04-11-2013

Høringsvar om Sundhedsstyrelsens høringsudkast til ”Opsporing af overvægt samt tidlig indsats for børn og unge i skolealderen - Vejledning til skolesundhedstjenesten”.

Det er meget positivt, at der er udarbejdet et høringsudkast om opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen.

Rapporten nævner ikke mulighed for udredning og behandling af overvægt i pædiatrisk regi. Det undrer vi os over, da der på størstedelen af landets børneafdelinger foretages udredning for og behandling af overvægt og adipositas, og dette også foretages i pædiatrisk speciallægepraksis.

Adipositasudvalget, Dansk Pædiatrisk Selskab, betragter svær overvægt som en sygdom, hvilket er i tråd med en ny udmelding fra det amerikanske medicinske selskab, som har tilkendegivet at svær overvægt er at opfatte som en sygdom (1) og det følger grundige, velfunderede amerikanske retningslinjer om overvægt og svær overvægt fra 2007 (2,3). Kendskab til svær overvægt indgår også i målbeskrivelsen for uddannelse til speciallæge i faget pædiatri. Denne holdning til overvægt fremgår desværre ikke af det aktuelle høringsudkast. Det er desuden vanskeligt, at høringsudkastet ikke tydeligt skelner mellem opsporing, forebyggelse og behandling.

Adipositasudvalget betragter bla. svær overvægt som en sygdom, da der hos svært overvægtige børn og unge er præhypertension eller reel hypertension hos op til 50% (4), fedtlever hos op imod 40% (5), hyperlipæmi hos godt 25% (6) og prædiabetes eller diabetes hos godt 20% (7).

Det er forkert, når der på side 33 i høringsudkastet står, at ”*Det er ikke vanskeligt at måle de kardiovaskulære risikofaktorer, og den samlede profil hos børn med metaboliske problemer skiller sig markant ud og kan diagnosticeres. Dette gøres dog kun i forskningsmæssige sammenhænge, primært fordi en præcis diagnose ikke tjener noget formål, da man ikke medicinerer børn*.” Det er ikke rigtigt, at disse undersøgelser kun gøres i forskningsmæssige sammenhænge, og nogle svært overvægtige børn får medicinsk behandling med både blodtrykssænkende medicin (8) og metformin.

Desuden står der, også på side 33, at ”*Fasteblodsukker, som er et simpelt og billigt mål, der kan indikere nedsat insulinfølsomhed og metabolisk syndrom hos voksne, ikke kan anvendes hos børn*”. Det er også forkert. Hvis fasteglukose er forhøjet hos et barn vil der blive reageret (9). Det er korrekt, at et normalt fasteglukose ikke udelukker insulinresistens. Det fremgår også af Dansk Pædiatrisk Selskab, Adipositasudvalget, kliniske retningslinjer om udredning og behandling af overvægt og adipositas hos børn og unge i pædiatrisk regi. Retningslinjerne er den 22. oktober sendt til høring til 10. november hos i relevante udvalg under Dansk Pædiatrisk Selskab, Danske Børnelægers Organisation, Dansk Studiegruppe for Diabetes i Barnealderen, Dansk Selskab for Adipositasforskning og Dansk Selskab for Almen Medicin, og fremsendes gerne, hvis det har interesse.

Det er vigtigt, hvordan overvægt og svær overvægt defineres. På side 34 i høringsudkastet står der, at ”*BMI beregnes ud fra oplysninger om højde og vægt. BMI er kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter, kg/m2. WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI* – vi foreslår, at der her suppleres med sætningen: *hos voksne over 18 år*:

• *Undervægt: BMI < 18,5*

*• Normalvægt: 18,5 ≤ BMI < 25,0*

*• Moderat overvægt: 25,0 ≤ BMI < 30,0*

*• Svær overvægt: BMI ≥ 30,0*

*International Obesity Task Force (IOTF) publicerede i 2000 grænser for BMI i forskellige aldersgrupper for overvægt og svær overvægt (ISO-BMI/IOTF) hos børn, som i dag anvendes internationalt, herunder i Danmark (4, 5, 18).*”

Vi anbefaler, at der suppleres med, at der hos børn anvendes andre skæringsgrænser, og at svær overvægt, BMI ≥ 30,0 svarer til BMI højere end 99 percentil for køn og alder, samt at moderat overvægt, 25,0 ≤ BMI < 30,0 svarer til BMI imellem 90 og 99 percentilerne for køn og alder.

Vi foreslår, at der i teksten bliver trykt en sådan BMI-kurve for børn, da det erfaringsmæssigt er vanskeligt, at børn har markant lavere BMI-skæringsgrænser for overvægt og svær overvægt end voksne. Vi finder ikke kurver der definerer BMI-skæringsgrænser for overvægt og svær overvægt hos børn på [Downloads/Lokale indstillinger/Temporary Internet Files/Content.IE5/Lokale indstillinger/Temporary Internet Files/Content.Outlook/Dokumenter/Downloads/Dina Word/Adipositas, DPS-udvalg/www.iaso.org/resources](Downloads/Lokale%20indstillinger/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/Lokale%20indstillinger/Temporary%20Internet%20Files/Content.Outlook/Dokumenter/Downloads/Dina%20Word/Adipositas,%20DPS-udvalg/www.iaso.org/resources), og undrer os over, at der ikke henvises til danske BMI-kurver for børn (10), som også er tilgængelige elektronisk: Piger: <http://www.paediatri.dk/images/pdf_filer/dps_vejl/007pigerbodymass.pdf>

Drenge: <http://www.paediatri.dk/images/pdf_filer/dps_vejl/0014drengebodymass.pdf>

Vi anbefaler, at teksten side 34 suppleres med, at piger på hhv 7, 10 og 14 år efter danske BMI-kurver (10) har:

* Moderat overvægt, mindst 90 percentilen, ved BMI på mindst 17,2, 19,2 og 22,3
* Svær overvægt, mindst 99 percentilen, ved BMI på mindst 20,2, 22,8 og 25,1

Og tilsvarende, at drenge på hhv 7, 10 og 14 år efter danske BMI-kurver (10) har:

* Moderat overvægt, mindst 90 percentilen, ved BMI på mindst 17,3, 19,9 og 21,6
* Svær overvægt, mindst 99 percentilen, ved BMI på mindst 19,3, 21,8 og 25,3

På side 34 skrives der om pubertetsudvikling. Det er korrekt, at ”*Anvendelse af BMI har af flere grunde svagheder i diagnosticering af overvægt og svær overvægt hos børn. BMI differentierer ikke mellem muskelmasse og fedtvæv, og både kraftigt byggede børn og tidligt modne børn vil derfor have større BMI, selvom deres sundhedstilstand ikke er ringere.”* Vi foreslår at supplere med, at det anbefales at måle taljeomfang samtanvende de køns- og alders justerende BMI-kurver. Vi foreslår i øvrigt, at afsnittet om pubertet i øvrigt beskæres for ikke at bringe usikkerhed om vurdering af børn og unge i puberteten, og undrer os over, at der henvises til en reference om drenge når pigers menstruationstidspunkt beskrives.

Desuden foreslår vi, at der informeres om hvornår der er så stor sundhedsmæssig bekymring for overvægtige og svært overvægtige børn og unge, at de anbefales henvist til læge med særligt kendskab til behandling af svær overvægt, gerne pædiatrisk ekspertise. Vi bliver bekymrede når der på side 10 står, at *”Sundhedsplejersken/ kommunallægen må i samtalen med den unge desuden præsentere den unge for relevante redskaber til at håndtere eventuel overvægt eller svær overvægt”* Vi anbefaler, i de føromtalte Kliniske retningslinjer om udredning og behandling af overvægt og adipositas hos børn og unge, de følgende indikationer for udredning for adipositas i pædiatrisk regie:

1) BMI på mindst 99 percentilen ELLER

2) BMI på 90 percentilen OG én eller flere af følgende:

* Mistanke om specifik medicinsk årsag til overvægt.
* Dyskrine træk.
* Vigende højdetilvækst.
* Forsinket psykomotorisk udvikling.
* Persisterende overspisning / ”binge-eating” og søgen efter mad.
* Begge forældre slanke med BMI < 25 nu og tidligere.
* Hastigt stigende BMI.
* Andre komplikationer/ associerede tilstande, f.eks. hypertension, dyslipidæmi, forhøjede le-verparametre, prædiabetes.

I *afsnit 8, Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde*, er vi meget enige i at der er behov for langvarig indsats og anbefaler, at samarbejdet om de overvægtige børn/familien, som også har behov for et behandlingsforløb på hospital/sygehus med fordel kan beskrives mere uddybende, og med præcisering af hvem der tager vare på hvad. Børn og familiers behov for veldefinerede sammenhænge og kontinuitet, på tværs af sektorer, behandlere og vejleder er essentielt ikke mindst for disse sårbare grupper af familier med overvægtige børn og unge.

På vegne af Dansk Pædiatrisk Selskabs Adipositas udvalg

Mvh

Mia Bjerager

Formand

Dansk Pædiatrisk Selskab

Referencer

1. American Medical Association House of Delegates. Recognition of obesity as a disease. 2013,420 (A-13). <http://www.npr.org/documents/2013/jun/ama-resolution-obesity.pdfA>
2. Barlow SE, Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: Summary report. Pediatrics 2007;120:s164-s192
3. Spear BA, Barlow SE, Ervin C et al. Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. Pediatrics 2007;120:s254-s288
4. Holm JC, Gamborg M, Neland M et al. J Hypertens. 2012;30(2):368-74.
5. Bozic MA, Subbarao G, Molleston JP. Nonalcoholic Fatty Liver Disease. Nutr Clin Pract 2013;28:448-58.
6. Nielsen TRH, Gamborg M, Fonvig CE et al. Changes in lipidemia during chronic care treatment of childhood obesity. Child Obes. 2012;8(6):533-41.
7. Nowicka P, Santoro N, Liu H et al. Utility of hemoglobin A(1c) for diagnosing prediabetes and diabetes in obese children and adolescents. Diabetes Care. 2011;34(6):1306–11.
8. Winding L, Wason M, Nørgaard H et al. Klaringsrapport om hypertension hos børn. Accepteret af DPS-udvalgene for endokrinologi og hjertesygdomme, Dansk Nefrologisk Selskab og Dansk Hypertensions Selskab. 11. marts 2013. <http://www.ugeskriftet.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=9796971.PDF>
9. Pearson S, Broløs EJ, Herner EB et al. Screening Copenhagen school children at risk of type 2 diabetes mellitus using random capillary blood glucose. Acta Pædiatrica 2007;96:885-9.
10. Nysom K, Mølgaard C, Hutchings B et al. Body mass index of 0 to 45-y-old Danes: reference values and comparison with published European reference values. Int J Obes Relat Metab Disord 2001;25:177–84.