

# Barn med overvekt og fedme: En kvantitativ pilotstudie av standardisert livsstilsbehandling i kommunehelsetjenesten

**Espen Kjærslrud Myhrer**, fysioterapeut og MSc. klinisk helsevitenskap - fedme og helse. Fysioterapi- og ergoterapitjenesten 0-18 år, bydel Østensjø, Oslo kommune. [espen.myhrer@bos.oslo.kommune.no](mailto:espen.myhrer@bos.oslo.kommune.no).

**Hanne Lund Løking**, klinisk ernæringsfysiolog, MSc. klinisk ernæring, Alna Helsestasjon og skolehelsetjeneste, Oslo kommune.

**Turid Follestad**, førsteamanuensis innen medisinsk statistikk, Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU.

**Rønnaug Astri Ødegård**, lege, førsteamanuensis, Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU og Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, St. Olavs hospital.

Denne **vitenskapelige artikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 8. mars 2021. Artikkelen er basert på en studie godkjent av REK, med saksnummer 2019-1075. Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Artikkelen ble først publisert på [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no).

## Sammenheng

**Hensikt:** De fleste barn med overvekt og fedme behandles i kommunehelsetjenesten, men virkning av behandlingstiltak i norske kommuner er ikke publisert. Målet med denne pilotstudien var å undersøke den relative vektnevdgangen i et standardisert behandlingsprogram for overvekt og fedme hos barn (TCOCT) i kommunehelsetjenesten, samt å vurdere implementeringen av behandlingstilbudet.

**Metode:** Observasjonsstudie av en standardisert livsstilsbehandling i Bydel Alna i Oslo kommune. Primærutfallsmål: Endring i alders- og kjønnsjustert kroppsmasseindeks (KMI z-score), analysert med lineær blandet modell (LBM). Sekundærutfallsmål: Fravall i behandling, endring i vektkategori og markører for psykososial helse og motivasjon.

**Resultat:** 57 barn ble inkludert (5-16 år), hvorav 47 hadde  $\geq 2$  målinger og inngikk i LBM-analysen. Behandlingslengde varierte blant deltakerne, fra nylig begynt behandling til over to år i behandling. Estimert nedgang i KMI z-score var 0,27 etter ett år i behandling ( $p < 0,001$ ). Lengre tid i behandling ga større reduksjon i KMI z-score ( $p = 0,001$ ), men hverken kjønn, alder eller KMI z-score ved behandlingssopptart var klart assosiert med den relative vektnevdgangen. 26% droppet ut før ett år i behandling.

**Konklusjon:** Standardisert livsstilsbehandling kan gi meningsfull vektreduksjon for deltakerne som deltar ett år eller mer.

**Nøkkelord:** Overvekt, fedme, kommunehelsetjenesten, barn, livsstilsbehandling.

## Introduksjon

I Norge har 15-20% av barn overvekt eller fedme (1). På kort sikt medfører dette psykiske plager, mindre sosial deltagelse og dårligere selvtillit (2). På lengre sikt ser man høyere risiko for drop-out i videregående skole (3), og mange drar med seg fedmen inn i voksenlivet med påfølgende høy risiko for kreftsykdommer, diabetes og hjerte- og karsykdom (2, 4). Det er et uttalt behov for effektiv behandling (5-7). Trolig er det lettere å redusere overvekten jo mindre overvektig barnet er (8), og ung alder er så langt det eneste kriteriet som positivt predikerer god behandlingseffekt for barn og unge (9). Derfor er det viktig å ha gode og gjennomførbare behandlingstiltak i kommunehelsetjenesten, hvor behandling kan starte tidlig og på et lavt nivå av overvekt.

Kommunehelsetjenesten har hovedansvaret for veiledning og behandling av barn med overvekt og fedme, mens spesialisthelsetjenesten involveres først ved alvorlig fedme (10). Det finnes systematiske behandlingstiltak i flere kommuner, men så langt foreligger det ikke forskningsresultater på fedmebehandling hos barn og unge, bortsett fra tre studier av samarbeidstiltak mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Felles for disse studiene er at alle viste noe vektreduksjon, tross ulike behandlingstiltak med ulikt omfang (5-7).

Barns kroppsmasseindeks (KMI) endres naturlig gjennom vekstfasen, og for sammenlignende analyser er et alders- og kjønnsjustert estimat, KMI z-score, mest brukt (11). Jo høyere KMI z-score, jo mer overvektig er barnet. Minimal clinically important difference (MCID) er et mål på den minste forandringen en pasient vil oppleve som meningsfull. Når det gjelder reduksjon i KMI z-score



(altså relativ vektredgang), bør denne være på 0,25 eller mer, for å påvirke kardiometabolske risikofaktorer (12). Denne grenseverdien vil vi videre betegne som en klinisk meningsfull vektreduksjon.

Tre behandlingsstudier uten kontrollgruppe fra Danmark, basert på en standardisert og familiesentrert livsstilsbehandling for barn, The Children's Obesity Clinic's Treatment protocol (TCOCT-behandlingen), har vist lovende resultater (13-15). Behandlingen ble utviklet i spesialisthelsetjenesten, men har vist god relativ vektredgang også i kommunehelsetjenesten, basert på resultater fra vel 1.000 behandlede barn (14). Metoden skiller seg ut ved å være særlig strukturert og standardisert, men hvorvidt den egner seg også utenfor den danske helsetjenesten er ikke studert. Som et ledd i Groruddalssatsningen, ble det startet et prosjekt for å teste ut metoden i Bydel Alna i Oslo kommune. TCOCT-behandlingen her har blitt tilpasset lokale forhold, og skiller seg noe fra den danske (14). Den tilpassede varianten er mer tverrfaglig med barnefysioterapeut i behandlingsteamet, i tillegg til helsesykepleier og klinisk ernæringsfysiolog. Det er også gjort tilpasninger i anbefalingene som gis i henhold til matvarer som er tilgjengelige i Norge.

Formålet med denne pilotstudien var å undersøke den

relative vektredgangen av den den tilpassede TCOCT-behandlingen på barn med overvekt og fedme i kommunehelsetjenesten. Vi ville også utforske karakteristika ved deltakere som oppnådde en klinisk meningsfull vektreduksjon ( $\geq 0,25$  KMI z-score), samt studere gjennomføringsgrad av behandlingen.

## Metode

### Definisjon av overvekt og fedme

KMI hos barn i vekst er sterkt assosiert med alder og kjønn. For å relatere vektkategoriene overvekt, fedme og alvorlig

### Kort sagt

- En standardisert livsstilsbehandling kan gi en klinisk relevant vektredgang for barn i kommunehelsetjenesten.
- Behandlingen kan gi tilsvarende vektredgang som mer omfattende behandlingstiltak.
- Rundt halvparten takker ja til behandling, og en fjerdedel avslutter behandling innen ett år.

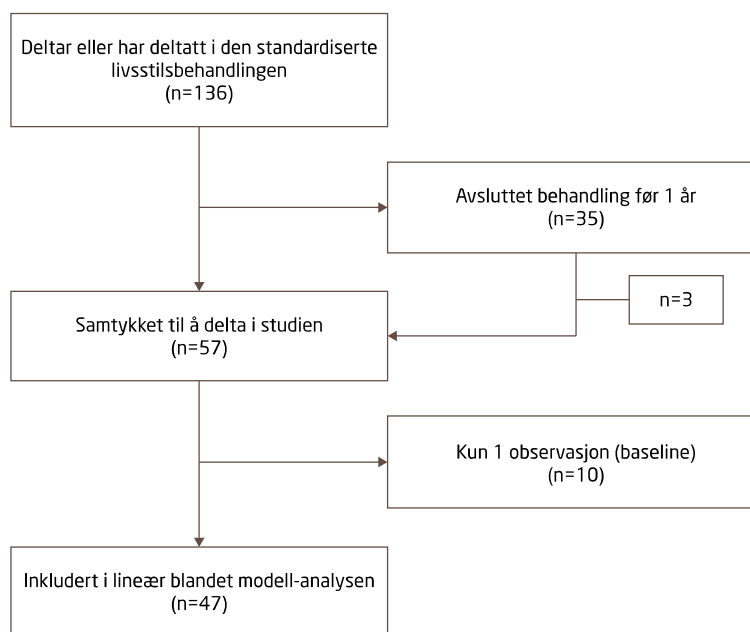
fedme i barnealder til de veldefinerte KMI-grenseverdiene for voksne, er det utarbeidet alders- og kjønnsjusterte KMI grenseverdier, iso-KMI (International Obesity Task force (IOTF)) (16). Disse bredt appliserte definisjonene ble benyttet i studien, og overvekt tilsvarende iso-KMI 25-29,9, fedme iso-KMI 30-34,9 og alvorlig fedme iso-KMI >35.

**Studiedesign og utfallsmål**

Pilotstudien var en observasjonsstudie av en livsstilsbehandling uten kontrollarm. Primærutfallsmål var endring i KMI z-score (WHO referanseverdier (17)) hvor KMI z-score angir hvor mange standardavvik et barns KMI avviker fra en gjennomsnittlig KMI-verdi for alder og kjønn. Sekundærutfallsmål var karakteristika (alder, KMI, KMI z-score ved baseline og endring i KMI z-score fra 1.-2.behandlingssamtale) hos deltakere som oppnådde en klinisk meningsfull vektreduksjon, frafall, samt endring i overvektskategori og markører for psykisk helse og motivasjon.

**Deltakere**

Alle barn som i perioden april 2017 til april 2020 fikk TCOCT-behandling i Bydel Alna (n=136) ble invitert til å delta i pilotstudien (figur 1), og 57 barn (5-16 år) med overvekt eller fedme samtykket til deltakelse. Ti av disse hadde kun observasjon av høyde og vekt ved baseline, mens de 47 resterende inngikk i lineær blandet modell-analysen (LBM-analysen) (figur 1). I prosjektets startfase ble det prioritert å gi tilbud til barn med fedme og alvor-

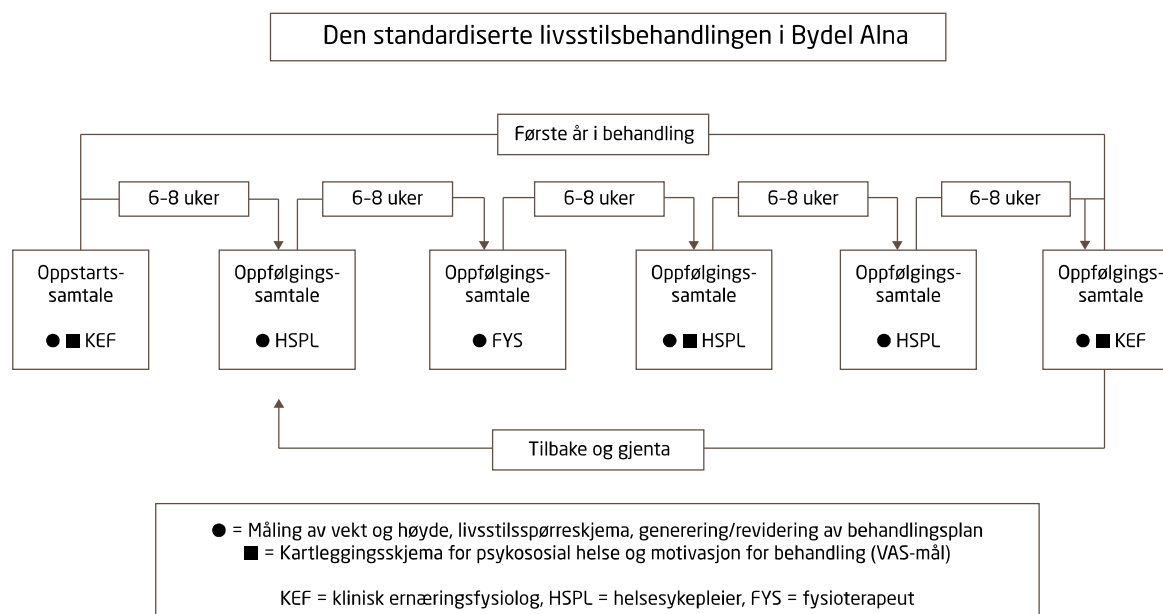


FIGUR 1 Flytskjema av inklusjonsprosessen.

lig fedme, men etter hvert fikk barn med mindre grad av overvekt i større grad tilbud om behandling. Det var ingen eksklusjonskriterier for å delta i behandling eller inkluderes i studien. Frafall ble definert som avsluttet behandling før ett år.

**Deltakelse og frafall**

I skoleåret 2018/2019 ble trolig de fleste med påvist fedme i 1.- og 3. klasse i grunnskolen tilbudt TCOCT-behandling. Andelen med fedme eller alvorlig fedme var 3,5% i 1. klasse (15/427) og 4,5% i 3. klasse (19/423). Av disse startet 27% av førsteklassingene og 63% av tredjeklassingene, totalt



FIGUR 2 Forløpet i den standardiserte livsstilsbehandlingen i Bydel Alna per april 2020.



47%, TCOCT-behandling eller var allerede i gang med TCOCT-behandlingen.

136 barn startet TCOCT-behandling fra perioden april 2017 til april 2020. 35 (26 %) barn avsluttet behandling før det var gått ett år, og av disse samtykket tre til å delta i studien.

### TCOCT-Behandling

TCOCT-behandlingen er beskrevet tidligere (13-15). Kort oppsummert er det en livsstilsbehandling med hovedvekt på endring av kosthold og fysisk aktivitet. Foreldre og barnet møtte vekselvis helsesykepleier, fysioterapeut og klinisk ernæringsfysiolog til regelmessige behandlingssamtaler, omkring seks første året, deretter mindre hyppig (figur 2). Ved hver behandlingssamtale ble et standardisert spørreskjema benyttet, for å kartlegge spiseadferd og -mønster, matvarevalg, aktivitet, skjermtid og søvn. Fra mars 2019 ble dette gjennomført i en nettoppløsning. Basert på svarene fra spørreskjema ble det utarbeidet en behandlingsplan og i nettoppløsningen ble denne automatisk generert, men det ble også gjort individuelle tilpasninger. Behandlingsmålet var for deltakeren å oppnå normalvekt.

### Datainnsamling

Høyde (cm) ble målt med stadiometer, og vekt (kg) med digital vekt. Vekt- og stadiometer-modeller varierte mellom skolene, men alle var godkjent for bruk i tjenesten. Fettprosent ble målt for enkelte deltakere, men resultater ikke inkludert i artikkelen på grunn av manglende standardisering ved måling og for få målinger. Markører for psykososial helse og motivasjon for behandling ble målt med et egenkonstruert skjema (ikke-validert) på en visual analogue scale (VAS). Dataene ble innhentet i en strukturert samtale mellom behandler og barnet.

VAS ble angitt fra 0-10, for følgende spørsmål; 1. Livsglede: «Er du veldig glad (10), veldig lei deg (0), eller et sted midt imellom?» 2. Livskvalitet: «Har du et bra liv (10), et dårlig liv (0) eller ...» 3. Appetitt: «... alltid sulten (10), aldri sulten (0) eller ...» 4. Mobbing: «... mobbet veldig

mye (10), aldri mobbet (0), eller ...» 5. Ønske om vektreduksjon: «... gjerne gå ned i vekt (10), bryr du deg ikke (0), eller ...» 6. Kroppsoppfattelse: «... fornøyd med kroppen din (10), misfornøyd (0), eller ...»

Høyde og vekt ble målt ved hvert oppmøte mens VAS ble målt ved oppstart, og deretter to ganger i året.

### Statistisk analyse

Analysene ble gjort i statistikk-programmet SPSS Versjon 25. Sentraltendens og spredning er oppgitt i median med interquartile range (IQR), ettersom variablene var skjevfordelte. Wilcoxon signed rank test ble brukt for sammenligning av avhengige og skjevfordelte data, og Mann Whitney U-test for uavhengige og skjevfordelte data. Endring i sammensetningen av vekt-kategorier (andel med overvekt, fedme og alvorlig fedme før og etter ett år) ble undersøkt ved marginal homogeneity test (generalisering av McNemars test med flere enn to kategorier).

For deltakerne med  $\geq 2$  målinger ( $n=47$ ) ble primærfalls-målet «endring i KMI z-score» undersøkt som funksjon av tid, ved hjelp av en lineær blandet modell-analyse (LBM-analyse). Parameterne ble estimert ved «restricted maximum likelihood». Det ble gjort en sammenligning av modellen med tid som kategorisk variabel (behandlingssamtale 1, behandlingssamtale 2 osv.) og tid som kontinuerlig variabel. En likelihood ratio-test viste at modellene var jevn gode, men fordi modellen med tid som kontinuerlig variabel hadde færrest parametere, ble denne valgt. Det ble antatt at korrelasjonen mellom to målinger var den samme uavhengig av avstand mellom målingene.

Variabler med faste effekter var kjønn, alder ved inklusjon, KMI z-score ved inklusjon og tid (antall måneder i behandling). Antagelsen om normalfordelingen ble sjekket og vurdert til å være god nok.

### Etikk

Skriftlig informert samtykke ble innhentet i henhold til prosjektgodkjenning i Regional Etisk Komité (nr 2019-1075).

**TABELL 1** Beskrivelse av deltakerne ved baseline og etter 1 år.

		Baseline				1 års behandling		
		Alle deltakere		Deltakere som fullførte 1 års behandling		n	Median (25 - 75 prosentilen)	p-verdi
		n	Median (25 - 75 prosentilen)	n	Median (25 - 75 prosentilen)			
Antropometriske målinger	Alder år	57	8,5 (7,9-10,2)	20	8,1 (7,1-9,2)	20		
	KMI	57	24,0 (22,4-26,7)	20	24,7 (22,6-26,6)	20	25,5 (23,6-27,2)	0,247
	KMI z-score	57	2,84 (2,37-3,20)	20	3,10 (2,76-3,48)	20	2,90 (2,51-3,27)	0,010
VAS-målinger	Kroppsoppfatning	48	6,8 (4,6-9,9)	14	5,8 (5,0-9,7)	14	9,6 (4,9-10,0)	0,213
	Livsglede	47	9,7 (5,9-10,0)	13	8,1 (4,9-10,0)	13	7,8 (5,5-9,6)	0,916
	Livskvalitet	48	9,8 (6,2-10,0)	14	9,2 (5,1-10,0)	14	7,0 (5,5-9,0)	0,382
	Appetitt	48	5,5 (5,0-8,0)	14	7,0 (4,9-8,5)	14	5,0 (4,7-6,6)	0,230
	Mobbing	48	0,1 (0,0-2,2)	14	1,9 (0,0-7,7)	14	4,1 (1,1-5,9)	0,750
	Motivasjon	48	9,1 (5,0-10,0)	14	9,9 (5,0-10,0)	14	9,9 (5,5-10,0)	0,920

KMI = kroppsmasseindeks, n=antall, baseline = behandlingsoppstart. P-verdi = p-verdi fra Wilcoxon signed rank.

**TABELL 2** Endring i KMI z-score i henhold til kjønn, alder og KMI z-score ved baseline og tid i behandling

Faste effekter	Estimert nedgang i z-score per enhet (95 % konfidensintervall)	P-verdi
Tid (måneder)	0,01 (0,00 til 0,01)	0,001
Alder (år) ved baseline	-0,03 (-0,06 til 0,01)	0,112
KMI z-score ved baseline	0,03 (-0,09 til 0,16)	0,611
Gutt (sammenliknet med jente)	-0,07 (-0,24 til 0,09)	0,375

Analyse utført ved hjelp av lineær blandet modell (restricted maximum likelihood) med følgende faste effekter:

Tid (måneder)= måneder i behandling, alder (år) ved baseline= alder i år ved baseline, KMI z-score baseline = kropps masseindeks z-score ved baseline, gutt (sammenliknet med jente) = effekten av å være gutt, sammenliknet med å være jente.

**TABELL 3** Baselinekarakteristika av deltakerne i henhold til oppnådd klinisk meningsfull vektreduksjon etter 1 års behandling

	n	KMV		Ikke KMV	
		Median (25 -til 75 prosentil)	n	Median (25 -til 75 prosentil)	p-verdi
Alder (år)	10	8,0 (6,8-9,5)	10	8,5 (7,2-9,5)	0,579
KMI	10	25,5 (23,5-28,9)	10	23,4 (22,6 -25,2)	0,165
KMI z-score	10	3,47 (3,29-4,02)	10	2,83 (2,67-3,05)	0,009
Nedgang KMI z-score 1.-2. samtale	10	0,21 (0,13-0,44)	10	0,13 (0,03-0,28)	0,190

KMV= deltakerne som oppnådde en klinisk meningsfull vektreduksjon ( $\geq 0,25$  KMI z-score) etter 1 år. P-verdi = p-verdi fra Mann Whitney U-test. KMI= Kroppsmasseindeks. Nedgang KMI z-score 1.-2. samtale = forskjellen i KMI z-score fra 1. til 2. samtale. Et positivt tall indikerer en nedgang i KMI z-score, altså en relativ vektreduksjon.

## Resultater

Av totalt 57 inkluderte deltakere (34 gutter) hadde over halvparten fedme (54%), en fjerdedel alvorlig fedme (25%), og de resterende overvekt (21%). 20 deltakere fullførte ett års behandling, og i denne gruppen ble median KMI z-score redusert med 0,20 ( $p=0,010$ ) (tabell 1). Markører for psykososial helse og motivasjon endret seg lite underveis i behandlingen. Etter 1 år gikk antallet med alvorlig fedme ned fra sju til fem personer, andelen med fedme var stabil, og andel med overvekt økte tilsvarende fra én til tre personer ( $p=0,157$ ).

### Nedgang KMI z-score

I lineær blandet modell-analysen ble alle med  $\geq 2$  målinger ( $n=47$ ) inkludert (tabell 2). Estimert nedgang i KMI z-score etter 12 måneder var 0,27 ( $p<0,001$ ), og estimert 24 måneders nedgang var 0,39 ( $p<0,001$ ), basert på gjennomsnittsdeltakeren (alder= 8,7, baseline KMI z-score=3,16, kjønn=0,5 (gjennomsnitt av gutt og jente)). Etter justering for de andre forklaringsvariablene (kjønn, KMI z-score og alder ved baseline), ble nedgangen estimert til 0,12 KMI z-score per år ( $p<0,001$ ). Ingen baselinekarakteristika (KMI z-score ved baseline, kjønn og alder) så ut til å være assosiert med nedgang i KMI z-score.

### Klinisk meningsfull vektreduksjon

Totalt oppnådde 14 av 20 av deltakere som deltok ett år i behandling en reduksjon i KMI z-score (data ikke vist). Ti deltakere oppnådde en klinisk meningsfull vektreduksjon ( $\geq 0,25$  KMI z-score), og seks av disse oppnådde en nedgang på  $\geq 0,5$  KMI z-score. Gruppen som oppnådde en klinisk meningsfull vektreduksjon hadde høyere KMI

z-score ved baseline enn gruppen som ikke oppnådde det ( $p=0,009$ ), men var ellers ikke særlig ulike (tabell 3).

## Diskusjon

### Hovedfunn

Formålet med denne pilotstudien var å undersøke relativ vektreduksjon med en tilpasset TCOCT-behandling på barn med overvekt og fedme i kommunehelsetjenesten, samt studere gjennomføringsgrad av behandlingen. Hovedfunnene er en estimert gjennomsnittlig nedgang på 0,27 KMI z-score etter ett års behandling, tilsvarende en klinisk meningsfull vektendring. Lenger tid i behandling ga større relativ vektreduksjon, og frafallet fra behandling før ett år var på 26%. Andelen av deltakere i de ulike overvektskategoriene, og markører for psykososial helse og motivasjon endret seg lite underveis i behandlingen. Fordi datamaterialet i pilotstudien er begrenset for enkelte sekundære utfallsmål, vil i særlig grad hovedfunnene drøftes her.

### Studiens begrensninger

Pilotstudien har noen metodiske begrensninger. Det var ingen kontrollgruppe, og man kan derfor ikke slå fast om resultatene var på grunn av behandlingen eller naturlig forløp. Ventelistestudier viser imidlertid en økning i overvekt uten behandling (7,18), og mest sannsynlig er vektreduksjonen relatert til behandlingen. Kun 57 valgbara deltakere takket ja til å være med i studien, og vi kan ikke utelukke at disse var spesielt motiverte eller skilte seg fra resten av behandlingsdeltakerne på andre måter. Dette er en pilotstudie med fortsatt pågående inklusjon, og ett års data var derfor tilgjengelig for kun 20 av 57 deltakere. Ved bruk av lineær blandet modell-analyse (LBM-analyse) kunne li-



Kommunehelsetjenesten har hovedansvaret for veiledning og behandling av barn med overvekt og fedme, mens spesialisthelsetjenesten involveres først ved alvorlig fedme.

kevel 47 av 57 deltakere (deltakere med  $\geq 2$  målinger) inkluderes i analysene. Studien er en multisenterstudie, hvor målinger er gjort både på helsestasjon og på skolene, med ulikt måleutstyr og av forskjellig helsepersonell. Dette kan ha bidratt til større variabilitet i målingene, og mulige senter-effekter er ikke tatt hensyn til i analysen.

### Studiens styrker

Dette er så langt vi vet den første studien som publiserer resultatene av livsstilsbehandling for barn og unge i kommunehelsetjenesten i Norge. Det er mange observasjoner per deltaker, og i tillegg til antropometriske mål er det inkludert mål på psykososial helse og motivasjon. Inkluderkriteriene for å delta i behandling er den samme som de nasjonale retningslinjene for behandling av overvekt hos barn og unge (10), og resultatet er derfor overførbart til andre kommunehelsetjenester i Norge.

### Sammenlignbare studier

Den relative vektnedgangen i denne studien er på samme nivå som lignende studier i Norge og Norden (5-9,13-15), selv om disse er gjennomført i, eller i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Studien «Aktivitetskolen i Finnmark» (n=97) (5), utforsket fedmebehandling hos barn og unge med KMI > iso-KMI 27,5, og sammenliknet gruppebasert behandling med individuell behandling. To års oppfølging viste ingen forskjell mellom gruppene, og samlet nedgang i KMI z-score var 0,13. En annen relevant studie (6), sammenliknet to ukers camp-basert familiebehandling og fire repetisjonshelger, med fire dagers poliklinisk «livsstilsskole». Alle deltakerne fikk i tillegg tilbud om månedlig oppfølging av helsesykepleier i tilhørende kommune. Etter to år hadde henholdsvis 59% og 34% av deltakerne redusert sin KMI z-score med 0,25 eller mer, sammenliknet med 50% etter ett år i vår studie. En vektnedgang på 0,25 KMI z-score er vist å redusere kardiometabolske risikofaktorer, og anses som klinisk meningsfull (12).

I en studie fra Södertälje oppnådde deltakerne i alderen 7-10 år en reduksjon i KMI z-score på 0,40 (9). Den relative vektnedgangen i vår studie, 0,27 KMI z-score etter ett år, var litt lavere og tilsvarer TCOCT-behandlingen fra kommunehelsetjenesten i Danmark, med reduksjon på 0,34 KMI z-score for gutter og 0,22 for jenter (14). KMI z-score-nedgang kan imidlertid ikke sammenlignes direkte mellom de nevnte studiene, da ulike referanser er brukt til beregning av z-scorene.

Når det gjelder sammenlignbarheten mellom disse studiene, avviker vår studiepopulasjon fra de andre, ettersom Bydel Alna har 80% første- eller andregenerasjons innvandrere. Bruk av tolk, språkbarrierer og andre kulturelle forskjeller kan ha en innvirkning på behandlingsevnen,

og man må anta at det har påvirket den relative vektnedgangen negativt. Behandlingene i alle studiene er noe forskjellige, og har ulik grad av behandlingens lengde. Felles for alle er imidlertid at det er en relativ vektnedgang, og vektnedgangen ved et intensivt opplegg (f.eks. intervensjonsgruppa i Finnmarksstudien, camp-basert familiebehandling), ikke nødvendigvis er bedre enn et mindre intensivt opplegg. Resultatene fra vår pilotstudie understøtter dette: Det ser ut som det viktigste er å komme i gang med en behandling, og en liten intervensjon med lenger varighet, kan være like god som en mer omfattende intervensjon.

### Frafall og deltakelse

Frafallet i vår pilotstudie var på 26% etter ett år, og tilsvarer frafallet i andre sammenlignbare studier (14,15). Deltakelsesgraden i pilotprosjektet kan vi ikke slå fast med sikkerhet. Men der vi kan regne med at de fleste er tilbudt behandling (1. og 3. klassinger med fedme skoleåret 2018/2019), deltar omkring halvparten i behandlingen (47%). Det er bekymringsfullt dersom familier med barn med overvekt og fedme ikke ønsker behandlingen som blir tilbudt, ettersom de fleste av barna som deltar i livsstilsbehandling oppnår en relativ vektreduksjon (5-9, 13-15). En studie fra New Zealand undersøkte forskjeller mellom foreldre med barn med overvekt og fedme som takket ja til behandling og foreldre som takket nei til behandling (19). Foreldre som takket nei til behandling anså i mindre grad deres barn som overvektige enn de som takket ja (49% Vs. 23%), var mindre bekymret for vekten (16 % Vs. 43%), hadde lavere sosioøkonomisk status, og færre hadde høyere utdanning (19). Hva som gjør at enkelte familier takker nei til behandling i vårt pilotprosjekt får vi ikke svar på. Kommunehelsetjenesten bør etterstrebe å videreutvikle behandlingstiltakene i samarbeid med brukerrepresentanter for å øke deltakelsen og redusere frafallet.

### Konklusjon

I en pilotstudie av et standardisert, moderat-intensivt behandlingstiltak for barn med overvekt eller fedme i en norsk kommunehelsetjeneste, er det holdepunkter for klinisk relevant vektnedgang for barn som deltar i ett år eller mer. Vektnedgangen tilsvarer det som oppnås med mer omfattende intervensjoner. Drop-out-raten var på 26%, og på samme nivå som frafallet i andre sammenlignbare studier. Dette er et pågående prosjekt, og videre forskning bør utforske barrierer for deltakelse i behandling og årsaker til frafall.

#### Kilder:

1. FHI. Overvekt og fedme, 8-åringer. (2017) [database]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 31. august 2017.
2. Pulgaron, ER. Childhood obesity: a review of increased risk for physical and

- psychological comorbidities. *Clin Ther* 2013; 35(1), A18-32. doi:10.1016/j.clinthera.2012.12.014
3. Hagman E, Danielsson P, Brandt L, et al. Childhood Obesity, Obesity Treatment Outcome, and Achieved Education: A Prospective Cohort Study. *J Adolesc Health*. 2017;61(4):508-513. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.04.009
4. Mossberg HO. 40 year follow up of overweight children. *Lancet* 1989; 26: 491-493.7
5. Kokkvoll A, Grimsgaard S, Steinsbekk S., et al. Health in overweight children: 2-year follow-up of Finnmark Activity School—a randomised trial. *Arch Dis Child* 2015; 100:441-448 doi: 10.1136/archdischild-2014-307107
6. Benestad, B., Lekhal, S., Smastuen, et al. Camp-based family treatment of childhood obesity: randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2017 102(4), 303-310. doi:10.1136/archdischild-2015-309813
7. Danielsen, Y. S., Nordhus, I. H., Juliusson, P. B., Maehle, M., & Pallesen, S. Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7-13): a randomised waiting list controlled trial. *Obes Res Clin Pract* 2013, 7(2), e116-e128. doi:10.1016/j.orcp.2012.06.003
8. Nowicka, P., Höglund, P., Pietrobelli A., et al. Family Weight School treatment: 1-year results in obese adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity* 2008, 3:3, 141-147, DOI: 10.1080/17477160802102475
9. Danielsson, P., Bohlin, A., Bendito, A., et al. Five-year outpatient programme that provided children with continuous behavioural obesity treatment enjoyed high success rate. *Acta Paediatr* 2016, 105(10), 1181-1190. doi:10.1111/apa.13360
10. Helsedirektoratet: Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. 2010
11. Must, A., & Anderson, SE. Body mass index in children and adolescents: considerations for population-based applications. *Int J obes* 2006 30(4), 590-594. doi:10.1038/sj.ijo.0803300
12. Ford, AL., Hunt, LP., Cooper, A., et al. What reduction in BMI SDS is required in obese adolescents to improve body composition and cardiometabolic health? *Arch Dis Child* 2010. 95(4), 256-261. doi:10.1136/adc.2009.165340
13. Holm, JC, Gamborg, M., Bille, DS, et al. Chronic care treatment of obese children and adolescents. *Int J Pediatr Obes* 2011; 6(3-4), 188-196. doi:10.3109/17477166.2011.575157
14. Mollerup, PM., Gamborg, M., Trier, C. et al. A hospital-based child and adolescent overweight and obesity treatment protocol transferred into a community healthcare setting. *PLoS One* 2017, 12(3), e0173033. doi:10.1371/journal.pone.0173033
15. Most, SW., Hojgaard, B., Teilmann, et al. Adoption of the children's obesity clinic's treatment (TCOCT) protocol into another Danish pediatric obesity treatment clinic. *BMC Pediatr* 2015; 15, 13. doi:10.1186/s12887-015-0332-9
16. Cole, TJ., & Lobstein, T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012, 7(4), 284-294. doi:10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x
17. World Health Organization: <https://www.who.int/growthref/publications/en/>
18. Wilfley, DE., Tibbs, TL., Van Buren, DJ., et al. Lifestyle interventions in the treatment of childhood overweight: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Health Psychol*. 2007;26(5):521-532. doi:10.1037/0278-6133.26.5.521
19. Taylor, R. W., Williams, S. M., Dawson, A. M., Taylor, B. J., Meredith-Jones, K., & Brown, D. What factors influence uptake into family-based obesity treatment after weight screening? *J Pediatr* 2013, 163(6), 1657-1662.e1651. doi:10.1016/j.jpeds.2013.08.033

### Title: Children with overweight and obesity: A quantitative pilot study of standardized lifestyle treatment in primary care

#### Abstract

**Aim:** Most children with overweight and obesity are treated in primary health care, but no studies evaluating the results of such treatments has been published in Norway. This pilot study aimed to evaluate the relative weight loss of a standardized lifestyle treatment on overweight and obesity in children (TCOCT) in a primary care setting and evaluate the implementation of the treatment program.

**Method:** Observational study of a standardized lifestyle treatment in Alna borough in Oslo, Norway. Primary objective: change in age and sex adjusted body mass index (BMI z-score), analyzed with a linear mixed model (LMM). Secondary objectives: Drop out of treatment, change in weight category and markers of psychosocial health and motivation.

**Result:** 57 children were included (5-16 years), where 47 had  $\geq 2$  observations and were included in the LMM analysis. Time in treatment differed among the participants, from newly enrolled to over two years in treatment. The estimated reduction in BMI z-score was 0,27 after 1 year in treatment ( $p < 0,001$ ). Longer time in treatment gave a bigger reduction in BMI z-score ( $p = 0,001$ ), but neither sex, age nor BMI z-score at baseline were clearly associated with the relative weight loss. 26 % dropped out of treatment before one year.

**Conclusion:** Standardized lifestyle treatment may induce meaningful weight loss in children who participate one year or more in treatment.

**Keywords:** Overweight, obesity, primary care, children, lifestyle treatment.

atment after weight screening? *J Pediatr* 2013, 163(6), 1657-1662.e1651. doi:10.1016/j.jpeds.2013.08.033



#### NORSK FYSIOTERAPEUTFORBUND

Kirkegata 15, Postboks 147 Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf. 22 93 30 50

**Hjemmeside:** [www.fysio.no](http://www.fysio.no) **E-post:** [nff@fysio.no](mailto:nff@fysio.no)

#### FORBUNDSLEDER

Gerty Lund, Mellomskarva 16, 1350 Lommedalen  
Tlf. 414 63 253, [gl@fysio.no](mailto:gl@fysio.no)

#### GENERALSEKRETÆR

Stian Rugsveen Engen, 997 00 061

#### GENERALSEKRETÆRS STAB

**Kommunikasjonsleder:** Vidar Rekve, 957 08 990

**Seniorrådgiver:** Elin Robøle Bjør, 901 47 513

NFFs kontaktskjema:

<https://fysio.no/Forbundsforbunden/Kontakt-oss>



Last ned den nye treningsappen kostnadsfritt

For barn/ungdom med SMA

Sterkere sammen

Last ned fra  
 App Store

TEJENDELIG PÅ  
 Google Play

**TOGETHER IN SMA**  
with Biogen

Biogen-116737 - June 2021

Biogen Norway AS | Vitaminveien 1A 0485 | Oslo | <https://biogen.no>

# Smertelindrende gel for muskel og ledd med trippelvirkende effekt

- 1) Betennelsesdempende
- 2) Reduserer hevelsen
- 3) Lindrer smerte



Lett å åpne lokk

**Voltarol Forte gel (diklofenakdietylamin 23,2 mg/g).** Reseptfritt legemiddel. Voksne og barn >14 år: Korttidsbehandling av milde til moderate smerter i forbindelse med forstuing eller forstrekning. Voksne >18 år: Korttidsbehandling av milde til moderate smerter i fingre eller knær ved slitasjegikt (artrose). Pakkestørrelse 100 g: Skal kun brukes av voksne over 18 år. Brukes ikke ved overfølsomhet mot diklofenak, acetylsalisylsyre eller andre NSAIDs. Brukes med forsiktighet ved nedsatt nyre-, hjerte- eller leverfunksjon. Brukes ikke av gravide eller ammende. Bør ikke brukes lengre enn 14 dager ved forstuing eller forstrekning og 21 dager ved artrosmerter i fingre eller knær. Lege bør kontaktes dersom symptomene forverres eller ikke bedres innen 7 dager. Les nøye på pakningen og pakningsvedlegget for bruk. Distribueres av GlaxoSmithKline Consumer Healthcare ApS, 2610 Rødovre, Danmark. Varemerker eies av eller er lisensiert til GSK konsernet. ©2021 GSK eller deres lisensgiver. [www.voltarol.no](http://www.voltarol.no). PM-NO-VOLT-21-00037



# Pasienten som person i pasientsentrert fysioterapi

**Birgitte Ahlsen**, førsteamanuensis, PhD., OsloMet - storbyuniversitetet og Universitetet i Oslo. biahls@oslomet.no.

Denne **fagartikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 25. juni 2021. Manuskriptet er basert på en studie som er godkjent av REK (ref. 2009/1017) og NSD (ref. 19429). Ingen interessekonflikter oppgitt.

Artikkelen ble først publisert på [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no).

## Sammendrag

**Innledning:** Pasientsentrert tilnærming er i søkelyset, og det er mye diskusjoner rundt hva begrepet innebærer, hva det betyr for klinisk praksis og hvilke utfordringer en slik tilnærming kan medføre. I denne artikkelen setter jeg søkelyset på hvordan pasienten, som behandlingen er ment å sentreres om, blir forstått som person. Hensikten er å bidra med ny innsikt i hva pasientsentret fysioterapi kan være.

**Hoveddel:** Med utgangspunkt i Kristevas diskusjon om subjektivitet i den medisinske diskursen og en intervjustudie av fysioterapeuters erfaringer med pasienter med kroniske muskel-skjelettplager, viser jeg til to ulike historier og to motstridende forståelser av pasienten som person i terapeutenes beskrivelser av egen praksis. Den ene historien beskriver behandling som en samhandlende og åpen prosess, hvor pasienten forstås som et singulært, kroppslig og sårbart subjekt i bevegelse. Den andre fortellingen, derimot, referer til behandling som en tidsavgrenset og målrettet intervensjon, og en forståelse av pasienten basert på et idealbilde av den «vellykkede pasienten»; rasjonell, motivert og selvstendig. Ved å trekke inn Mattinglys perspektiv på klinisk praksis og begrepet «terapeutisk emplotment» viser jeg hvordan pasientsentrert fysioterapi kan forstås som en narrativ praksis – en historie under utvikling.

**Avslutning:** Et ensidig søkelys på resultatmål kan bidra til å underkjenne sentrale og helende aspekter ved fysioterapi; hendelser og øyeblikk hvor pasienten opplever seg selv og egen kropp på nye måter og henter nye krefter til å fortsette på den lange, kronglete og endeløse veien som bedring kan være.

**Nøkkelord:** pasientsentrert fysioterapi, pasienten som person, narrativ praksis.

## Innledning

Kløften mellom helsepersonells perspektiv på sykdom og lidelser og pasientens sykdomserfaringer er mye diskutert, og levende beskrevet i Oliver Sacks' «One leg to stand on» (1). I denne boka skildrer Sacks, som selv var nevrolog og forfatter, egne rehabiliteringserfaringer etter at han falt og skadet seg på fottur i de norske fjellene. Skaden var ganske omfattende, og resulterte i at Sacks mistet kontakten med det ene benet – han kunne ikke stå, ikke gå, og den fysiske sterke og aktive mannen ble sengeliggende i en lang periode. Skaden ble av helsepersonell definert som en lokal muskellesjon. Selv beskrev Sacks skaden som mye mer omfattende; den rammet ikke bare muskulaturen i beina, men også han som person. Han mistet seg selv. Denne avstanden mellom helsepersonells (inkludert fysioterapeuters) verden og sin egen verden som pasient, går som en rød tråd gjennom hele historien og toppe seg ved Sacks avreise fra rehabiliteringssenteret. Da får han tilfeldigvis innblikk i sin egen journal og oppdager at hans rehabiliteringsprosess der blir beskrevet som uten betydelige hendelser – «uneventful». «De er sprø», hevder Sacks: «They're mad», og videre: «Recovery is events, a series of wonderful, unpredictable events ... or rather adventures – the advent of new and unimaginable powers – events, advents. Which are births or re-births» (ibid, p. 125).

Medisin og helsefagene blir ofte kritisert for å være mer opptatt av avvik i kroppslige strukturer og organer enn pasientens sykdomserfaringer (2-4). Fra et terapeutperspektiv vil bedring derfor kunne forstås som en biologisk tilhelingsprosess, som i Sacks tilfelle forløp uten dramatik. Mens kroppsstrukturer og organer er generelle og like for alle, så er folks sykdomserfaringer spesifikke og individuelle, knyttet til personens identitet, livsprosjekter og sosiale liv. Fra pasientens perspektiv kan bedring fortone seg som en endeløs kronglete vei i forsøk på å forstå det som har hendt, finne ut av situasjonen som har oppstått og i anstrengelser for å håndtere den innvirkningen sykdommen eller skaden har på han eller hennes liv. Bedring kan slik sett, som Sacks beskriver (1), fortone seg som en prosess bestående av uforutsigbare og viktige øyeblikk, hvor den som er syk eller skadet henter nye krefter og styrke til å stå på og jobbe videre.