

Prævalens af overvægt og fedme blandt treårige i Aalborg Kommune samt beskrivelse af risikofaktorer

Praktiserende læge Mie Aarup, statistiker Ineta Sokolowski & professor Jørgen Lous

Lægerne Hasseris Bymidte, Aalborg
Aalborg Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus
Syddansk Universitet, Institut for Sundhedstjenesteforskning,
Afdelingen for Almen Medicin

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at bestemme prævalensen af fedme og overvægt blandt treårige børn, at bestemme risikofaktorer for udvikling af overvægt og fedme samt at vurdere forældrenes motivation for eventuel behandling.

Materialer og metoder: Der blev udsendt spørgeskema til alle 1.799 forældre, der var bosiddende i Aalborg Kommune og havde børn, der blev tre år i 2002. Manglende oplysning blev indhentet hos egen læge. *Body mass index* ved treårsbørneundersøgelsen og prævalensen af overvægt/fedme blev beregnet, og risikofaktorer blev belyst.

Resultater: I alt 10,4% af børnene var overvægtige eller fede, baseret på tal fra 92% af de undersøgte børn. Blandt de 46% med besvaret spørgeskema fandt vi, at høj fødselsvægt var risikofaktor for overvægt og fedme hos treårige børn, ligesom overvægt hos moderen og ufaglærte, arbejdsløse/førtidspensionerede og studerende forældre var risikofaktorer. I undersøgelsen blev det endvidere påvist, at børn med anden etnisk baggrund end dansk havde tendens til hyppigere overvægt/fedme end danske børn. I alt 94% af de adspurgte forældre til de overvægtige/fede børn var positive over for et tilbud om intervention.

Konklusion: Der var 10,4% overvægtige og fede treårige. Forældrene til disse børn var positive over for interventionstilbud.

Overvægt og fedme er et voksende problem hos både børn og voksne. WHO kalder det en verdensomspændende epidemi [1]. For 15 år siden var ca. 10% af danske børn overvægtige eller fede ved indskolingen [2], forekomsten af overvægt og fedme hos yngre børn er usikker. Overvægt og fedme forøger risikoen for hypertension, dyslipidæmi og type 2-diabetes. Desuden er knæ- og hofteledsartrose hyppigere, og overvægt og fedme giver ofte psykosociale problemer. Man ved, at overvægt og fedme, der begynder i tidlig alder og er vedvarende, medfører øget risiko for udvikling af det metaboliske syndrom [3]. Årsagen til overvægt/fedme er oftest multifaktoriel, både genetiske, psykologiske, sociale og miljømæssige faktorer indgår. Intervention over for overvægtige voksne er

vanskelig, ofte opnås der kun kortvarige vægttab. Intervention over for overvægtige børn er om muligt endnu mere vanskelig og involverer også etiske aspekter: Kan vægttab skade barnet? Er det acceptabelt for forældrene, at vi som fagfolk blander os ved at komme med tilbud om vægtreducerende aktiviteter?

Formålet med denne undersøgelse var: 1) at bestemme prævalensen af overvægt og fedme ved treårsundersøgelsen i Aalborg Kommune i 2002, 2) at afdække risikofaktorer for overvægt hos treårige børn og 3) at undersøge forældrenes holdning til intervention over for deres overvægtige og fede barn.

Metoder

Med Datatilsynets tilladelse indhentede vi hos Det Centrale Personregister navn, adresse og CPR-nummer på alle børn, der var født i 1999 og var bosiddende i Aalborg Kommune pr. 1. januar 2002. Vi udsendte i 2002-2003 et kort spørgeskema med frankeret svarkuvert til alle forældre 1-2 måneder efter barnets treårsfødselsdag. Vi havde på forhånd besluttet ikke at udsende rykker for at skåne forældrene.

Med Datatilsynets tilladelse blev der via Sygesikringen indhentet navn og adresse på egen læge for de børn, hvis forældre ikke besvarede spørgeskemaet (*non-responders*), men som havde fået foretaget treårsundersøgelsen.

Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om højde (cm) og vægt (kg med en decimal) ved treårsundersøgelsen hos den praktiserende læge. Desuden var der spørgsmål om fødselsvægt, ammeperiodens længde, familiens socioøkonomiske forhold, det aktuelle antal mellemåltider og indtagelse af saftvand/sodavand, antal timer med daglig leg ude og pasningsform. Vi spurgte også om begge forældres højde (cm) og vægt (kg). Til sidst blev der spurgt: »Må jeg, såfremt besvarelsen giver anledning til yderligere spørgsmål eller tilbud om behandling, kontakte dig/jer?«.

Opdeling i børn med anden etnisk baggrund/danske børn blev af forfatterne fortaget på baggrund af børnenes fulde navn. Familiens socialgruppe blev klassificeret efter den af de to forældre, der havde den højeste socialgruppe. Socialgruppeinddelingen blev modificeret efter DISCO 88 [4] og blev foretaget af to af hinanden uafhængige personer. Uoverensstemmelser blev afklaret ved diskussion.

Præcise mål og definitioner er vigtige. Overvægt hos voksne er internationalt defineret som et *body mass index* (BMI) på 25-30, og fedme er defineret som et BMI på 30 eller mere. BMI

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

er defineret som vægt (kg)/højde (m) \times højde (m). For børn gælder der lidt andre BMI-grænser for overvægt og fedme [5]. BMI blev udregnet for såvel børn som voksne med en decimal. Hos treårige er der en lille kønsforskel i BMI-grænserne. Således er definitionen på overvægt hos drenge et BMI på 17,9-19,59, og definitionen på fedme er et BMI på 19,6, eller mere, mens grænserne for piger er hhv. 17,6 og 19,4 [5].

Materialet er analyseret med statistikprogrammet STATA 9 med $p < 0,05$ som signifikansgrænse. Fishers eksakte test og χ^2 -test blev anvendt til at undersøge forskelle mellem to grupper. Ved hjælp af logistisk regression blev odds-ratio med 95% konfidensintervaller (KI) beregnet. Analyserne blev kontrolleret for barnets køn, nationalitet (dansk/anden etnisk baggrund), fødselsvægt, mors og fars vægt, socialgruppe og nummer i rækkefølgen af børn.

Resultater

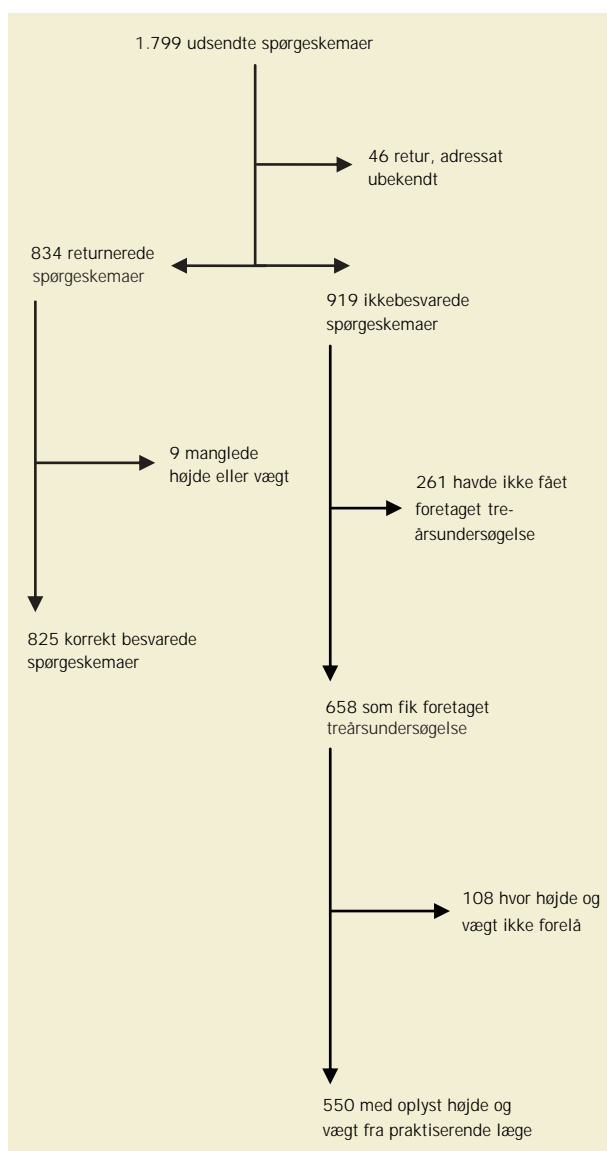
Der blev udsendt spørgeskema til forældrene til alle 1.799 treårige børn i Aalborg Kommune. I alt 72 skemaer kom retur med ukendt adressat, 26 af disse blev dog fundet via sygesikringssystemet, således at egen læge kunne kontaktes, mens 46 forblev ubekendte (Figur 1). I alt 834 spørgeskemaer blev besvaret, de 825 (45,8%) skemaer var korrekt udfyldt.

I alt 919 (51%) spørgeskemaer var ubesvaret, eller adressaten var ubekendt. Sygesikringen i Nordjyllands Amt fandt, at 658 af disse børn havde fået foretaget en treårsundersøgelse (*non-responders*). Via brev til deres praktiserende læger var det muligt at få oplyst højde og vægt ved treårsundersøgelsen på 550 (83,6%) af disse børn (Figur 1), så BMI kunne beregnes.

I alt 141 (8%) børn var af anden etnisk baggrund end dansk. Kun 23 (16%) af forældrene til disse returnerede et korrekt udfyldt spørgeskema. Via egen læge fik vi oplysninger om højde og vægt på yderligere 58 børn (41%). (Tabel 1). Hos 60 (42%) børn af anden etnisk baggrund end dansk var det ikke muligt at skaffe oplysning om højde og vægt ved treårsundersøgelsen, det samme gjaldt for 309 (19%) af de danske børn.

Blandt de 825 børn, hvis forældrene havde besvaret spørgeskemaet, fandt vi, at 7,4% (61 børn) var overvægtige, og andre 2,3% (19 børn) var fede, altså en samlet prævalens af fedme og overvægt på 9,7% (Tabel 1). Blandt alle *non-responders*, som havde været til treårsundersøgelse var 10,2% (56 børn) overvægtige, og 1,3% (syv børn) var fede, altså en prævalens af overvægt og fedme på 11,5% (Tabel 1). Den samlet prævalens af overvægt og fedme ved treårsundersøgelsen var således 10,4% byggende på data fra 92,7% af de børn, for hvem der var registreret treårsbørneundersøgelse.

Risikofaktoranalysen kunne kun udføres på de 825 børn, hvis forældre havde besvaret spørgeskemaet. Barnets køn var ikke en risikofaktor for overvægt (Tabel 2). I den justerede analyse havde børn med anden etnisk baggrund end dansk en tendens til øget risiko for overvægt. Fødselsvægt > 4.000 g var en risikofaktor for overvægt (Tabel 2). Fedme hos moderen var en risikofaktor for overvægt, mens faderens vægt betød



Figur 1. Selektionen af de deltagende grupper.

mindre (Tabel 2). Risikoen for at barnet var overvægtig/fed var 3-4 gange større, hvis forældrene var ufaglærte eller studerende/pensionister/arbejdsløse/hjemmegående (Tabel 2).

I alt 94% af forældrene til de overvægtige/fede børn var interesseret i fornyet henvendelse med tilbud om intervention, og 98% af forældrene til normalvægtige børn havde interesse heri.

Diskussion

Højde- og vægtdata fra treårsundersøgelsen hos egen læge i Aalborg Kommune blev indhentet via spørgeskema til forældrene eller forespørgsel hos børnenes egen læge. Det lykkedes at fremskaffe data på 1.375 børn (93% af de børn, der havde fået foretaget treårsundersøgelsen). Prævalensen af overvægt og fedme var 10,4%.

Tabel 1. Oplysning fra 825 børns forældre, der besvarede spørgeskema, og 550 non-responders, hvor egen læge havde data fra treårsundersøgelsen.

	n (%)		p-værdi
	deltagere (n = 825)	non-responders (n = 550)	
Køn			
Dreng	410 (49,70)	266 (48,36)	0,628 ^a
Pige	415 (50,30)	284 (51,64)	
Etnicitet			
Dansk	802 (97,21)	492 (89,45)	< 0,001 ^a
Anden etnisk baggrund	23 (2,79)	58 (10,55)	
Vægt			
Normalvægt	745 (90,30)	487 (88,55)	0,092 ^b
Overvægtig	61 (7,39)	56 (10,18)	
Fed	19 (2,30)	7 (1,27)	
Dansk			
Normalvægt	728 (90,77)	435 (88,41)	0,066 ^b
Overvægtig	57 (7,11)	51 (10,37)	
Fed	17 (2,12)	6 (1,22)	
Anden etnisk baggrund			
Normal vægt	17 (73,91)	52 (89,66)	0,151 ^b
Overvægtig	4 (17,39)	5 (8,62)	
Fed	2 (8,70)	1 (1,72)	

a) χ^2 -test; b) Fishers eksakte test.

Det er en styrke ved denne undersøgelse, at højde- og vægtdata stammer fra treårsundersøgelsen hos egen læge. Det er endvidere en styrke, at data omfatter 93% af de børn, der har været til treårsundersøgelse. Det er en svaghed, at 14,5% af børnene ikke havde fået foretaget treårsundersøgelsen. Den manglende udsendelse af rykkerskrivelse betød en lav besvarelsesprocent af spørgeskemadelen og dermed en større usikkerhed på de fundne resultater. Den svaghed blev der kompenseret for ved indhentning af oplysning om højde og vægt fra børnenes egen læge.

Det er endvidere en lille svaghed, at BMI-afskæringsgrænserne ændrer sig i de første leveår, og at der er forskellige grænser ved 3-års- og 3½-års-alderen [5]. Spørgeskemaerne blev udsendt 1-2 måneder efter børnenes treårsfødselsdag, men indeholdt ikke dato for børneundersøgelsen, ligesom tidspunkt og dermed alder ved børneundersøgelsen ikke blev oplyst. Det kan give en lille usikkerhed på afskæringsgrænserne for BMI.

Der findes ikke mange undersøgelser af prævalensen af overvægt og fedme hos treårige. I en australsk undersøgelse fra 1995 påviste man, at 17% af drengene i 2-3-års-alderen var overvægtige eller fede, og 22,7% af pigerne var det, og i 4-5-års-alderen var 13,4% af drengene overvægtige eller fede og 19,5% af pigerne [6]. I en canadisk undersøgelse foretaget i 2000-2002 med knap 4.500 3-5-årige børn påviste man, at 25,6% af børnene var overvægtige eller fede [7]. I en undersøgelse fra 2004 fra Høje-Taastrup påviste man blandt 478 3½-årige børn, at 5% lå over 97%-percentilen, BMI var ikke beregnet, hvorfor resultaterne af den undersøgelse ikke kan sammenlignes med vores [8].

Prævalensen af overvægt og fedme i de udenlandske undersøgelser er således højere end i vores undersøgelse, hvilket falder i tråd med, at overvægt i Danmark endnu ikke har nået højder som i andre af de lande, vi ofte sammenligner os med [9]. Dog er det alarmerende, at der allerede ved treårsundersøgelse er mere end 10% overvægtige/fede børn. Betydningen af overvægt hos treårige er belyst i en amerikansk undersøgelse, hvor man fandt fem gange større risiko for overvægt i 12-årsalderen, hvis man var overvægtig i 2-4-års-alderen [10]. Med hensyn til risikofaktorer for overvægt fandt vi ingen kønsforskel i modsætningen til i undersøgelsen fra Australien [6]. Sammenhæng mellem etnicitet og overvægt ved treårsundersøgelsen var ikke signifikant sikker i den justerede regressionsanalyse på trods af odds-ratio på 3,09. Dette kunne skyldes manglende styrke i undersøgelsen, hvilket giver brede konfidensintervaller. Resultatet støttes af undersøgelsen fra Høje-Taastrup, hvori man påviste, at næsten tre gange så mange børn af anden etnisk herkomst end dansk lå over 97%-percentilen [8].

En svaghed i undersøgelsen er, at forældrene selv har oplyst deres vægt og højde. Fra andre undersøgelser ved vi, at man ofte underestimerer vægt og overvurderer højden lidt [11, 12]. Det kan betyde, at deres gennemsnits-BMI er lidt højere, og at der er flere overvægtige/fede forældre.

Vi fandt ingen signifikant relation mellem faderens vægt og overvægt hos barnet, modsat i andre undersøgelser [13]. I vores undersøgelse kunne vi heller ikke påvise relation mellem overvægt og en kort ammeperiode, højt indtag af sukkerholdige drikke og lav fysisk aktivitet, et forhold man i andre undersøgelser har påvist nogen evidens for [14], hvilket igen kunne skyldes, at datamaterialet ikke er stort nok. Estimerne peger dog i nogenlunde samme retning som resultaterne i litteraturen.

Det er diskuteret, hvor tidligt i barndommen overvægt betyder noget. De negative sociale relationer omkring overvægt og fedme kommer tidligt i barnealderen, ligesom tidlig overvægt og fedme giver større risiko for følgesygdomme. Derfor er det vigtigt, at man sætter tidligt ind med forebyggelse og behandling både hos de kommende mødre, i graviditeten og i den tidlige barnealder, så man kan bryde den onde cirkel. For at man skal kunne instituere tidlig profylakse og behandling, skal risikogruppen findes, og derfor er det vigtigt, at børnene kommer til børneundersøgelserne, og der laves opfølgning jf. vejledningen fra Dansk selskab for almen medicin [15]. I denne sammenhæng er det vigtigt, at kun en lille del af de forældre, som har besvaret spørgeskemaet i vores undersøgelse, ser ud til at være afvisende over for opfølgning.

Den 1. juli 2001 startede udfasning af polio vaccination, således at den orale polio vaccination nu er ophørt. Det vil sige, at der ikke længere er vaccination ved treårsundersøgelsen, og det betyder risiko for mindre tilslutning. Ved forespørgsel i Sygesikringen i Nordjyllands Amt oplystes det, at 15,6% af de treårige i 2004 ikke fik foretaget børneundersøgelse. Det be-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 2. Analyse af risikofaktorer for overvægt ved treårsundersøgelsen.

	n (%)		Odds-ratio (95% KI) ^a	
	besvarelser (n = 825)	overvægtige/fede (n = 80)	ikkejusteret	justeret ^b
<i>Køn</i>				
Dreng	415 (50,3)	39 (9,4)	1	1
Pige	410 (49,7)	41 (10,0)	1,07 (0,68-1,70)	1,25 (0,74-2,10)
<i>Etnicitet</i>				
Dansk	802 (97,2)	74 (9,2)	1	1
Anden etnisk baggrund	23 (2,8)	6 (26,1)	3,47 (1,33-9,08)	3,09 (0,89-10,68)
<i>Fødselsmåned</i>				
November-februar	269 (32,6)	30 (11,2)	1	1
Marts-juni	276 (33,5)	26 (9,4)	0,83 (0,48-1,44)	0,73 (0,39-1,37)
Juli-oktober	280 (33,9)	24 (8,6)	0,75 (0,42-1,31)	0,56 (0,29-1,06)
<i>Fødselsvægt, g</i>				
< 3.700	474 (58,3)	31 (6,5)	1	1
3.700-3.999	155 (19,1)	18 (11,6)	1,88 (1,02-3,46)	1,66 (0,84-3,29)
4.000-4.499	144 (17,7)	19 (13,2)	2,17 (1,19-3,98)	2,06 (1,04-4,08)
≥ 4.500	40 (4,9)	10 (25,0)	4,76 (2,13-10,63)	6,12 (2,55-14,72)
<i>Mors vægt</i>				
Normal	619 (75,5)	54 (8,7)	1	1
Overvægtig	151 (18,4)	14 (9,3)	1,07 (0,58-1,98)	0,67 (0,33-1,39)
Fed	50 (6,1)	12 (24,0)	3,30 (1,63-6,70)	2,53 (1,06-6,04)
<i>Fars vægt</i>				
Normal	409 (51,7)	33 (8,1)	1	1
Overvægtig	315 (39,8)	31 (9,8)	1,24 (0,74-2,08)	1,12 (0,64-1,96)
Fed	67 (8,5)	8 (11,9)	1,54 (0,68-3,51)	1,41 (0,58-3,41)
<i>Ammetid</i>				
< 3 måneder	171 (21,1)	21 (12,3)	1	1
< 3-4,5 måneder	229 (28,3)	25 (10,9)	0,88 (0,47-1,62)	0,80 (0,39-1,65)
> 4,5 måneder	410 (50,6)	33 (8,1)	0,63 (0,35-1,12)	0,56 (0,28-1,10)
<i>Mellemmåltider</i>				
Ingen	8 (1,0)	1 (12,5)	1	1
1-2 stykker dagligt	520 (64,9)	48 (9,2)	0,71 (0,09-5,91)	0,74 (0,07-7,58)
3-4 stykker dagligt	260 (32,5)	24 (9,2)	0,71 (0,08-6,03)	0,71 (0,07-7,54)
> 4 stykker dagligt	13 (1,6)	2 (15,4)	1,27 (0,10-16,81)	2,03 (0,12-34,92)
<i>Drikker saft/sodavand dagligt</i>				
Nej	322 (39,5)	45 (9,1)	1	1
Ja	494 (39,5)	34 (10,6)	1,18 (0,74-1,88)	1,13 (0,65-1,98)
<i>Barnet i institution</i>				
Nej	766 (93,8)	3 (5,9)	1	1
Ja	51 (6,2)	76 (9,9)	1,76 (0,54-5,79)	1,81 (0,51-6,45)
<i>Udeleg</i>				
< 1 time	33 (4,3)	3 (9,1)	1	1
1-2 timer	324 (42,6)	28 (8,6)	0,95 (0,27-3,30)	0,91 (0,23-3,69)
> 2 timer	404 (53,1)	44 (10,9)	1,22 (0,36-4,17)	1,35 (0,34-5,33)
<i>Socialgruppe</i>				
Chef/selvstændig/leder o.l.	117 (14,4)	7 (6,0)	1	1
Højere uddannelse/jordemoder/ oversygeplejerske o.l.	136 (16,8)	11 (8,1)	1,38 (0,52-3,69)	1,69 (0,57-4,97)
Sygeplejerske/folkeskolelærer o.l.	137 (16,9)	16 (11,7)	2,08 (0,82-5,24)	2,23 (0,78-6,37)
Kontor/salg/service/landbrug/ håndværk o.l.	335 (41,3)	27 (8,1)	1,38 (0,59-3,26)	1,69 (0,64-4,44)
Ufaglært	58 (7,2)	12 (20,7)	4,19 (1,55-11,33)	3,50 (1,07-11,39)
Studerende/pensionist/arbejdløs/ hjemmegående	28 (3,5)	6 (21,4)	4,29 (1,31-13,98)	4,34 (1,00-18,86)
<i>Nr. i rækkefølgen af børn</i>				
Første	378 (46,6)	33 (8,7)	1	1
Anden	326 (40,2)	28 (8,6)	0,98 (0,58-1,66)	0,88 (0,49-1,60)
≥ Tredje	108 (13,3)	19 (17,6)	2,23 (1,21-4,11)	1,70 (0,83-3,46)

KI = konfidensinterval.

a) Logistisk regression blev brugt for 80 overvægtige (9,7%) versus 745 ikkeovervægtige (90,3%).

b) Justeret for forskelle i køn, etnicitet (dansk/anden etnisk baggrund), fødselsvægt, mors og fars vægt, socialgruppe og nummer i rækkefølgen af børn.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

virker, at de praktiserende læger mangler at se en gruppe af treårige børn, af hvilke man må forvente, at mindst 10-11% er overvægtige eller fede, og hvor det er uhyre vigtigt at få forældrene i tale omkring profylakse og behandling af overvægt og fedme, så udviklingen ikke fortsætter. Man kan frygte, at de forældre, som ikke tager deres børn til de sene børneundersøgelser, er dem, der har færre resurser og lavere socialgruppe og dermed en større risiko for overvægt. Den praktiserende læge, som har kendskab til familien, kan spille en vigtig rolle her. Det er derfor vigtigt, at der er en høj tilslutning også til de sene børneundersøgelser.

Konklusion

Prævalensen af overvægt og fedme blandt treårige, der i Aalborg Kommune fik foretaget treårsbørneundersøgelse i 2002, var 10,4%. I undersøgelsen blev det påvist, at børn, som var overvægtige og fede ved treårsalderen, havde en højere fødselsvægt. Der var flere overvægtige og fede børn, hvis mor var fed, og flere, hvis forældre var ufaglærte eller studerende/pensionister/arbejdsløse/hjemmegående. Børn med anden etnisk baggrund end dansk havde øget tendens til overvægt. I alt 94% af de adspurgte forældre til de overvægtige/fede børn var positive overfor et tilbud om intervention.

Knap 15% af børnene kom ikke til treårsundersøgelsen, og denne gruppe af børn og forældre får de praktiserende læger ikke i tale omkring vægt, kost og motion. Man kan forvente, at minimum 10% af disse børn er overvægtige/fede. Derfor er det meget vigtigt, at gøre forældrene opmærksomme på, at der er både to-, tre- og fireårsundersøgelser, selv om der ikke længere er vaccination.

Korrespondance: *Mie Aarup*, Lægerne Hassers Bymidte, Thulebakken 22, 1. tv., DK-9000 Aalborg. E-mail: mieaarup@dadlnet.dk

Antaget: 23. juli 2007

Interessekonflikter: Ingen

Taksigelser: Forskningskonsulent, praktiserende læge *Jens Georg Hansen* takkes for rådgivning og kommentarer til artikeludkastet. Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond takkes for økonomisk støtte.

Litteratur

1. Obesity. Prevention and managing the Global Epidemic – Report of WHO Consultation on Obesity, 3-5 June 1997, Geneva: WHO, 1998.
2. Madsen M, Lindahl A, Osler M et al. Børn og sundhed ved skolestart 1988/89. København: DIKE, 1991.
3. Vanhala M, Vanhala P, Kumpusalo E et al. Relation between obesity from childhood and the metabolic syndrome. *BMJ* 1998;317:319-20.
4. Danmarks Statistiske Socioøkonomiske Klassifikation 1. udg. København: Danmarks Statistik, 1997.
5. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:240-3.
6. Magarey AM, Daniels LA, Boulton TJ. Prevalence of overweight and obesity in Australian children and adolescents: reassessment of 1985 and 1995 data against new standard international definitions. *Med J Aust* 2001;174:561-4.
7. Canning PM, Courage ML, Frizzell. Prevalence of overweight and obesity in a population of Canadian preschool children. *CMAJ* 2004;171:240-2.
8. Livsstilsbesøg hos 3-årige børn og deres familier. Høje-Taastrup Kommune, Familie- og Socialcenteret, Sundhedsplejen, 2006.
9. Lissau I. Action, prevention and epidemiology of paediatric obesity. *Acta Paediatrica*, 2005;94(suppl 448):30-7.

10. Nader PR, O'Brien M, Houts R et al. Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics* 2006;118:e594-601.
11. Huber LRB. Validity of self-reported height and weight in women of reproductive age. *Matern Child Health J*, 2006. Epub ahead of print.
12. Niedhammer I, Bugel I, Bonenfant S et al. Validity of self-reported weight and height in the French GAZEL cohort. *Int J Obese Related Metabolic Dis* 2000;24:1111-8.
13. Vogels N, Posthumus DL, MarimanEC et al. Determinants of overweight in a cohort of Dutch children. *Am J Clin Nutr* 2006;84:717-24.
14. Michaelsen KM, Mølgaard C, Richelsen B et al. Forebyggelse og behandling af fedme hos børn og unge. *Ugeskr Læger* 2006;168:172-5.
15. DSAM. Klinisk vejledning. Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn. København: Dansk selskab for almen medicin og Sundhedsstyrelsen, 2006.