

At veje eller ikke at veje

Vækstmonitorering er en fundamental komponent i det forebyggende sundhedsvæsen og har været det i mere end et århundrede.

Interessen for vækstmonitorering har fra starten været baseret på, at væksten reflekterer den generelle helbredstilstand.

Vækstmonitorering har til formål at følge normal vækst og udvikling og dermed bidrage til at opspore sygdomme tidligt. En række værktøjer er udviklet til sådanne screeningsprocesser, herunder måling af højde og vægt til anvendelse i vækstkurver.

Disse afspejler væksten i populationen, der med populationsbaserede grænseværdier udtrykker både normal eller abnorm vækst, og dermed er med til at facilitere tidlig opsporing af sygdomme. Ideelt er disse samlet i et systematisk vækstscreningsprogram.

Ligeledes kan utilstrækkelig vækstmonitorering resultere i forsinket diagnosticering af en lang række alvorlige sygdomme, potentielt ringere prognoser samt uhensigtsmæssige patientforløb.

I Danmark har der været megen debat om, hvor vidt man skal veje børn og unge i skolealderen eller ej. Hovedargumentet mod rutinemæssig måling af højde og vægt er, at det kan få børnene til at føle sig forkerte og,



CILIUS ESMANN FONVIG

Læge, Ph.d. Børne- og Ungeafdelingen, Kolding Sygehus. Formand for Danske Børnelægers udvalg vedr. overvægt.



JENS-CHRISTIAN HOLM

Ledende overlæge, PhD, Forskningslektor. Enheden for Børn og Unge med Overvægt, Europæisk Center for Behandling af Overvægt. Børne- Ungeafdelingen Holbæk.

at det kan udløse en spiseforstyrrelse. Imidlertid er der ingen videnskabelige holdepunkter, hverken for at børnene føler sig forkerte eller for, at målingen kan udløse en spiseforstyrrelse. En kvalitativ interviewundersøgelse af børn og unge fra Kolding Kommune skulle efter sigende have konkluderet, at børnene føler sig forkerte, dog uden at tydeliggøre, hvor mange der er blevet adspurgt, om det omfatter et repræsentativt udsnit af den danske befolkning eller hvad der præcist er blevet spurgt om. Man kan endvidere udfordre interviewundersøgelsens konklusion; hvis børn og unge føler sig forkerte efter en vægtmåling, kunne man så tænke sig, at det kunne udføres og kommunikeres på en mere nænsom måde?

Ordet 'spiseforstyrrelse' anvendes i flæng og ofte uansvarligt på sociale medier, blandt forældre og sundhedsprofessionelle. Det skaber en betydelig grad af utryghed og bekymring for, om man ved måling af børn eller unge er med til at udløse en spiseforstyrrelse. Årsagen til, at det er uansvarligt at bruge

ordet spiseforstyrrelse i flæng, er, at de fleste automatisk tænker anoreksi eller bulimi. Men i konteksten overvægt menes der i stedet trøstespisning, hurtigspisning, overspisning eller måltidsudeblivelse.

Disse typer af forstyrret spisning forefindes i et kontinuum med tiltagende kontroltab og øget appetit, som kan ende i binge eating disorder (BED). Imidlertid bør disse typer af forstyrret spisning, som ses ved overvægt, primært ses som et symptom på overvægt, akkurat som tørst er et symptom på diabetes. Netop denne indsigt er resultatet af en stor oversigtsartikel fra 2019, der har samlet alle de vigtigste studier på området!

Den viser, at struktureret og professionel behandling af børn og unge med overvægt, inklusive målinger af højde og vægt, reducerer symptomer på og forekomsten af forstyrret spisning samt reducerer risikoen for at udvikle forstyrret spisning¹. Det medfører altså ikke mere spiseforstyrrelse, som ofte argumenteret, snarere tværtimod. Desuden har

vi fra Enheden for Børn og Unge med Overvægt, akkrediteret Europæisk Center til Behandling af Overvægt i Holbæk publiceret, at 82 pct. af 3.621 børn og unge med overvægt, der er kommet i behandling, har komponenter af forstyrret spisning, forstået som trøstespisning, hurtigspisning, overspisning eller måltidsudeblivelse². Artiklen viste yderligere, at behandlingen af overvægt var uafhængig af, om der var flere eller færre komponenter af forstyrret spisning. Dette underbygger, at forstyrret spisning i sig selv er et centralt symptom på den til grundliggende komplekse sygdom, svær overvægt.

Det er et børnesundhedsfagligt adelsmærke at kunne være sammen med børn, tale med dem og undersøge dem i et trygt rum med en ordentlig og værdig atmosfære, hvor de udfordringer eller sygdomme, som potentielt kan true barnet, tages tilsvarende seriøst. Det er rigtigt, at en uvidende kultur om specielt overvægt, som desværre er udbredt i eksisterende sundhedssystemer, kan medføre en kultur, som direkte eller indirekte kan overføre skyld og skam til personer, der lever med overvægt. Specielt hvis den sundhedsfaglige fejlagtigt tror, at overvægt bare er personens egen skyld på baggrund af formodet overspisning, fysisk inaktivitet og manglende motivation. I dét perspektiv er diskussionen vigtig for dermed at kaste lys over, hvor vigtigt det er, at vi forstår overvægt ordentligt, som den kroniske, alvorlige, fremadskridende og tilbagevendende sygdom, som overvægt er, og som danske børnelæger i august 2021 offentliggjorde en holdningserklæring om. Det er vigtigt at tilskynde til en ordentlig og relevant uddannelse af sundhedsprofessionelle i relation til at forstå og håndtere overvægt ordentligt og værdigt på lige fod med andre alvorlige kroniske sygdomme.

Når man har med børn og unge at gøre, er det afgørende at forstå, at børn og unge ikke har en juridisk myndighed, at de gennemgår fysisk, psykisk og social vækst og udvikling, og at de derved først hen imod den



myndige alder opnår en refleksionsdybde, hvor man kan overlade beslutninger om komplekse problemstillinger til dem selv. Børn og unge er dermed afhængige af ansvarlige voksne.

Det er i vores moderne velfærdssamfund et stort privilegie, at vi har et gratis sundhedsvæsen, hvor en monitorering af den normale vækst og udvikling – og dermed indirekte af mange hundrede børnelægefaglige sygdomme – varetages af sundhedsplejersker, praktiserende læger, børnelæger og andre sundhedsprofessionelle. Her observeres løbende, om væksten forløber normalt eller ej. Eksempelvis er en stagnation i vægtd udviklingen et initialt tegn på en betydende og potentielt kronisk sygdom, hvor der anvendes relativt mere energi på sygdommen end på væksten. En stagnation i højdeudviklingen er således et mere alvorligt udtryk for en vækstpåvirkning grundet en potentiel alvorlig kronisk sygdom. Der kan eksempelvis være tale om endokrinologiske sygdomme (hypothyreose, væksthormonmangel og -overproduktion, for tidlig og forsinket pubertet, binyreinsufficiens, hyperinsulinisme m.fl.), gastrointestinale sygdomme (cøliaki, Chron's sygdom, leversygdom m.fl.), sygdommen cystisk fibrose, genetiske og kromosomale sygdomme (syndromerne Turner, Williams, Klinefelter, Sotos, Marfan m.fl.), nyresygdomme, hjertesygdomme, neurologiske sygdomme eller onkologiske

sygdomme m.fl. Der kan også være tale om mental mistrivsel med overgreb, neglect eller omsorgssvigt, der kan medføre en relativ spisevægring med påvirkning af vægt, vækst og udvikling.

Mange af ovennævnte sygdomstilfælde vil vise sig som symmetrisk væksthæmning (både vægt og højde) og opdages derfor nemmest ved, at målingerne bliver set på en vækstkurve. Derfor er det vigtigt at erkende, at måling af højde og vægt – og dermed monitorering af vækst og udvikling – er afgørende for at kunne sikre fysisk, mental og social trivsel hos børn og unge.

I hele denne diskussion er det overordentligt vigtigt at anerkende, at en systematisk indsamling af højde og vægtmålinger i løbet af barnealderen viser vækstudviklingen og er dermed en forebyggende indsats for at opspore både sjældne og almindeligt forekommende sygdomme, herunder også anoreksi og bulimi.

I de seneste årtier er forekomsten af overvægten øget epidemisk, også blandt danske børn og unge med mange følgende udfordringer såsom ”er det nu mere normalt at have overvægt?”, ”hvad betyder det?”, ”hvad skal vi gøre?” og ”hvordan skal vi snakke om det?” Det har mange afledte konsekvenser for fremadrettet at forstå nutidens børn og unge bedre. I den anledning er det vigtigt at huske, at det i Enheden for Børn og Unge med Overvægt på Holbæk Sygehus er dokumenteret, at blandt børn og unge i overvægtsbehandling (med en gennemsnitsalder på 11-12 år), der har over 50 pct. begyndende eller reelt forhøjet blodtryk, 45 pct. har søvnapnø, 31 pct. har fedtlever, 28 pct. har forhøjet kolesterol, og 18 pct. har forstadier til type 2 diabetes. WHO har anslået, at blandt voksne er overvægt ansvarlig for 12 pct. af sygeligheden og dødeligheden ved kræftsygdomme, 35 pct. af sygeligheden og dødeligheden ved hjerte-/karsygdomme og 85 pct. af sygeligheden og dødeligheden ved type 2 diabetes.

Enheden for Børn og Unge med Overvægt i Holbæk har dokumenteret, at vi i flere studier

i kommuner og på hospitaler er i stand til at reducere graden af overvægt hos omkring 75 pct. af patienterne² samtidig med, at forhøjet blodtryk³, kolesterol⁴, fedtlever⁵, søvnapnø⁶ og forældrenes grad af overvægt⁷ reduceres.

Samtidig bedres livskvalitet⁸, humør⁸, kropsofattelse⁸ og mobning⁸. Disse resultater er uafhængige af socialklasse⁹, graden af overvægt ved behandlingsstart^{2,9}, en genetisk risiko-score for overvægt¹⁰ og forstyrret spising². Der anvendes i alt blot 4,5 timers sundhedsprofessionel tid per familie per år.

Behandlingsforløbene, som også er forebyggelsesforløb, forventes yderligere optimeret med kvalitetssikring, tidsbesparelse, bedre arbejdsmiljø og effektivitet ved anvendelse af et nyudviklet digitalt redskab til den skræddersyede behandling, der i øjeblikket udbredes og understøtter de ovenstående resultater.

Vækstmonitorering er en fundamental komponent i den forebyggende sundhedspleje, og det skal den fortsætte med at være, specielt når overvægt er en stigende udfordring i befolkningen. Hvis håndteringen af overvægt er en udfordring for sundhedsprofessionelle, så bør vi i sundhedsvæsenet sikre tilstrækkelig og relevant uddannelse, så sundhedsprofessionelle kan håndtere denne udfordring både kommunikativt og pædagogisk. ♥

REFERENCER:

- 1 Jebeile. *Obes Rev* 2019; 20: 1287–1298.
 - 2 Fogh. *J Paediatr Child Health* 2020; 56: 542–549.
 - 3 Møllerup. *J Hum Hypertens* 2017; 31: 640–646.
 - 4 Trh. *Child Obes Print* 2012; 8: 533–41.
 - 5 Fonvig. *BMC Pediatr* 2015; 15: 196.
 - 6 Andersen. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2019; 123: 57–62.
 - 7 Trier. *PLoS One* 2016; 11: e0161921.
 - 8 Fonvig. *Qual Life Res* 2017; 26: 3279–3288.
 - 9 Holm. *Int J Pediatr Obes* 2011; 6: 188–196.
 - 10 Hollensted. *Obesity* 2018; 26: 1915–1922.
-