

# **Børn og unge, der lever med overvægt, og deres familier - Fælles tilgang i Midtjylland**

Samarbejdsaftale under Sundhedsaftalen

Region Midtjylland, de 19 midtjyske kommuner og PLO-Midtjylland

Version 22. september 2023

## Indhold

1. Indledning .....	3
2. Grundforudsætning for samarbejdet – et nyt paradigme.....	3
3. Formål med samarbejdsaftalen .....	3
4. Parter i aftalen .....	4
5. Målgruppe .....	4
6. Lovgivningsmæssige rammer.....	4
7. Organisering af samarbejdet – aftalens indhold .....	4
7.1. Fælles tilgang til familierne og fælles normkrav .....	4
7.2. Henvisningsstruktur .....	6
7.3 Kommunikation på tværs.....	7
8. Omfang og økonomi .....	8
9. Ikrafttrædelse .....	8
10. Implementering og opfølgning.....	8

## **1. Indledning**

Sundhedssamarbejdsudvalget (tidligere Sundhedskoordinationsudvalg) har med det politiske intentionspapir fra 2022 rammesat den fremadrettede fælles prioritering i Midtjylland vedr. overvægt. I intentionspapiret prioriterer regionen, kommunerne og PLO-Midtjylland en fælles politisk målsætning om, at vi i Midtjylland vil se en reduktion i andelen af børn og unge med overvægt og svær overvægt i løbet af de næste 5-10 år (link til intentionspapir).

Denne samarbejdsaftale konkretiserer intentionspapirets politiske retning og målsætning ved at aftale rammerne for, hvordan vi samarbejder på tværs af almen praksis, hospitaler og de midtjyske kommuner om børn og unge, der lever med overvægt, og deres familier. Både ift. at øge trivsel samt forebygge og reducere følgerne af overvægtsbetingede sygdomme.

Aftalen er en samarbejdsaftale under sundhedsaftalen og er baseret på det gode samarbejde og de gode erfaringer, der allerede eksisterer forskellige steder i den midtjyske region.

Når vi skriver 'vi' i aftalen mener vi, kommuner, region og almen praksis.

Samarbejdsaftalen skal ses, som første af flere trædesten for at nå den politiske målsætning.

## **2. Grundforudsætning for samarbejdet – et nyt paradigme**

Grundforudsætningen for vores samarbejde er en fælles tilgang til børn og unge, der lever med overvægt, og deres familier, hvor vi arbejder ud fra et nyt paradigme: Frem for fokus kun på regulering af energibalancen, anskuer vi overvægt i et bredere perspektiv, hvor vi er opmærksomme på det komplekse og endnu uafklarede samspil mellem mange faktorer, der kan medføre overvægt samt følgesygdomme heraf. Indsatserne skal derfor favne bredt, øge trivslen og fokusere på de mange andre faktorer end vægt, som der er på spil.

## **3. Formål med samarbejdsaftalen**

Formålet med samarbejdsaftalen er at styrke samarbejdet på tværs af almen praksis, hospitaler og de midtjyske kommuner om børn og unge, der lever med overvægt, og deres familier.

Samarbejdsaftalen skal således bidrage til:

- at børn og unge, der lever med overvægt, og deres familier oplever et sammenhængende og virkningsfuldt forløb af høj kvalitet, hvor indsatserne er koordinerede mellem parterne ud fra familiernes behov
- at styrke den generelle trivsel hos barnet og i familien
- at forebygge og reducere følgerne af overvægtsbetingede sygdomme hos børn og unge i Midtjylland
- at indfri den politiske målsætning om en reduktion i andelen af børn og unge med overvægt og svær overvægt i løbet af de næste 5-10 år

#### **4. Parter i aftalen**

Aftalen omfatter:

- Region Midtjylland
- de 19 midtjyske kommuner
- PLO-Midtjylland

#### **5. Målgruppe**

Målgruppen for samarbejdsaftalen er overordnet set:

- Børn og unge under 18 år, der lever med overvægt, og deres familier. Inden for hver sektor opererer vi med forskellige henvisningskriterier (jf. afsnit 7.2 herom).

#### **6. Lovgivningsmæssige rammer**

Kommuner og regioner har ifølge lovgivningen (jf. sundhedslovens §119) et fælles ansvar for at etablere forebyggende, sundhedsfremmende og behandlende tilbud til borgerne.

Kommunerne har ansvar for den borgerrettede forebyggelse, som skal medvirke til at mindske risiko for sygdomme.

Derudover har kommunerne sammen med regionerne ansvaret for den patientrettede forebyggelse, der handler om at modvirke, at sygdomme forværres hos den gruppe af borgere, der har en kronisk sygdom eller lignende.

Regionen tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren, herunder almen praksis m.v., rådgivning m.v. i forhold til kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats samt behandling af sygdomsrelateret overvægt.

#### **7. Organisering af samarbejdet – aftalens indhold**

Med afsæt i den politiske målsætning, vores grundforudsætning for samarbejdet og de lovgivningsmæssige rammer er organisering af samarbejdet mellem almen praksis, kommuner, og hospitaler beskrevet nedenfor. Dette er med henblik på at etablere et formaliseret tværsektorielt samarbejde om børn og unge, der lever med overvægt, og deres familier.

Samarbejdsaftalen består af tre elementer:

- Fælles tilgang til familierne og fælles normkrav
- Henvisningsstruktur
- Kommunikation på tværs

##### **7.1. Fælles tilgang til familierne og fælles normkrav**

Med udgangspunkt i Sundhedsstyregruppens afdækning af tendenser til virkningsfulde indsatser fra 2023 er vi enige om, at vi hver især og i vores fælles tilgang til familierne:

- arbejder familieorienteret ved at tage udgangspunkt i den enkelte families behov og ønsker (herunder er vi obs. på, at der kan være andre hensyn, når det gælder de unge)
- har en sundhedspædagogisk og motiverende tilgang og øje for at undgå stigmatisering
- kommunikerer og koordinerer vores indsats på tværs af sektorer
- tilrettelægger forløbet ved at have mange indsatskomponenter på samme tid (multifaktoriel)

Som forudsætning for gode sammenhængende borgerforløb af høj kvalitet, vil vi sikre kendskab til og viden om hinandens indsatser. Derfor aftaler vi en række normkrav, så vi hver især ved, hvad vi som udgangspunkt kan regne med fra hinanden.

**Kommunerne:** Den kommune, hvor familien bor, spiller en central rolle i at kunne tilbyde familierne et forløb, hvor der arbejdes længerevarende med livsstil og trivsel.

Derfor er vi enige om fælles normkrav, hvor kommunerne har et tilbud til målgruppen, som:

- er multifaktorielt med faktorer, vi ved virker – det handler fx om mange indsatskomponenter med samme mål – fysisk aktivitet, kost, fokus på fællesskaber, adfærdsændring og trivsel, livskvalitet, forældre/familieinvolvering, lang varighed på minimum 12 måneder mv. (jf. viden om tendenser til virkningsfulde indsatser bilag 1 - [link](#))
- er familiebaseret frem for fokus alene på barnet/den unge
- er individuelt sammensat ud fra dialog med den enkelte familie
- ikke har fokus på overvægt alene, men bredt på trivsel

Kommunerne kan inddrage civilsamfund og andre aktører i indsatserne.

**Hospitalerne:** Hospitalernes børne- og ungeafdelinger har en central rolle i at kunne tilbyde børn og unge, der er i risiko for at udvikle følgesygdomme af overvægt, udredning og behandling.

Derfor er vi enige om fælles normkrav, hvor hospitalernes børne- og ungeafdelinger

- har et behandlingstilbud til børn og unge, hvor overvægten skyldes en underliggende (genetisk/metabolisk) sygdom eller at overvægten medfører organpåvirkning (f.eks. højt blodtryk eller diabetes)
- har en direkte rådgivnings- og sparringsfunktion (hotline) for den kommunale sundhedspleje/ direkte adgang til lægefaglig sparring for den kommunale sundhedsplejerske – dialogen kan fx munde ud i en henvisning til hospitalet

**Almen praksis:** Den enkelte families egen praktiserende læge har en central rolle i at sikre en helhedsorienteret indsats i forhold til den enkelte familie.

Derfor er vi enige om, at egen læge:

- henviser til udredning og behandling på hospitalet eller til et kommunalt tilbud, hvis det vurderes relevant

## **7.2. Henvisningsstruktur**

I det følgende beskrives, hvordan vi konkret bygger bro mellem sektorerne ved at samarbejde om at opspore og henvise familier til rette forløb.

### ***Almen praksis***

Den praktiserende læge vurderer med udgangspunkt i det enkelte barn/den enkelte unge og den enkelte familie, om det vil være relevant at henvise videre (hospital, kommune, andre aktører). Samt om der er andre problematikker end overvægten alene.

Egen læge opererer ud fra internationale grænseværdier for overvægt og svær overvægt i sin vurdering af barnet:

- 0-2 år: vægt-for-længde-kurver over: 97 percentilen bør man være særlig opmærksom på barnets vægtudvikling.
- 2-5 år: BMI-for-alder-kurver over: over 95 percentilen (overvægt) og over 99-percentilen (svær overvægt).
- 5-18 år: kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver (ISO-BMI/IOTF). ISO-BMI/IOTF-25 (overvægt) og ISO-BMI/IOTF-30 (svær overvægt).

Almen praksis henviser:

- Til hospitalet: i de tilfælde, hvor der er behov for fx udredning og behandling af eventuelle følgesygdomme til overvægt.
- Til kommunalt tilbud: Såfremt der ikke er indikation for henvisning til hospitalsbehandling, og hvor det vurderes relevant, kan egen læge tilbyde henvisning til et kommunalt forløb. Det er vigtigt, at egen læge inden henvisning afdækker barnets, og især forældrenes, motivation for at justere livsstil/deltage i et forløb, da det er et kriterium for at kunne deltage i et kommunalt forløb.
- Evt. til andre aktører

### ***Kommunerne***

Kommunen vurderer med udgangspunkt i det enkelte barn og den enkelte familie, hvilket/hvilke forløb der vil være relevant(e).

I den vurdering er det et kriterium for at deltage i et kommunalt forløb, at familien er motiveret for at justere livsstil/deltage i et forløb.

Kommunerne opsporer og henviser:

- Til kommunale forløb: Det kan fx ske i forbindelse med sundhedsplejerskebesøg i familierne eller i skolesundhedstjenesten ved ind- og udskolingsundersøgelser og ved højde- og vægtmålingen midt i skoleforløbet. Sundhedsplejen afdækker inden henvisning barnets, og især forældrenes, motivation for at ændre livsstil/deltage i et forløb.
- Til hospitalet: Såfremt der er mistanke om, at barnets eller den unges overvægt skyldes en underliggende (genetisk/metabolisk) sygdom eller, at overvægten medfører organpåvirkning (f.eks. højt blodtryk eller diabetes), kan

sundhedsplejen tage direkte kontakt til børne- og ungeafdelingen for rådgivning og sparring med henblik på eventuel aftale om henvisning til børneafdelingen. Kontakten kan rettes telefonisk. Og en evt. aftale om henvisning sendes herefter via korrespondancebrev til børne- og ungeafdelingen.

### **Hospitalerne**

Børne- og ungeafdelingen vurderer med udgangspunkt i det enkelte barn og den enkelte familie, hvilket/hvilke forløb der vil være relevant(e).

I den vurdering opererer børne- og ungeafdelingen ud fra internationale grænseværdier for overvægt og svær overvægt i sin vurdering af barnet:

- 0-2 år: vægt-for-længde-kurver over: 97 percentilen bør man være særlig opmærksom på barnets vægtudvikling.
- 2-5 år: BMI-for-alder-kurver over: over 95 percentilen (overvægt) og over 99-percentilen (svær overvægt).
- 5-18 år: kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver (ISO-BMI/IOTF). ISO-BMI/IOTF-25 (overvægt) og ISO-BMI/IOTF-30 (svær overvægt).

Børne- og ungeafdelinger udreder og ved behov:

- behandler følgesygdomme relateret til overvægt hos barnet/den unge på hospitalet
- henviser til kommunalt forløb: Såfremt det vurderes relevant, kan børne- og ungeafdelingen tilbyde henvisning til et kommunalt forløb. Det er vigtigt, at børne- og ungeafdelingen inden henvisning afdækker barnets/den unges, og især forældrenes, motivation for at justere livsstil/deltage i et forløb, da det er et kriterium for at kunne deltage i et kommunalt forløb.
- kan have et behandlingstilbud ved svær overvægt, hvor andre behandlingstilbud ikke har vist sig tilstrækkelige.

### **7.3 Kommunikation på tværs**

Det er centralt, at vi i overgangene mellem sektorer har fokus på at sikre, at der i det konkrete borgerforløb sker en grundig overlevering mellem sektorerne. Det vil vi gøre ved:

- **Vidensdeling** på tværs om det konkrete borgerforløb, hvor hospitalet deler dokumentation med kommunen og egen læge om, hvad der er sat i værk på hospitalet, og kommune og egen læge tilsvarende deler viden ved kontakt/henvisning til hospitalet. I kommunikationen på tværs af sektorer angives barnets/den unges højde og vægt.
- **Tydelige kommunikationsveje** mellem sektorerne. I kommunikationen mellem sektorer benyttes de eksisterende kommunikationsveje ift. henvisning (MedCom standard: dynamisk henvisning, XREF15, og afslutningsnotat XDIS15 – [Link til samarbejdsaftale om elektroniske henvisninger](#)), epikrise og korrespondancebrev.

Kommunen får tilsendt henvisning fra egen læge (dynamisk henvisning) eller hospitalet (XREF15) med beskrivelse af, hvad der er på spil. Hvis henvisningen kommer fra hospitalet, informeres ligeledes om, hvad der er sat i værk på hospitalet.

Den praktiserende læge får svar tilbage via en epikrise (hospital)<sup>1</sup> eller hvis relevant afslutningsnotat/korrespondancebrev (kommune) om, hvad der er sat i gang, så lægen er opdateret på, hvad der er sket.<sup>2</sup>

Kommunen sender afslutningsnotat (XDIS 15) til hospitalet i de tilfælde, hvor hospitalet har bedt om det/krydset af, at kopi af afslutningsnotat ønskes.

- **Forventningsafstemning** med familierne ift. overlevering til henholdsvis kommune, hospital, almen praksis.

### **Særligt ift. Horsensklyngen**

Da Regionshospitalet Horsens ikke har en børne- og ungeafdeling, skal der være samarbejde på tværs af Horsensklyngen og Aarhus Universitetshospital.

## **8. Omfang og økonomi**

For den enkelte kommune, vil der være udgifter forbundet med at have et tilbud til målgruppen. 16 ud af 19 kommuner har allerede i dag et tilbud, der i et vist omfang retter sig mod målgruppen.

For hospitalerne vil der være udgifter forbundet med den direkte rådgivning og sparring til kommunerne.

## **9. Ikrafttrædelse**

Samarbejdsaftalen træder i kraft 1. januar 2024, hvor 2024 afsættes til implementeringsår.

## **10. Implementering og opfølgning**

Aftalen er en ramme for det fælles samarbejde, som forankres i sundhedsklyngerne. Klyngerne aftaler derfor, hvordan man i løbet af 2024 vil udmønte samarbejdsaftalen. Yderligere konkretisering af aftalen vil således indgås i regi af den enkelte klynge. Klyngerne har hver især ansvar for at følge implementering af aftalen med udgangspunkt i en fælles skabelon med fælles indikatorer. Derudover sikrer klyngerne, at der løbende sker vidensdeling og erfaringsudveksling på tværs af klyngerne.

---

<sup>1</sup> <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/nyheder/meddelelser-generelt/ny-epikrisestandard/>



Sundhedssamarbejdsudvalget og Sundhedsstyregruppen følger implementeringen af aftalen. Der udarbejdes en administrativ opfølgning på samarbejdet i 2026, som forelægges Sundhedsstyregruppen og Sundhedssamarbejdsudvalget. Opfølgningen sker med udgangspunkt i en status fra hver klynge.

Opfølgningen i øvrigt tilrettelægges, som en agil proces, hvor det løbende vurderes, hvad der er relevant og muligt at igangsætte og følge op på.

*Fælles indikatorsæt og fælles validerede evalueringsskemaer*

Det er ambitionen, at vi opbygger ensartet data om virkning og effekt af de indsatser, vi hver især har og sammen sætter i gang. Derfor vil vi anvende fælles evalueringsskemaer og indikatorsæt. Disse udvikles i samarbejde med Steno Diabetes Center Aarhus og Nationalt Center For Overvægt.

Udkkast

Udskæst

