

Aktivitetsskolen i Finnmark – samhandling gir resultat

■ ANE SOFIE KOKKVOLL • Barnelege og postdoktor, Finnmarkssykehuset

Etter millenniumskiftet fikk barneavdelingene stadig flere henvisninger med problemstillingen 'barn med fedme'. Spørsmålet var som regel om det kunne være noe galt med stoffskiftet. Utredningen førte sjelden til noen medisinske funn og man stod igjen med å gi familiene mer eller mindre vellykket rådgivning. Jeg opplevde at jeg ikke kunne hjelpe familiene på en ordentlig måte, konsultasjonene ga iblant en gjensidig følelse av mislykkethet – både for meg og familiene som slet med dette.



Det finnes ikke dårlige klær når du har gapahuk. Sørøya 2005

Oppfølgingsstudier vedrørende effekt av vanlig poliklinisk behandling av barn med fedme (barnelege utreder, barnelege og eventuelt klinisk ernæringsfysiolog gir råd) bekreftet denne litt nedslående observasjonen (1). Familiene ønsket seg et tilrettelagt tilbud og vi som behandlere ønsket å tilby et mer evidensbasert opplegg. På denne tiden var det imidlertid få randomiserte studier som kunne si noe om hva et slikt tilbud burde inneholde.

I noen tilfeller deltok jeg i felles samarbeid/ansvarsgruppe med personell fra Hammerfest kommune, og opplevde til min glede at vi oppnådde adskillig mer når vi jobbet flerfaglig og på tvers av forvaltningsnivåer. I disse møtene hvor foreldre, lærer, helsesøster, fysioterapeut og personell fra både første- og annenlinjetjenesten var til stede, kunne vi få til ordninger som var helhetlige og til direkte hjelp for familiene. Idéen om et felles samarbeidsprosjekt begynte å ta form.

Teamtilnærming

Kolleger ved barneavdelingen og ledende helsesøster i Hammerfest oppmuntret meg til å lede, utarbeide og gjennomføre «Akti-

vitetskolen i Hammerfest» – et samarbeidsprosjekt mellom Hammerfest kommune og Barneavdelingen ved Hammerfest Sykehus i 2005–06. Opplegget ble utarbeidet av et flerfaglig team bestående av personell både fra kommune og sykehus. Intervensjonen inneholdt flere elementer: Foreldre og barn var deltakere i grupper med andre familier og flerfaglige team; barna ble undersøkt av barnelege; familiene fikk praktisk og teoretisk kost- og aktivitetsveiledning; det ble arrangert ukentlige aktivitetstilbud i kommunen og en friluftsskole for familiene. Evaluering ble gjort etter 10 måneder og viste en økning i rapportert fysisk aktivitet og en gjennomsnittlig reduksjon i grad av overvekt for 10 av de 12 deltakerne som fullførte programmet. Prosjektet ble finansiert av Hammerfest Kommune, Finnmarkssykehuset og Helsedirektoratet. Egen prosjektrapport ble utarbeidet.

Hovedprosjektet

Kunnskapsgrunnlaget for evaluering av forprosjektet var begrenset, men vi hadde en klar oppfatning om at arbeidsformen var hensiktsmessig; nemlig samarbeid

mellom ulike faggrupper i sykehus og kommune. Vi erfarte dessuten at familiene var mer fornøyde og at resultatene var oppmuntrende. Etter å ha kommet i kontakt med inspirerende samarbeidspartnere ved Klinisk Forskningscenter, Universitetssykehuset Nord Norge og UiT Norges Arktiske Universitetet fant vi grunnlag for å teste denne modellen ut i et klinisk forsøk; en randomisert kontrollert studie. Vi lærte også av andre sentre i Skandinavia som drev med barnefedmebehandling – om temaet generelt, om motivasjon og løsningsfokusert samtale.

Intervensjonen ble videreutviklet fra forprosjektet av et flerfaglig team ved Hammerfest Sykehus i samarbeid med referansepersoner fra kommunehelsetjenesten og foreldrepreranter fra forprosjektet. Vi hadde dessuten et godt samarbeid med helsesøstrene som også bidro til datainnsamling til vår første artikkel om forekomst av overvekt og fedme blant førskolebarn i Finnmark. Den viste at vi lå noe høyt sammenlignet med andre studier på den tiden: Forekomsten av overvekt og fedme blant 6-åringene var totalt 19 prosent (2).

Vi beholdt mange av de samme elementene i det nye behandlingsopplegget. I ut-

rk for overvektige barn er



Friluftsskole, Sørøya 2011

gangspunktet skulle denne behandlingen sammenlignes med «dagens tilbud» – det vil si tilbudet beskrevet over; vurdering av barnelege og eventuelt ernæringsfysiolog i barnepoliklinikk. Da vi var klar over at dette tilbudet dessverre var til liten hjelp, besluttet vi å gå det «beste av dagens tilbud» med strukturert oppfølging i kommunen.

Kommunesamarbeidet og økonomi

Erfaringene våre tilsa at familiene måtte få oppfølging på hjemstedet, da livsstilsendring må skje der folk bor og lever sine liv. Det ble utarbeidet et invitasjonsbrev: Kommunene som ville delta måtte forplikte seg – gjennom en samarbeidsavtale – til å utføre sin del av behandlingsopplegget. Det

te innebar å følge opp deltakerfamilier på helsestasjonen samt organisere ukentlig fysisk aktivitet for flerfamilietilbudet. Den enkelte avtalepart skulle være ansvarlig for egne utgifter og ansatte, inkludert utgifter til permisjon og reise i forbindelse med kompetanseheving og kurs. Helseforbundet hadde det overordnede ansvaret for å igangsette, følge opp og evaluere prosjektet samt bidra med kompetanse til kommunene gjennom oppstartkurs og kontinuerlig veiledning.

Oppstartkurs

Vi etablerte tidlig et samarbeid med Finnmark Fylkeskommunes folkehelseprosjekt «Liv og lyst i lys og mørke». Invitasjonene gikk i første omgang ut til folkehelsekommunene. Deltakelse i Aktivitetsskolen skulle da telle som et tiltak innenfor matkultur eller fysisk aktivitet. Det var et kostnadsoverslag på kr 150 000 i egenandel for kommunene i første år i prosjektet. Først da prosjektet oppnådde bevilgning til deltakende kommuner fra Helsedirektoratet, fikk man fart i oppslutningen. Kommunene Alta, Kautokeino, Vadsø, Lebesby og Kirkenes underskrev avtale i 2009 og prosjektet kunne starte. Fra 2010 meldte også Hammerfest og Tromsø seg inn i prosjektet. I løpet av perioden skjedde det en klar endring som følge av samhandlingsreformen. Skepsisen mot prosjektets mange aktører og samarbeidspartnere snudde til optimisme – med en oppfatning om at samhandling var naturlig og nødvendig. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge som kom ut i 2010, ga også klare føringer om samarbeid og om kommunehelsetjenestens ansvar (3).

Gjennomføring og frafall

97 familier fra seks kommuner i Finnmark og Tromsø kommune ble rekruttert via annonsering og media omtale og deretter loddtrukket til enkeltfamilietilbud eller flerfamilietilbud. Enkeltfamilietilbudet bestod



Kommunene trår til for barn med overvekt. F.v.: kommunelege i Kautokeino, Siri Ann Gulsrud, helsesøster i Alta, Tone Dervo, helsesøster i Vadsø, Vigdis Harila, sykepleier på helsestasjonen i Kautokeino, Mikkel Johan Grønmo og pedagog på BUP-Hammerfest, Nanne Heggelund.

CONTENT OF THE INTERVENTION	SINGLE-FAMILY INTERVENTION	MULTIPLE-FAMILY INTERVENTION
Who is the target	Parents and child	Parents and child
Responsible for the intervention	Community and hospital	Community and hospital
Start	Outpatient clinic 1 day	Inpatient clinic stay for 3 days
Who delivers the intervention	Project nurse, paediatrician and nutritionist at the hospital. Public health nurse in the municipality.	Multidisciplinary team at the hospital. Public health nurse, physiotherapist and coach in the municipality.
How	Every family individually	Families both individually and in groups
Physical activity for children	Not arranged	2 hours a week in groups
Camp for families	No camp	4 days 6-8 months from baseline
Solution focused counselling	Yes	Yes
Follow up intervals	1, 2, 3, 5, 7, 10, 12, 18, 24, 36 months	Equal intervals as the single-family group
Hours of contact first 12 months	8	36
Organised physical activity first 12 months	0	38
Hours of contact 12-24 months	2.5	6.5
Organised physical activity 12-24 months	0	38

TABELL 1. *Oppsett av intervensjonsstudien.* KILDE: KOKKVOLL A, ET AL. ARCH DIS CHILD 2015; 100: 441-448, DOI: 10.1136/ARCHDISCHILD-2014-307107

av møte med sykepleier, barnelege og klinisk ernæringsfysiolog på barnepoliklinikk, samt oppfølging hos helsesøster. For barna i flerfamilietilbudet ble det i tillegg utført rådgivning av flerfaglig team på barneavdeling og av helsesøster i grupper, og det ble organisert ukentlig treningstilbud og en friluftsskole for familiene.

Som dere ser, foregikk det aller meste i kommunen, mens sykehuset hadde ansvar for oppstart, 3-månederskontroll og deretter årlige kontroller. Felles for begge intervensjoner var at familiene ble fulgt opp av personell fra første- og annenlinje i forhåndsavtalte intervaller som alle hadde opparbeidet en felles faglig plattform gjennom samarbeid og kurs. Sykepleier ved barneavdeling var daglig i dialog og samtaler med personell i kommunene. Løsningsfokuset veiledning med fokus på det som familiene mestret ble benyttet i begge intervensjoner. Prosjektet hadde aktiv oppfølging i to år med en siste avsluttende kontroll etter tre år.

Seks familier trakk seg allerede før første oppstart. En av de største utfordringene innen fedmebehandling av både voksne og barn er høyt frafall. I vår studie møtte 78 etter 1 år (20 prosent frafall) og 69 etter 2 år (29 prosent frafall). Ytterligere 10 leverte høyde- og vektdata fra helsestasjonen som ga 19 prosent frafall for disse endepunktene etter to år. Dette frafallet er ikke spesielt høyt sammenlignet med andre studier.

Resultater

BMI

Det ble påvist en beskjeden forskjell i favør av flerfamilietilbudet i kjønns- og aldersjustert BMI (FIGUR 1). BMI SDS ble gjennom-

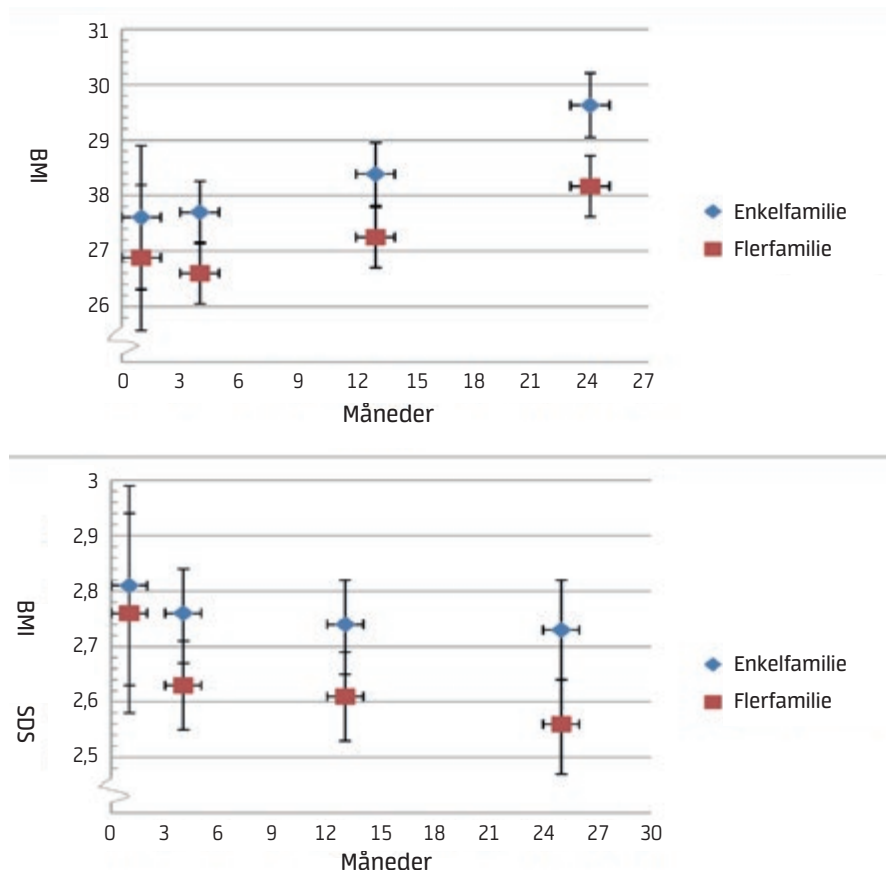
snittlig redusert med 0,08 enheter i enkeltfamilietilbudet versus 0,20 enheter i flerfamilie, ($p=0,046$). Det ble imidlertid ikke påvist noen forskjell mellom gruppene når det gjaldt utvikling i ren BMI; den økte med 2,02 kg/m^2 i flerfamilie-gruppen og 1,29 kg/m^2 i enkeltfamilie-gruppen ($p=0,075$). Samlet reduserte deltakerne sin

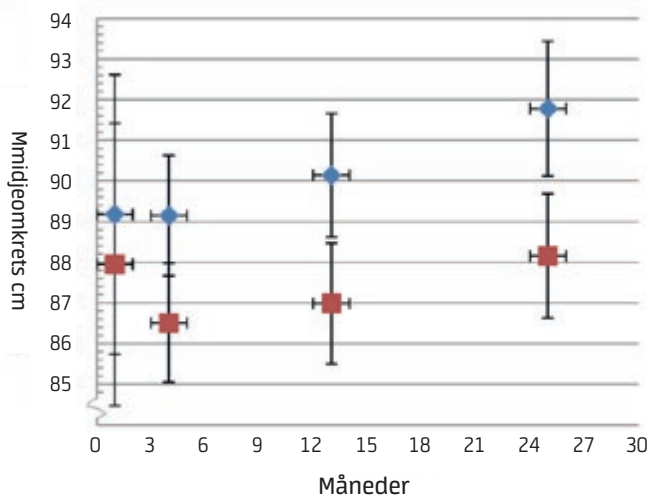
grad av overvekt (justert for alder og kjønn) sammenlignet med utgangspunktet.

Midjemål

Barn i enkeltfamilietilbudet økte i gjennomsnitt sitt midjemål med 2,6 cm mens barna i flerfamilie-tilbudet økte med 0,21 cm – en forskjell på 2,39 cm ($p=0,038$) (FIGUR 2).

FIGUR 1. BMI





FIGUR 2. Midjemål

Psykisk helse

Det ble ikke påvist noen forskjell i utvikling av SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)-problemscore mellom behandlingsgruppene. En reduksjon i foreldre- og selvrapportert SDQ-problemscore ble påvist for begge grupper samlet (FIGUR 3).

Konklusjon

To års resultater viste at flerfamilietilbudet ga noe bedre effekt på midjemål og grad av overvekt enn enkeltfamilietilbudet, men ingen forskjeller mellom behandlingsgruppene i ren BMI utvikling. Begge gruppene samlet viste reduksjon av overvekt og bedring i psykisk helse fra oppstart.

Hva betyr funnene?

Resultatene viser at det nytter å gi tilbud til overvektige barn. Vi ble kanskje noe overrasket over at gruppe-/flerfamilietilbudet totalt sett ikke oppnådde bedre resultater til tross for betydelig økt ressursbruk. Kanskje kan disse funn si oss noe om at barnefedmebehandling ikke nødvendigvis er så komplisert og at mange familier klarer seg godt med færre ressurser. Vi har dessuten en hypotese om at den samlede reduksjon i grad av overvekt og problemscore vedrørende psykiske helse kan være forårsaket av elementer benyttet i begge intervensjoner – herunder kompetanseheving, løsningsfokusert veiledning og utbredt samhandling mellom første- og annenlinjetjeneste.

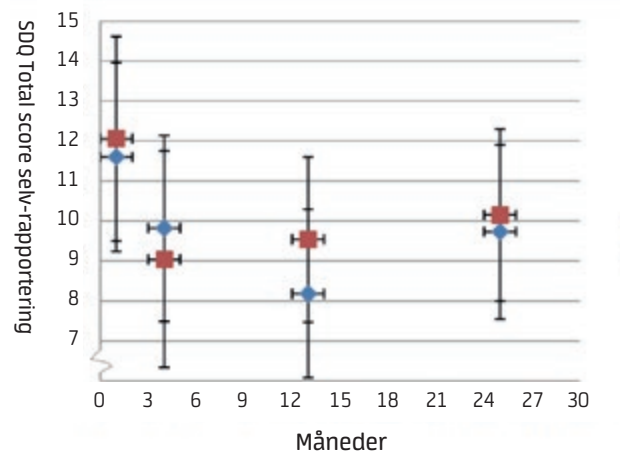
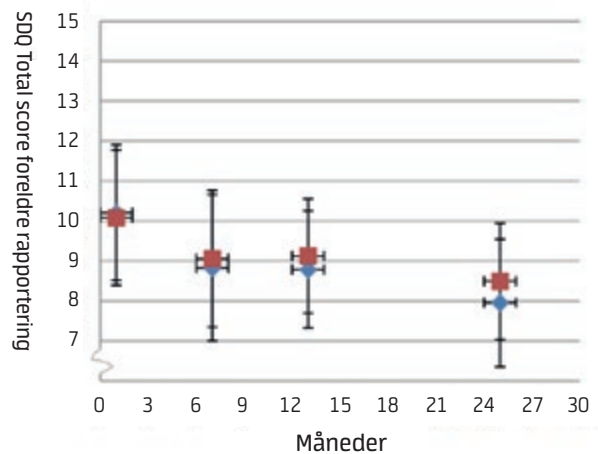
Betydningen av å møte personell med interesse og innsikt i fagfeltet må ikke undervurderes. Disse elementer tar vi derfor inn i et pasientforløp for barnefedme som

skal iverksettes ved Finnmarkssykehuset. Imidlertid er det ting som tyder på at man i større grad må individualisere forløpene og tilpasse tilbudet til hver familie og det enkelte barns behov. I postdoktorprosjektet vil vi undersøke om det er faktorer ved oppstart som kan predikere effekter av behandling.

Midjemål er assosiert med organfedme og risiko for metabolsk syndrom. Et forsknings spørsmål blir derfor om gunstig utvikling i midjemål også representerer en reduksjon i risikoprofil. Metabolske parametere som blodtrykk, lipider, insulin og glukose vil derfor bli analysert. Vi vil også studere fysisk aktivitets- og kondisjonseffekter på utvikling i disse risikofaktorer og om det er forskjeller mellom behandlingsgruppene.

Kvalitative studier

Ulike masteroppgaver innenfor fagområdene helsefag og sosiologi er publisert med bakgrunn i prosjektet, med problemstillinger som: foreldres erfaringer med Aktivitetsskolen; å være forelder til et overvektig barn; fellesfaktorer hos familier som har oppnådd BMI-stabilisering. Kvalitative studier supplerer kvantitative funn og kan gi oss mer helhetlig forståelse og innsikt. Oppgavene er alle publisert på Munin, et åpent kunnskapsarkiv ved UiT Norges Arktiske Universitet.

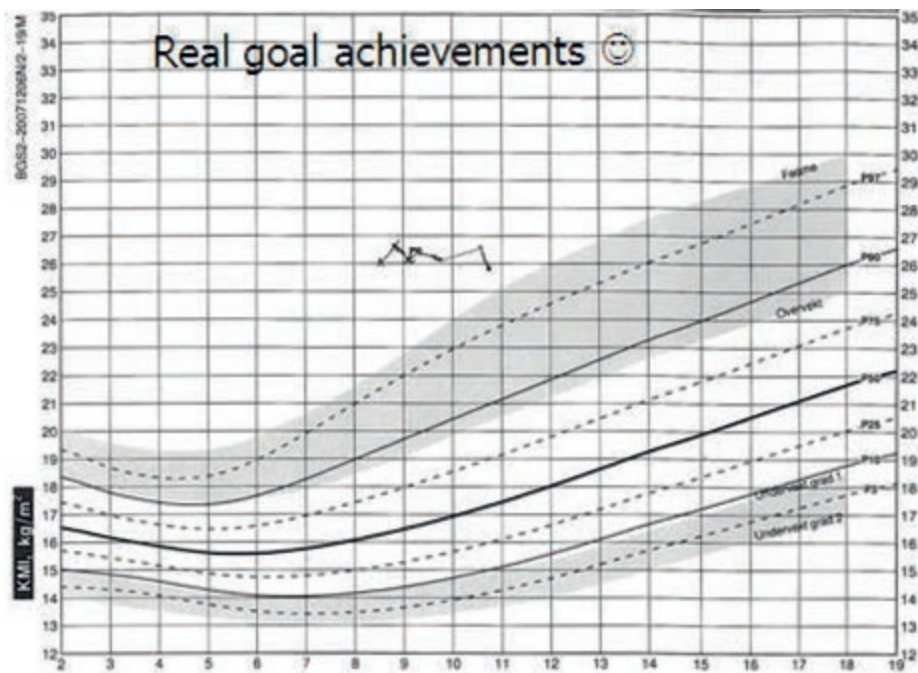


FIGUR 3. Psykisk helse

Vi kan utgjøre en forskjell

WHO slår alarm om barnefedme som nå øker mest i utviklingsland og utgjør en betydelig trussel mot fysisk og psykisk helse (5). Det viktigste er å forebygge, men vi må også utvikle tilbud for de barna som er i ferd med å utvikle eller allerede har utviklet fedme. Vi vet at det er lettere å gjøre noe hvis vi begynner tidlig. Fagfeltet barnefedme er forholdsvis nytt, men fagutvikling og forskning bringer faget videre. Ved å sette seg inn i temaet, motivere og følge utsatte familier får man en unik erfaring som kan brukes i generelt forebyggingsarbeid. Dersom vafler er eneste alternativ på barneidrett-arrangementet i kommunen, så kan det være utfordrende å takke nei. Allmennleger og samfunnsmedisinere i kommunen er svært viktige i kampen for å bekjempe barnefedme – dette gjennom direkte veiledning og hjelp til utsatte familier, som deltakere i team og i det generelle folkehelsearbeidet.

Når det gjelder konsultasjoner om barnefedme anbefaler jeg å bruke løsningsfokusert samtale hvor vi som leger tar rollen



FIGUR 4. BMI-kurver er nyttige i barnefedmebehandling.

som «heiagjeng» og lar dette være familienes eget prosjekt. Det er en litt annen arbeidsform enn det vi er vant med, og kan kreve litt trening. Fagfeltet kan på denne måten endres fra vanskelig til å bli både spennende og givende. For min egen del lærte jeg utrolig mye av andre fagpersoner ved å jobbe i team. Et annet nødvendig verktøy i barnefedme-behandling er bruk av BMI-kurver. Det gir et godt bilde av utviklingen over tid. Sist, men ikke minst må man vurdere barnets generelle trivsel. Ikke så lett å delta i gymtimene hvis en blir mobbet i garderoben.

Avsluttende kommentar

Oppdraget var å dele med dere gjennomføring og resultater fra Aktivitetsskolen i Finnmark. Det ble derfor ikke plass til å gå nærmere inn på fagfeltet barnefedme generelt. For mer lesning anbefales Gudbjørg Øens bok «Overvekt hos barn og unge». Egen avhandling oppsummerer også epidemiologi, årsaksfaktorer inkludert genetik/epigenetik i introduksjonsdelen: <http://munin.uit.no/handle/10037/6964>.

Artiklene vedrørende prosjektet ligger åpent tilgjengelig på nettet (5, 6). Vi vurderer å utarbeide et en til to timers nettkurs om barnefedme. Dersom noen vil gi innspill, ta gjerne kontakt. Til slutt vil jeg takke alle samarbeidspartnere og bidragsytere i Aktivitetsskolen og spesielt takke alle deltakende familier.

REFERANSER

1. Quattrin T, Liu E, Shaw N, et al. Obese children who are referred to the pediatric endocrinologist: characteristics and outcome. *Pediatrics* 2005; 115: 348–51.
2. Kokkvoll A, Jeppesen E, Juliusson PB, et al. High prevalence of overweight and obesity among 6-year-old-children in Finnmark County, North Norway. *Acta Paediatr.* 2012; 101: 924–28.
3. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Helsedirektoratet 2010. Rapport IS-1734.
4. WHO. Commission on Ending Childhood obesity. WHO; 2016 (cited 2016 8th February); Available from <http://www.who.int/end-childhood-obesity/final-report/en/>
5. Kokkvoll A, Grimsgaard S, Odegaard R, et al. Single versus multiple-family intervention in childhood overweight – Finnmark Activity School: a randomised trial. *Arch Dis Child.* 2014; 99: 225–31.
6. 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: 441–8.es



På Sandfjellet Sørøya (2011) aker man som navnet tilsier i sanden.

■ ANE.SOFIE.KOKKVOLL@FINNMARKSSYKEHUSET.NO