

Selvom børn i dag tilbringer en stor del af deres tid i institutioner, så er det stadig primært forældrenes ansvar, hvad børnene spiser, og om de bevæger sig nok igennem dagen.

At overvægt skyldes en ubalance mellem energiindtag og energiforbrug med genetiske og sociale påvirkninger som medspillere er velkendt (10). Men i en intervention er det vigtigt at være opmærksom på, at et barn ikke kan arve en overvægt via generne, de kan kun arve en disponering for overvægt.

Af Kenneth Christiansen

Hjælp – barnet har overvægt

Danske børn og unge fra 4-17 år spiser ifølge den danske kostundersøgelse fra 2008 generelt for meget fedt og for mange sukkerarter (7). Når der sammenlignes med den danske kostundersøgelse fra 2002, ses et fald i sukkerholdige drikkevarer og det totale energiindtag, en stagnering i indtaget af fedt samt en lille stigning i indtaget af frugt og grønt. Men samtidig ses en stigning i indtag af sukker fra slik, så det totale sukkerindtag i dag er højere end i 2002. Allerede i 2005 startede Ernæringsenheden projektet "STOR", "Struktureret tværfagligt og tværsektorielt tilbud til småbørn med overvægt og deres familier". Formålet med projektet var tværfaglighed i behandlingen (klinisk diætist, fysioterapeut og familiekonsulent), tidlig opsporing (børn fra 3-5 år) og inddragelse, samt forandring af hele familiens mad- og bevægelsesvaner. I 2007 blev behandlingsmodellen implementeret og udvidet til at gælde alle børn og unge med overvægt fra 2-17 år og deres familier.

Denne artikels formål er at videregive viden og erfaringer fra de 7 år, jeg var projektleder og kli-

nisk diætist i Ernæringsenheden og vejlede familierne, samt oplyse om resultaterne af denne behandlingsmetode. Derudover inddrages mine erfaringer fra mine 2 år i Herning Kommune og 2 år som ejer af Slanke+, hvor jeg i 2012 har udviklet og idriftsat lignende behandlingsmetoder med samme metodiske grundprincipper som behandlingsmodellen i Ernæringsenheden. I Herning Kommune og hos Slanke+ fungerer behandlingsmetoden dog uden en fysioterapeut og en familiekonsulent. Min forhåbning er, at du i din hverdag kan bruge nogle af de redskaber, der kommer i artiklen, når du skal hjælpe et barn til at tabe sig.

Baggrund

Selvom sundhedskonsekvenserne af overvægt og svær overvægt er forskellige fra person til person, og ca. 20-25 % af alle voksne med overvægt er raske og aldrig udvikler overvægtsrelaterede sygdomme (2), vil flertallet af overvægtige udvikle sygdomme igennem livet, og det må formodes, at jo flere år en person har haft overvægt, des større



Biografi

Kenneth Christiansen er klinisk diætist, kok, kandidat i generel pædagogik og ejer af Slanke+, din mobile diætist i Midtjylland og trekantsområdet.

Forfatters adresse

Slanke+
Vestergade 5
7490 Aulum
info@slankeplus.dk

BMI kan defineres som en standard for vægten i forhold til højden. Der er international enighed om at anvende samme princip til definition af overvægt og fedme hos børn som for voksne.

Sundhedsstyrelsen har allerede i 2003 skønnet, at udvikling og behandling af overvægt (BMI fra 25-30) og svær overvægt (BMI > 30) er multifaktoriel og vil belaste de danske budgetter over en bred front i fremtiden

risiko er der for at udvikle overvægtsrelaterede sygdomme.

I dag ses der en sammenhæng mellem overvægt i 2-årsalderen til overvægt i voksenalderen (3, 4, 5). Således skønnes det, at det 2-årige barn med overvægt har 50 % risiko for at bibeholde sin overvægt ind i voksenalderen. Hvis barnet stadig er overvægtig ved udskolingen, er denne risiko øget til ca. 80 %.

I 2010 foretog Region Midtjylland en undersøgelse, hvori det blev skønnet, at antallet af overvægtige voksne er steget med 10 % på 4 år, så 52 % af den voksne befolkning nu er overvægtige (6). Denne samme epidemiske stigning er også set blandt børn og unge under 18 år, hvor en dansk undersøgelse blandt 14-16-årige fra 1998 viste, at andelen af drenge med overvægt er steget fra 5,1 % i 1971 til 15,5 % i 1998 og fra 6,2 % til 15,6 % blandt piger (3). Den samme undersøgelse viste også, at ikke kun antallet af børn og unge med overvægt var steget, overvægten var det også. Danske børn og unge havde simpelthen større overvægt i 1998, end de havde i 1971. Denne tendens er set at være stigende, og i 2010 blev det skønnet, at 18 % af unge fra 16-24 år var overvægtige, og 6 % var svært overvægtige, hvilket indikerer, at ca. 24 % af unge i Region Midtjylland er estimeret at have overvægt (6).

Sundhedsstyrelsen har allerede i 2003 skønnet, at udvikling og behandling af overvægt (BMI fra 25-30) og svær overvægt (BMI > 30) er multifaktoriel og vil belaste de danske budgetter over en bred front i fremtiden (8). Her ses børn og unge som en særlig målgruppe for forebyggelse og behandling,

idet børn og unges mad- og bevægelsesvaner grundlægges tidligt i livet og bæres med ind i voksenalderen. I rapporten ses forældre som den primære ansvarlige for at viderebringe sunde vaner og normer til deres børn. Ud over de økonomiske konsekvenser af overvægt er mobning, lavt selvværd og dårligere livskvalitet velkendt hos mange børn og unge med overvægt.

Hvornår har et barn overvægt?

BMI kan defineres som en standard for vægten i forhold til højden. Der er international enighed om at anvende samme princip til definition af overvægt og fedme hos børn som for voksne (9). Ved at anvende alderskorrigerede BMI-værdier til at opspore børn med overvægt kan man anvende samme standard for overvægt hos børn, som man gør for voksne.

BMI udregnes på samme måde som hos voksne, men skal så hos børnene korrigeres for alder og køn til det, man kalder alderskorrigeret BMI. Den alderskorrigerede BMI-værdi, der svarer til en BMI på 25 eller derover, hvis barnet havde været 18 år, er grænsen for overvægt hos et barn. Den alderskorrigerede BMI-værdi, der svarer til en BMI på 30 eller derover, hvis barnet havde været 18 år, er grænsen for svær overvægt hos børn.

I praksis kan man aflæse den alderskorrigerede BMI direkte i Tabel 1. Hvis barnets BMI ligger over den værdi, der hedder iso-bmi/iotf-25 i Tabel 1 herunder, har barnet overvægt. Hvis barnet ligger på den værdi, der hedder iso-bmi/iotf-30 eller højere, så har barnet svær overvægt (se Tabel 1).

Barnet arver ikke overvægt via generne

At overvægt skyldes en ubalance mellem energiindtag og energiforbrug med genetiske og sociale påvirkninger som medspillere er velkendt (10). Men i en intervention er det vigtigt at være opmærksom på, at et barn ikke kan arve en overvægt via generne, de kan kun arve en disponering for overvægt. Nogle har bare nemmere ved at tage på end andre. Og skal et barn tabe sig, så handler det om, at barnet igennem en lang periode skal spise færre kalorier, end barnet forbrænder. Hvis et barn over 2 år har opnået den alderskorrigerede BMI, der svarer til en BMI på 25, hvis barnet havde været 18 år gammelt, har barnet spist flere kalorier, end kroppen har haft behov for, uafhængigt af genetisk disponering.

Behandlingsmetode

Henvisningskriterier til behandlingen i Ernæringsenheden er den BMI, der svarer til en BMI på 25, hvis barnet havde været 18 år, se Tabel 1. Senest 21 dage efter at en henvisning bliver modtaget, får familien tid til 1. konsultation i børneteamet, derefter tilbydes familien konsultationer med 3-6 måneders mellemrum, så længe de har behov for hjælp, og derefter tilbydes konsultationer med 12 måneders mellemrum, til barnet er 18 år. Så der går lang tid imellem konsultationerne, og dermed er denne behandlingsmetode ikke dyrere end gængs praksis for sundhedsvæsenet. Familierne tilbydes at fortsætte med at blive fulgt, så længe der er behov.

Familierne medbringer ved første konsultation en 3-dages maddagbog, der er sendt ud til dem inden første konsultation, hvor de har registreret alt det, barnet spiser fra fredag til søndag, samt et frekvensspørgeskema om barnets mad- og bevægelsesvaner. I dag bruger jeg 4-dages maddagbog, så de registrerer fra torsdag til søndag.

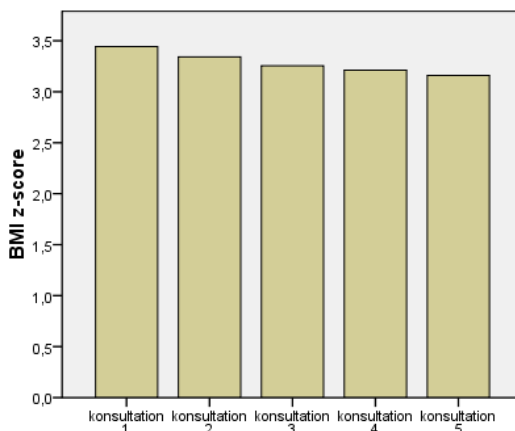
Tip: Kostregistrering torsdag giver et godt billede af hverdagsmaden, fredag er ofte en kostform for sig selv i mange børnefamilier, lørdag giver et godt billede af weekendmaden, og søndag kan også være en kostform for sig selv, ofte indeholdende rundstykker, basser, kage og fastfood.

I konsultationerne spørges altid ind til, hvad familien ønsker hjælp til at forandre. Dvs. den enkelte familie vælger altid selv, hvad og hvor meget de ønsker at forandre fra gang til gang. Der arbejdes lavintensivt dvs. ofte kun med 2 forandringer imellem hver konsultation. Det er vigtigt at huske, at et barn og en familie, der forandrer og fastholder en ny vane hver 3. måned igennem ungdommen, når at udvikle mange nye mad- og bevægelsesvaner for familien, inden barnet bliver voksent.

I selve Projekt STOR indgik 21 børn fra 3-5 år, og resultaterne nedenfor er opgjort på disse børn og gengivet fra en artikel i Diætisten fra 2009. Disse resultater afspejler ganske præcist effekten af behandlingsmodellen ifølge mine erfaringer igennem de efterfølgende mange år, hvor jeg siden januar 2007 har været med til årligt at starte mellem 100-150 nye familier op i behandling. 1 års resultater fra Herning Kommune, hvor jeg i 2013 startede 153 nye familier op i behandlingsforløb, foreligger dog først i vinteren 2015.

BMI z-score ved 5. konsultation ligger 2 år efter behandlingsstart og er 0,28 lavere end ved 1 konsultation (CL95 % 0,05-0,52) $p=0,021$. På individ-

Figur 1:
Oversigt over BMI z-score for de første 5 konsultationer i Børneteamet i Holstebro.



Figur 1 viser box plot af børnenes BMI z-score. Der er gået 18-24 måneder fra 1. til 5. konsultation. Gengivet efter artikel i Diætisten nr. 97 2009.

Tablet 1: Standard for overvægt børn og unge.

Tablet 1: Grænseværdier for overvægt (ISO-BMI/IOTF-25) og svær overvægt (ISO-BMI/IOTF-30) hos drenge og piger i skolealderen¹³⁴

Alder (år)	ISO-BMI/IOTF-25		ISO-BMI/IOTF-30	
	Drenge	Piger	Drenge	Piger
5	17,39	17,23	19,27	19,20
5,5	17,42	17,25	19,46	19,36
6	17,52	17,33	19,76	19,61
6,5	17,67	17,48	20,15	19,96
7	17,88	17,69	20,59	20,39
7,5	18,12	17,96	21,06	20,89
8	18,41	18,28	21,56	21,44
8,5	18,73	18,63	22,11	22,04
9	19,07	18,99	22,71	22,66
9,5	19,43	19,38	23,34	23,31
10	19,80	19,78	23,96	23,97
10,5	20,15	20,21	24,54	24,62
11	20,51	20,66	25,07	25,25
11,5	20,85	21,12	25,56	25,87
12	21,20	21,59	26,02	26,47
12,5	21,54	22,05	26,45	27,05
13	21,89	22,49	26,87	27,57
13,5	22,24	22,90	27,26	28,03
14	22,60	23,27	27,64	28,42
14,5	22,95	23,60	28,00	28,74
15	23,28	23,89	28,32	29,01
15,5	23,59	24,13	28,61	29,22
16	23,89	24,34	28,89	29,40
16,5	24,18	24,53	29,15	29,55
17	24,46	24,70	29,43	29,70
17,5	24,73	24,85	29,71	29,85
18	25,00	25,00	30,00	30,00

Tablet 1 viser bmi z-score (cutoff-værdier (nedre grænse)) for definition af overvægt. Værdier i tabellen svarer til et BMI på 25 eller 30, hvis barnet havde været 18 år gammelt (Kilde: Opsporing af overvægt og tidlig indsats, Sundhedsstyrelsen 2014, 1. udgave 1. oplag).

Tablet 2: Ændringer i børnenes kostindtag fra 1-5 konsultation.

FOOD	1. konsultation	5. konsultation	Ændring (95 % CI)	P-Værdi
Energiholdige drikkevarer (ml)	141	72	-69 (-25 to 164)	0,139
Frukt (gram)	168	167	-1 (-50 to 52)	0,973
Grøntsager (gram)	44	115	71 (-107 to -34)	0,001
Mælk (ml)	371	283	-88 (-39 to 216)	0,159
Rugbrød (gram)	62	77	15 (-42 to 12)	0,258

Tablet 2 viser kostændringen over tid for alle kostgrupper udtrykt i gennemsnitlige mængder pr. dag, baseret på 3-dages prospektive kostregistreringsskemaer. Gengivet efter artikel i Diætisten nr. 97 2009.

niveau ses, at 65 % af børnene har samme eller lavere BMI ved 5. konsultation. Selvom BMI z-score falder jævnt, kan det ses, at det først er ved 5. konsultation, at BMI z-score er faldet så meget, at der er statistisk signifikans (videnskabelig dokumentation). Ved sammenligning af BMI z-score mellem 1. og 5. konsultation samt kostændringer fra 1. til 5. konsultation blev der anvendt Parret T-test (særlig analysemetode). Signifikant-niveaet er sat til 0,05 og derunder.

På baggrund af familiernes udfyldte maddagbog er kostændringer opgjort fra 1. konsultation til 5. konsultation efter 18-24 måneder.

Oplysningerne om, hvad og hvor meget barnet spiser, som forældrene giver mundligt i konsultationerne, er ikke inkluderet i kostdata, da de er retrospektive, baseret på forældres hukommelse og samvittighed, og derfor ikke valide (præcise nok til forskning).

Resultater

Selvom ikke alle børnene spiste, som anbefalingerne foreskrev efter 2 års behandling (5 konsultationer), så opnåede alle at have forandret deres mad- og bevægelsesvaner i en sundere retning med statistisk signifikant effekt på indtag af grøntsager. På individniveau sås, at 66 % af børnene

spiste mere frugt, 80 % spiste flere grøntsager, 60 % drak færre mælkeprodukter, 53 % drak færre kalorierholdige drikkevarer, 53 % spiste mindre rugbrød. Man kan stille spørgsmål ved det hensigtsmæssige i, at 53 % spiste mindre rugbrød, men da langt de fleste børn med overvægt spiser for store mængder mad, kan det være positivt for deres vægtudvikling, at de spiser mindre rugbrød til deres frokost.

Fysioterapeuten har på baggrund af familiernes og børnenes udtalelser vurderet mængden af bevægelse til at være øget igennem forløbet. Hvad der synes ligeså vigtigt er, at mange familier i konsultationen udtaler, at bevægelsen for børnene nu er mere lystbetonet og ikke længere pligtbetonet, samt at den haft en afsmittende effekt på resten af familien.

Behandlingen i praksis

Behandlingen af børn med overvægt ud fra ovenstående er en standardiseret metode, hvor der rent pædagogisk arbejdes ud fra en socialkonstruktivistisk tankegang med en systemisk og narrativ tilgang (1). Herved menes, at en familie ikke opfattes som forskellige, individuelle personer, der handler uafhængigt af hinanden, men som en sammenhængende enhed, der gensidigt påvirker

Tip: Copingmekanismer: Et barn gør sjældent, hvad de voksne siger i forhold til spisning og bevægelse, et barn gør, hvad de voksne gør!

Tip: Man kan lære et barn at drikke mindre sodavand på to måder, enten ved at fjerne sodavanden eller ved at lære barnet (og familien) at drikke mere vand.

hinandens følelser, meninger og handlinger gennem deres sprogbrug og via coping-mekanismer. Derved afstås der i behandlingen fra at søge efter årsagen til familiens oplevede problem hos det enkelte barn, men derimod fokuseres på, at problemet er et fælles anliggende for hele familien, som skal klares af hele familien.

Interventionens mål er at sigte imod at styrke familiens indlæringssevne og fokusere på familiens egne ressourcer: Den enkelte familie skal via behandlerens spørgsmål og kommunikation stimuleres til selv at definere sine behov for hjælp og hvilken viden, den ønsker i konsultationen. På denne måde hjælpes familien til at blive bevidst om den enkeltes egne personlige potentialer (1). Ved primært at fokusere på de succeser, som familien har, bliver målet at fremme familiens lyst og motivation til fortsat at fastholde de forandringer i deres mad- og bevægelsesvaner, som familien vælger, samt gejsten til at vælge endnu flere forandringer i en sundere retning.

Der afstås i alle konsultationer fra at diktere, hvilke forandringer familierne bør gøre. Derimod arbejdes der med at styrke familiens sundhedsmæssige kompetencer omkring mad-bevægelsesvægtudvikling m.m. gennem vejledning, undervisning og støttende arbejde (1). Derved ikke sagt, at der ikke må inddrages viden i samtalerne i konsultationerne, alle familier bør have undervisning i grundlæggende ernæringslære om mad, kalorier og vægtudvikling, samt grundlæggende undervisning i bevægelseslære om bevægelse, motion og forbrænding. Men det bør være op til familierne selv, hvad de ønsker viden om, og hvor meget de vil gå hjem og forandre i familiens mad- og bevægelsesvaner, samt hvordan de vil gøre det i praksis.

Rent praktisk betyder dette, at man som behandler skal respektere den virkelighed, der er familiens egen i ethvert vejledningsforløb, hvis der skal opnås en forandring af vanerne. Netop fordi familien som enhed skaber sin egen forståelsesramme, der styrer familiemedlemmernes hand-

linger, og som passer ind i lige præcis deres virkelighed. Behandlingsforløbenes formål bliver derved at udfordre familiens holdninger og handlinger, så de bliver styrket til at gennemskue den virkning, deres valg vil have i deres hverdag i forhold til forandring af barnets mad- og bevægelsesvaner. Denne metode er den model, jeg vil anbefale, at der arbejdes ud fra, netop fordi det er vist, at jo mere hele familien engagerer sig, og jo mere forandringer bliver fælles for alle i familien, des større succesrate synes børnene at have med at forandre mad- og bevægelsesvanerne og fastholde disse (11, 12).

Denne tilgang stiller krav til behandleren om neutralitet og en evne til at stille spørgsmål, der kan udfordre familiens virkelighed og grundholdninger, samt til at kunne gennemskue fordele og ulemper ved det liv, familien lever og de måder, familiens medlemmer tackler forskellige situationer på. Det er altid familien selv, der har løsningerne, og ikke behandleren. I praksis betyder dette, at der spørges mere ind til familiens oplevelse af problemet end til selve problemet, ligesom det altid er familien selv, der vælger, hvad de opfatter som et problem, og hvilke forandringer de ønsker at arbejde videre med. Men der lægges op til af behandler, at forandringerne bør være fælles for hele familien.

Tip: Hvis familien vælger, at lille Peter på 5 år kun må spise 1 portion aftensmad fremover, så er det alle i familien, der kun må spise 1 portion. På den måde gøres ændringerne fælles for alle, og lille Peter vil ikke sidde og føle sig forskellige fra de andre.

Målet med denne tilgang er, at hvis barnet forandrer sine mad- og bevægelsesvaner, så vægten står stille, så vil barnet blive slankere, efterhånden som han/hun vokser i højden (1). Den mulighed har voksne ikke, de skal tabe sig, hvis de skal blive slankere. Dette betyder ikke, at barnet ikke må tabe sig, men det er ikke det primære mål med behandlingen.



Forældreansvar og udvikling af madvaner

Det er vigtigt for behandleren at huske, at det er forældrenes ansvar at viderebringe sunde vaner og normer til deres børn. Selvom børn i dag tilbringer en stor del af deres tid i institutioner, så er det stadig primært forældrenes ansvar, hvad børnene spiser, og om de bevæger sig nok igennem dagen.

Forældrene har samtidig med deres opdragelse af barnet også indflydelse på, hvilke mad- og drikkevarer der er til rådighed i hjemmet. Hvor ofte der er fristelser i form af is, slik, chips, chokolade, saftvand m.m. til rådighed for barnet. Ved at

inddrage barnet i indkøb og madlavningen igennem hele ungdommen kan forældrene, ud over at lære barnet at lave mad, støtte op omkring, at barnet opnår større handlekompetence i forhold til madlavning og valg af sundere fødevarer. Min erfaring er, at børn, der har ugentlige madlavningsdage og ofte hjælper i køkkenet andre dage, er mere modtagelige for at smage nye fødevarer og på den måde lærer at spise mere varieret.

Ideologien bag den behandlingsmetode, jeg bruger, er, at det handler om hele familiens mad- og bevægelsesvaner og ikke det enkelte barns. Netop fordi et barns udvikling af madvanerne starter meget tidligt i livet, allerede i overgangskosten hos spædbarnet, påvirkes barnets smagspræference ud fra den mad, der serveres i hjemmet, samt måden maden serveres på. Ifølge Birch og Fischer (13) lærer børn helt fra starten af livet, hvad, hvordan og hvor meget der spises ved at kopiere forældres og større søskendes madvaner. De er rollemodeller for deres børn.

Tip: Hvis problemet er, at barnet og flere andre i familien spiser store mængder aftensmad, så lad maden stå i køkkenet og lad alle øse deres mad op derude, og stil så et fad med udskåret frugt og grøntsager på spisebordet og se, hvad der sker!

Tip: Der findes ikke noget mad, der skal ses som værende sundt eller usundt, men der findes mange fødevarer, som man ikke bør spise særlig tit eller i særlig store mængder, hvis man vil spise sundt.

Tip: Lær dit barn, at alle i familien altid skal dyrke mindst en sportsgren. Så det ikke et valg at lade være med at dyrke sport, kun et valg om, hvilken sportsgren barnet ønsker at gå til.

At børnene også i høj grad kopierer de voksnes bevægelsesvaner, er nok også velkendt for mange. Det har nu engang aldrig været svært at få lille Peter på 5 år til at gå ud og spille fodbold, men hvis far eller mor bliver indenfor på sofaen i stedet for at gå med ud og spille fodbold, så mister han ofte hurtigt lysten. Min erfaring er, at det slet ikke er unormalt, at et barn tilbringer 3-5 timer dagligt af sin fritid foran en skærm, fx pc, playstation, tv, iPad, smartphone m.m., i hverdagene og noget mere i weekenderne. Dette kan nemt løbe op på et gennemsnit på over 2 døgn om ugen, som barnet tilbringer inaktivt foran en skærm – og det er bare i fritiden.

Tip: Lav regler for, hvor mange timer der må bruges på skærmaktivitet i familien.

Når man intervenser over for en familie, skal man huske, at et barn fødes ind en familie skabt af vaner, normer og strukturer, som barnet så tilegner sig igennem socialisering og opdragelse. Derved ændres barnets vaner op igennem ungdommen, og det helt lille barns ”hvorfør gør man sådan” bliver gennem opdragelsen til ”sådan gør man nu engang”. På den måde socialiseres barnet ind i en familie bestående af normer, regler og love, som kommer til at blive den virkelighed, barnet handler ud fra. Denne socialisering i forhold til mad- og bevægelsesvanerne sker på en gang gennem aktiv opdragelse (direkte påvirkning fra forældre og andre omkring barnet) og en form for spejlvirkning (indirekte påvirkning), hvor barnet kopierer de voksnes måde at gøre tingene på – det man kalder social arv (14).

Igennem hele behandlingsforløbet, og tiden efter, er det vigtigt, at der ikke bør være noget, der er forbudt for barnet at spise. Et forbud imod bestemte fødevarer er vist at øge indtaget målt over tid, når forældrene vender ryggen til, eller når barnet er uden for hjemmet (15). Ved at sætte frisk frugt til fri rådighed er det min erfaring, at mange familier kommer uden om mange problematikker omkring mad, plagen om mad m.m. Hvis alle i familien – også barnet med overvægt – altid kan vælge frugt at spise uden for måltiderne, og der ikke er et slikskab i huset, bliver mange fri for, at barnet plager om tomme kalorier. Selvom frisk frugt indeholder frugtsukker, så er det en af vores mest kaloriefattige og fiberrige fødevarer. Og sukkerindholdet er så lille, at det ikke er et problem i forhold til overvægt. Her har forskningen vist, at jo mere frisk frugt og/eller grøntsager man spiser, des nemmere har man ved at tabe sig og fastholde vægttabet (16).

Spisebordet, en social foranstaltning

Problemer omkring spisebordet skyldes sjældent den mad, der serveres. Måltidet kan også være en social foranstaltning for barnet, hvor der prøves grænser. Barnet reagerer på en dårlig stemning ved bordet og vil fx ikke spise, barnet er træt og ikke sultent og har mere lyst til at lege eller sove m.m. For en behandler, der ønsker at hjælpe en familie, er det vigtigt her at være opmærksom på egne normer, da de kan afspejle det, man siger til en familie. En måde at gøre det på er at overveje, hvad man vil sige til en familie, der kommer med et barn, der ikke gider spise aftensmad.

Her vil jeg anbefale, at familien selv bør forholde sig til, om de serverer aftensmaden på det rigtige tidspunkt for barnet, samt om barnet skal

være ved bordet under måltidet eller ej, eller om barnet skal spise aftensmaden, selvom barnet ikke er sultent eller ikke kan lide maden.

Behandleren bør her i højere grad være konsulent og udfordre familiens holdninger til, hvordan de selv gerne vil have det, og så lade familiens valg være grundlag for den videre vejledning. Det vil i mine øjne være helt o.k., at barnet fravælger aftensmaden indimellem og måske spiser et stykke frugt eller to senere. Det kunne jo være, at barnet er sultent kl. 16.00 eller kl. 19.00, mens forældrene vil spise kl. 17.30. Dog bør familien ikke serverer flere slags mad, for barnet bør også lære at spise den mad, som forældrene gerne vil have, der spises.

Et alternativt, jeg ofte bruger, er at lægge op til, at det er o.k. at fravælge aftensmaden som barn, men at der kun kan vælges frisk frugt fra frugtskålen eller grøntsager som alternativ resten af aftenen. Dette alternativ har efter min erfaring fjernet rigtig mange konflikter omkring aftensmåltidet i de familier, jeg har hjulpet, og det har lært barnet at spise og kunne lide den mad, som forældrene vælger, at der serveres i hjemmet. Dog hvis barnet fravælger aftensmaden dagligt igennem mange uger og spiser frugt i stedet, så skal man selvfølgelig se på, om barnet får nok næringsstoffer til at trives og udvikles normalt. Men fordi barnet gør det en enkelt gang imellem, er der ernæringsmæssigt intet farligt ved det. Og hvis det er det, barnet har lyst til, så er frugt en god, sund fødevarer at bruge som snack.

Tip: Man fjerner aldrig noget fra et barns – eller en voksens – kost; man erstatter det med noget andet. Ved at stille fade med udskåret frugt på bordet om aftenen og foran tv, så spises mere af dette og mindre af andre og måske mindre lødige fødevarer.

Rådgiver som katalysator

Ud fra denne behandlingsmodel er den sundhedsfaglige opgave at være katalysator for familiens forandringsproces. Ved at arbejde med en systemisk tilgang og anvende de systemiske spørgeteknikker, samt være bevidst om kommunikationen i konsultationerne, er målet, at hele refleksionen og foran-

dringsprocessen bliver på familiens side. Dette for at udfordre familiernes virkelighed og måder at handle på, ved at de får italesat deres egen praksis i hjemmet og kommer til at reflektere over denne. På den måde åbnes der for ny erkendelse hos familien og alternative måde at handle på for familien (1).

Den forandring, som familien selv ønsker foretaget, bør altid være udgangspunktet i konsultationen og ikke nødvendigvis det, man som sundhedsfaglig mener, der bør forandres (1). Dette råd baseres på teorier fra adfærdsforskningen om, at hvis man får succes med at forandre sine mad- og bevægelsesvaner på et område, så vil familien blive mere motiveret for og selv begynde at forandre vanerne på andre områder (17). Ud fra denne metode bliver kommunikationen i konsultationerne altid situationsbestemt, og ved at holde fokus i samtalen primært på løsningerne er målet at skabe og vedligeholde en lyst og motivation til forandring hos familien.

Kunsten er ikke at skabe forandring, kunsten er at gøre det komplekse så enkelt, at familierne får nemt ved at skabe forandringer, der fungerer i en travl hverdag og holder.

Strukturering af en konsultation

Når den sundhedsfaglige nedtoner familiens oplevede problemer i vejledningen og i stedet fokuserer på deres ønsker og drømme om forandring af mad- og bevægelsesvanerne, bliver vejledningen ressourceteret, løsningsfokuseret og dermed fremskridtsorienteret.

Byg konsultationen op, så I først laver en mundtlig samtalekontrakt om, hvad vejledningen handler om, og få dernæst familien til at beskrive deres oplevede problem, og hvad de ønsker at forandre. Spørg ind til undtagelserne – om der er nogle gange, hvor det problem, de beskriver, ikke var der i deres hverdag, og hvad der skete i disse dage. Eksempel: Familien fortæller, at lille Peter aldrig spiser grøntsager. Spørg så ind til, om der har været en enkelt gang den sidste måned eller to, han har spist en grøntsag, og hvad der gjorde, at han lige præcis den dag spiste en grøntsag?

Sørg derefter for at opnå en konstruktiv feedback med det mål at skabe en refleksion hos fa-

milien over, hvordan de handler i hverdagen, og hvordan disse handlinger påvirker barnets (og deres egen) forandring af mad- og bevægelsesvaner. Til sidst skal du med en anerkendende tilgang med familien evaluere, hvad de har fået ud af konsultationen, og hvad der skal forandres. Struktur i vejledningen:

1. Samtalekontrakt
2. Problembeskrivelse
3. Udarbejdelse af klart beskrevne mål med forandring
4. Afdækning af undtagelser
5. Feedback
6. Evaluering af vejledning og familiens forandringer

Metodens grundprincipper er, at hvis noget virker, så bør familien gøre noget mere af det samme. Hvis noget ikke virker, så bør familien gøre noget andet. Hvis det ikke er et problem, så bør familien ikke gøre noget ved det. Det er altid familien selv, der vælger, hvad der er et problem, og hvad der virker.

Fordelen ved at arbejde med fokus på familiens vaner som interventionens primære mål og vægttab/vægtstagnering som interventionens sekundære mål er, at hvis du ikke har særlig meget tid i konsultationerne, så kan du som sundhedsfaglig vælge at arbejde med én problematik og én forandring fra gang til gang i stedet for på en konsultation at skulle igennem hele barnets kost og bevægelse.

Diskussion

Til trods for, at ikke alle børnene efter 2 års behandling (5 konsultationer) spiste og bevægede sig i henhold til de officielle næringsstofanbefalinger fra Fødevarestyrelsen, så ændrede de fleste af børnene og deres familier ved denne behandlingsmetode såvel mad- som bevægelsesvanerne i en sundere og mere hensigtsmæssig retning. Den største effekt sås på mængden af grøntsager. Og



Tip: Drop slikskab i huset og is i fryseren - er det ikke i hjemmet, så frister det ikke. Stil en fyldt frugtskål til fri rådighed i stedet.

her er det værd at bemærke, at de fleste af familierne udtalte i konsultationer, at "nu spiser barnet grøntsagerne af lyst og ikke af pligt som tidligere". De fleste af de familier, jeg har haft i behandling igennem årene, fortæller ofte, at de er overraskede over, hvor let det har været at få børnene til at spise mere frugt og grønt igennem dagen.

Det kan diskuteres, om det er hensigtsmæssigt, at der går 3-6 måneder imellem konsultationerne. Men familierne tvinges derved implicit til selv at beslutte og handle i forhold til forandring af familiens mad- og bevægelsesvaner, fordi de ikke hele tiden bliver "holdt i hånden" af den sundhedsfaglige og ikke får at vide, hvad de skal gøre i forskellige situationer og sammenhænge. Dermed styrker de deres egen læring og sundhedsmæssige kompetencer til, hvordan forandring er mulig i lige præcis deres hverdag.

Med denne systemiske tilgang til behandlingen bliver fokus ikke på det enkelte barns mad- og bevægelsesvaner, men på hele familiens mad- og bevægelsesvaner. Ved samtidig at fokusere på handlemuligheder i sin kommunikation frem for på begrænsninger virker det, som om familierne bevarer lysten til fortsat at forandre vanerne i en sundere retning, samtidig med at de voksne bli-

ver mere bevidste om, at det er de voksne, der vælger udbuddet af mad, herunder hvad der er i køkken- og køleskabet, og hvad og hvor meget der serveres til måltiderne, hvor børnene til gengæld vælger, om de er sultne eller mætte, samt hvad de vil spise af dette udbud.

Konklusion

Der findes ingen forskning, der præcis har vist, hvad man skal gøre for at hjælpe det enkelte barn og dets familie til at opnå et varigt vægttab. Min erfaring er, at der ikke findes nogen gylden facitliste – børn og voksne i familier er forskellige, og det, der virker for én familie, vil ikke nødvendigvis virke for en anden. Jeg har været med til at udvikle og idriftsætte en del standardiserede behandlingsmodeller til børn og unge med overvægt, hvor fokus er på hele familiens mad- og bevægelsesvaner med udgangspunkt i en systemisk og løsningsfokuseret tilgang til behandlingsforløbet.

Samlet synes behandlingsmetoden at hjælpe ca. 65 % af børn med overvægt, hvilket synes at være ligeså flotte resultater, som andre behandlingsmodeller præsenterer. Men man skal huske, at uanset hvor godt et redskab

er, eller hvor god en kommunikationsteknik er, så er al kommunikation situationsbestemt. Alle løsningsmodeller skal altid spædes op med en god gang empati og situationsfornemmelse for den enkelte familie, hvis det skal lykkes at hjælpe familien. Det

skal bemærkes, at denne metode er billigere end konventionel diætbehandling af børn og unge med overvægt, fordi familierne ikke ses særlig tit.

Tip: Hvis noget virker, så blive ved med det. Hvis noget ikke virker, så gør det på en anden måde.

Tip: Et barns overvægt er aldrig barnets skyld eller problem, det er familiens problem. Et barn kan højst have et medansvar, ikke et ansvar.

Litteratur

- Christiansen K, Vigger L og Stubbe A. Nonfarmakologisk behandling af børn med overvægt. Diætisten (97) 2009.
- Richelsen, B og Pedersen, S B. Raske overvægtige – er vægttabsbehandling indiceret? Ugeskrift for læger 2009 171 (43): 3092-3094.
- Petersen Tove et al. Danske skolebørns bmi målt i perioden 1986/1987-1996/1997 sammenlignet med danske målinger fra 1971/1972, Ugeskrift for læger 164 2002.
- Rolland Cachera et al. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. Am.Jour. clin. nutrition 1998 jan 39(1) 129-35.
- Whitaker, Robert C et al. Early adiposity rebound and the risk of adult obesity. Pediatrics 1998 101;3: 869-873.
- Larsen, F B, Andersen, P V et al. 2010 Hvordan har du det? Region Midtjylland, Århus, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland 2011.
- Pedersen, A N. Fagt. et al 2010. Danskernes kostvaner 2003-2008. København, DTU Food Fødevarerinstitutionet.
- Sundhedsstyrelsen 2003. Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt, forslag til løsninger og perspektiver. Center for Forebyggelse, København.
- Sundhedsstyrelsen 2014: Opsporing af overvægt og tidlig indsats, 1. udgave 1. oplag.
- Niclasen, BVL 2005. Sociale følger, holdninger, selvværd og livskvalitet med fokus på børn og unge. Ugeskrift for læger 167,10.
- Michaelsen, KF et al. 2003. Behandling af fedme hos børn – en vejledning for praktiserende læger. Nycomed A/S.
- Epstein, LH et al 1994. Ten years' outcomes of behavioral based treatment of childhood obesity. Health psychology 1994 (13) 373-383.
- Birch, L and Fischer, J 1998 Development of eating behaviour among children and adolescent. Pediatrics vol 101 no 3 supplement marts 539-553.
- Jerlang, E og Jerlang, J 2003. Socialisering og habitus. 1. oplag 2. udgave Hans Reitzels Forlag.
- Birch, L, Fischer, J and Savage, JS 2007. Parental influence on eating behavior: conception to adolescent. The journal of law, medicine and ethics vol. 35 22-34.
- Alinia, S, Hels, O and Tetens, I 2009. The potential association between fruit intake and body weight – a review. Obesity reviews 10 639-647.
- Sbrocco, T, Nedergaard, R et al 1999. Behavioural choice treatment promotes continuing weight loss: preliminary result of a cognitive-behavioural decision-based treatment for obesity. Joru. Of consulting and clinical psychology 67 (2), 260-266.