Jebeile H, Gow ML, Baur LA, et al. Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. *Obes Rev* 2019;20(9):1287-98.
30. Geserick M, Vogel M, Gausche R, et al. Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. *N Engl J Med* 2018;379:1303-12.
31. Larsen LM, Hertel NT, Mølgaard C, et al. 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.
32. Glavin K, Roelants M, Strand BH, et al. Important periods of weight development in childhood: a population-based longitudinal study. *BMC Public Health* 2014;14:160.
33. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for fysisk aktivitet – børn 1-4 år. København: Sundhedsstyrelsen, 2016.
34. Fødevarestyrelsen. De officielle Kostråd. Glostrup: Fødevarestyrelsen, 2021.
35. Colquitt Jill L, Loveman E, O'Malley C, 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. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;3:CD012105.
36. Sundhedsstyrelsen. Monitorering af vækst hos 0-5-årige. Kort vejledning til praktiserende læger. København: Sundhedsstyrelsen, 2015.
37. Sundhedsstyrelsen. Behandling af Binge Eating Disorder (BED). Sammenfatning af resultater fra to satsuljeprosjekter. København: Sundhedsstyrelsen, 2016.

38. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013;73(9):904-14.
39. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-58.
40. Striegel-Moore RH, Franko DL. Epidemiology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003;34 Suppl:S19-29.
41. World Health Organization. ICD-10, version 2016. International Statistical Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. Geneva: World Health Organization, 2016.
42. World Health Organization. ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. Geneva: World Health Organization, 2018.
43. Dingemans AE, van Furth EF. Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *Int J Eat Disord* 2012;45:135-8.
44. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2017.
45. Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
46. Sundhedsstyrelsen. Specialeplan for psykiatri. Hentet 14. oktober 2019 på: <https://www.sst.dk/da/Viden/Specialeplanlaegning/Gaeldende-specialeplan/Specialeplan-for-psykiatri>
47. Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Børne- og Ungdomspsykiatri. Hentet 14. oktober 2019 på: <https://www.sst.dk/da/Viden/Specialeplanlaegning/Gaeldende-specialeplan/Specialeplan-for-boerne--og-ungdomspsykiatri>
48. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight discrimination and risk of mortality. *Psychol Sci* 2015;26(11):1803-11.
49. Sundhedsstyrelsen. Stigmatisering - debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
50. Børnerådet. "Helst skal man have en god barndom" - 40 børns fortællinger om et liv med særlige vilkår. København: Børnerådet, 2010.
51. World Health Organization. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. Geneva: World Health Organization, 2017.
52. Puhl R, Heuer C. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health* 2010;100(6):1019-28.
53. Apovian CM. Obesity: Definition, Comorbidities, Causes, and Burden. *Am J Manag Care* 2016;22:176-85.
54. World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. Geneva: World Health Organization, 2016.
55. World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. Implementation plan: Executive summary. Geneva: World Health Organization, 2017.
56. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
57. Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed. Databasen for Den Nationale Sundhedsprofil. Hentet 15. juli 2019 på: <http://www.danskernessundhed.dk/>

58. Sundhedsdatastyrelsen. Den Nationale Børnedatabase. Hentet 2. februar 2021 på: <https://www.esundhed.dk/Registre/Den-nationale-boer nedatabase/Maalinger-i-skolen>
59. Børne- og Undervisningsministeriet. Elevtal i grundskolen. Hentet 15. juli 2019 på: <https://www.uvm.dk/statistik/grundskolen/elever/elevtal-i-grundskolen>
60. Pedersen A, Christensen L, Sørensen M, et al. Kostvaner, sundhedsadfærd og vægtstatus blandt 55-64-årige og 65-75-årige danskere. Søborg: DTU Fødevareinstituttet, 2017.
61. World Health Organization. Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Geneva: World Health Organization, 2014.
62. Kjellberg J, Larsen L, Ibsen R, et al. The Socioeconomic Burden of Obesity. *Obesity facts* 2017;10(5):493-502.
63. Rasmussen M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2015.
64. Groth M, Christensen L, Knudsen V, et al. Sociale forskelle. Børns kostvaner, fysiske aktivitet og overvægt & Voksnes kostvaner. Søborg: DTU Fødevareinstituttet, 2013.
65. Danmarks Statistik. Dødsfald. Hentet 18. juli 2019 på: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/doedsfald-og-middellevetid/doedsfald>
66. Eriksen L, Davidsen M, Jensen H, et al. Sygdomsbyrden i Danmark. Risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2016.
67. Klenk J, Rapp K, Ulmer H, et al. Changes of Body Mass Index in Relation to Mortality: Results of a Cohort of 42,099 Adults. *PloS one* 2014;9(1): e84817.
68. Abdelaal M, le Roux C, Docherty N. Morbidity and mortality associated with obesity. *Ann Transl Med* 2017;5(7):161-72.
69. 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.
70. Møller SP, Johannesen CK, Tolstrup JS, et al. Risikofaktorer for multisygdom. København: Statens Institut for Folkesygdom, 2019.
71. World Health Organization. Achieving and maintaining healthy weight in children with overweight and obesity: An evidence summary. Geneva: World Health Organization, In press.
72. Andersen I, Holm J, Homøe P. Obstructive sleep apnea in obese children and adolescents, treatment methods and outcome and treatment - A systematic review. *Int J Pedia Otorhinolaryngol* 2016;87:190-7.
73. Ovesen P, Rasmussen S, Kesmodel U. Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology* 2011;118(2):305-12.
74. Torloni MR, Betran AP, Horta BL, et al. Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Obes Rev* 2009;10(2):194-203.
75. Yu Z, Han S, Zhu J, et al. 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.
76. Chu SY, Kim SY, Lau J, et al. Maternal obesity and risk of stillbirth: a meta-analysis. *AmJ Obstet Gynecol* 2007;197(3):223-8.
77. Godfrey KM, Reynolds RM, Prescott SL, et al. Influence of maternal obesity on the long-term health of off-spring. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:53-64.

78. Baker JL, Michaelsen KF, Sorensen TI, et al. 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.
79. MedCom. XREF15. Den gode kommunehenvisning. Hentet 10. oktober 2019 på: <https://svn.medcom.dk/svn/releases/Standarder/Den%20gode%20kommunehenvisning/Dokumentation/XREF15.pdf>
80. Niss NK, Rasmussen IS. Evaluering af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge". Projekt "Øget udbytte" på Julemærkehjem. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2016.
81. Andersen MK, Christensen B, Obel C, et al. 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.
82. Sundhedsdatastyrelsen. Sygelighed og kontakt til sundhedsvæsenet. En sammenligning af sygelighed og kontaktmønster for tre udvalgte grupper af borgere, fordelt på regioner. København: Sundhedsdatastyrelsen, 2018.
83. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen. Danskernes viden om og holdninger til overvægt og sundhed 2019. København: Kræftens Bekæmpelse, 2019.
84. Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P, et al. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes Obes Metab* 2019; 21:1914-24.
85. Sundhedsstyrelsen. Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Anbefalinger til arbejdsgange og anvendelse af redskaber. København: Sundhedsstyrelsen, 2017.
86. Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring - sammenfatning af anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen, 2013.
87. Sundhedsstyrelsen. Forebyggende hjemmebesøg til ældre. Vejledning. København: Sundhedsstyrelsen, 2020.
88. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2019; 38(1):10-47.
89. Sundhedsdatastyrelsen. Det Medicinske Fødselsregister (MFR). Hentet 26. januar 2021 på: <https://www.esundhed.dk/Registre/Det-medicinske-foedselsregister>
90. Sundheds- og Ældreministeriet. BEK nr. 295 af 20/04/2009. Bekendtgørelse om helbredsundersøgelse af gravide. København: Sundheds- og Ældreministeriet, 2009.
91. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. Den overvægtige gravide. Sandbjerg: Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2017.
92. Bjerregaard LG, Jensen BW, Ängquist L, et al. Change in overweight from childhood to early adulthood and risk of type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2018;378:1302-12.
93. Jensen BW, Bjerregaard LG, Ängquist L, et al. 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.
94. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7(5):344-55.
95. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2-diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346 (6): 393-403.

96. Rajjo T, Almasri J, Nofal AA, et al. The Association of Weight Loss and Cardio-metabolic Outcomes in Obese Children: Systematic Review and Meta-regression. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102(3):758-62.
97. Mudaliar U, Zabetian A, Goodman M, et al. Cardiometabolic Risk Factor Changes Observed in Diabetes Prevention Programs in US Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Med* 2016;13(7):e1002095.
98. Peirson L, Douketis J, Ciliska D, et al. Treatment for overweight and obesity in adult populations: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open* 2014;2(4):E306-17.
99. Wiebe HW, Boulé NG, Chari R, et al. The effect of supervised prenatal exercise on fetal growth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2015;125(5):1185-94.
100. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen, 2016.
101. Sundhedsstyrelsen. Skolesundhedsarbejde - håndbog til sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen, 2015.
102. Jensen BB, Grønbæk M, Reventlov S. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 2018.
103. Hansen UM, Hempler NF, Willaing I. Erfaringsopsamling: Værktøjer og metoder til behovsvurdering. København: Steno Diabetes Center Copenhagen, 2018.
104. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for behovsvurdering I den afklarende samtale. København: Sundhedsstyrelsen, 2019.
105. Foreningen af Kliniske Diætister. Diætbehandling af børn med adipositas. København: Foreningen af Kliniske Diætister, 2017.
106. Vallis M, Lee-Baggley D, Sampalli T, et al. 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.
107. Golden NH, Schneider M, Wood C. Committee on Nutrition, AAP Committee on nutrition. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics* 2016; 138(3):16-49.
108. National Eating Disorders Collaboration. Eating Disorders & Obesity Treatments. A systematic review of the physical psychological and eating disorders outcomes from obesity treatments. Canberra: The Australian Government department of Health, 2017.
109. Lindelof A. Practice makes perfect - a longitudinal, qualitative study of obese adolescents' and their parents' experiences of the adolescents' obesity and weight loss attempts. PhD dissertation. Aarhus: Aarhus University, 2011.
110. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet. Håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
111. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
112. Overgaard K, Grøntved A, Nielsen K, et al. Stillesiddende adfærd – en helbredsrisiko? København: Vidensråd for Forebyggelse, 2012.
113. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982;37(2):122-47.
114. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84(2):191-215.
115. Kolotkin R. IWQOL-Kids. Assessing the impact of weight on quality of life in children. Hentet 17. juli 2019 på: <https://www.qualityoflifeconsulting.com/iwqol-kids.html>

116. EQ-5D-Y. The EuroQol Research Foundation. Hentet 17. juli 2019 på: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-y-about/>
117. Varni JW. EQ-5D. The PedsQL Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. Hentet 17. juli 2019 på: <https://www.pedsqol.org/conditions.html>
118. Bech P. About the WHO-5. Hentet 11. oktober 2019 på: <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/about-the-who-5/Pages/default.aspx>
119. Roenholt S, Beck NN, Karsberg SH, et al. Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: associations to body mass index. *Eur J Psychotraumatol* 2012;3:10.3402/ejpt.v3i0.17188.
120. Lin C, Rountree CB, Methratta S., et al. Secondhand tobacco exposure is associated with nonalcoholic fatty liver disease in children. *Environmental Research* 2014; 132:264-8.
121. Fatima Y, Doi SAR, Mamun AA. Sleep quality and obesity in young subjects: A meta-analysis. *Obes Rev* 2016; 17(11):1154-66.
122. Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala N-B., et al. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep* 2008;31(5):619-26.
123. Bonke JP, Clark J, Flyvbjerg A., et al. Søvn og Sundhed. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2015.
124. Robert Wood Johnson Foundation. Stress in Early Life and Childhood Obesity Risk Durham. NC: Robert Wood Johnson Foundation, 2017.
125. Miller AL LJ. Pathways of Association from Stress to Obesity in Early Childhood. *Obesity* 2018;26:1117-24.
126. Sundhedsstyrelsen. Elektronisk henvisning til kommunale forebyggelsestilbud. Notat. København: Sundhedsstyrelsen, 2016.
127. MedCom. XDIS15. Det gode kommune afslutningsnotat. Odense: MedCom, 2018.
128. Kost- og Ernæringsforbundet. Uddannelser. Kost-, ernærings-, og sundhedsfaglige. København: Kost- og Ernæringsforbundet, 2018.
129. Fødevarestyrelsen. Spis mindre sukker. Hentet 14. oktober 2019 på: <https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad/spis-mindre-sukker/>
130. Parretti HM, Jebb SA, Johns DJ, et al. Clinical effectiveness of very-low-energy diets in the management of weight loss: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev* 2016;17(3):225-34.
131. Fødevarestyrelsen. Råd om mad når du er over 65 år – supplement til De officielle Kostråd. Glostrup: Fødevarestyrelsen, 2016.
132. Kolotkin RL AJ. A systematic review of reviews: Exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clinical obesity* 2017;7(5): 273-89.
133. The EuroQol Research Foundation. EQ-5D. Hentet 17. juli 2019 på: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>
134. RAND. 36-item short form survey (SF-36). Hentet 17. juli 2019 på: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html
135. Kolotkin R. IWQOL-Lite. Assessing the impact of weight on quality of life in adults. Hentet 17. juli 2019 på: <https://www.qualityoflifeconsulting.com/iwqol-lite.html>
136. Karfopoulou E, Anastasiou CA, Avgeraki E, et al. The role of social support in weight loss maintenance: results from the MedWeight study. *J Behav Med* 2016;39(3): 511-8.

137. Wang ML, Pbert L, Lemon SC. Influence of family, friend and coworker social support and social undermining on weight gain prevention among adults. *Obesity (Silver Spring)* 2014;22(9):1973-80.
138. Scott KA, Melhorn SJ, Sakai RR. Effects of Chronic Social Stress on Obesity. *Curr Obes Rep* 2012;1:16-25.
139. Tomiyama AJ. Stress and Obesity. *Annu Rev Psychol* 2019;70:703-18.
140. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Alkohol. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
141. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Tobak. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
142. Fødevarestyrelsen. Råd om mad og drikke, når du er gravid eller ammer. Hentet 10. oktober 2019 på: <https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/saerlige-grupper/gravide/>
143. Sundhedsstyrelsen. Sunde vaner før, under og efter graviditet. København: Sundhedsstyrelsen, 2017.
144. Wesnes SL eG. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A review. *Int Urogynecol J* 2013;24(6):889-99.

Bilag



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 vægttab, 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 vægttab 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 (frem til den 27. januar 2020)
- 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 Bjerger Gribsholt, MD, ph.d., formand

Dansk Selskab for Almen Medicin

Rasmus Køster-Rasmussen, læge, ph.d. (til den 27. januar 2020)

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 (til juni 2018)

Lene Sønderup Olesen, fuldmægtig (fra juni 2018 til februar 2020)

Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsfunktion.

