

# Overvægt og livsstil hos 5-8-årige

Kommunallæge Jo Anna Stina Coolidge, kommunallæge Eva Bøcher Herner, kommunallæge Susanne Louise Moesgaard Bülow & studentermedhjælp Sofie Biering-Sørensen

## RESUME

**INTRODUKTION:** Formålet med dette arbejde har været at belyse forekomsten af overvægt samt variation i fysisk aktivitet og forældres rygevaner i tre storkøbenhavnske kommuner med fokus på forskelle mellem etnisk danske børn og tosprogede børn.

**MATERIALE OG METODER:** Ved den forebyggende lægeundersøgelse i forbindelse med skolestart udfyldtes en sundhedsprofil på hvert barn. Denne inkluderede spørgsmål om forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet, rygevaner samt barnets livsstil. Ved undersøgelsen blev barnets højde og vægt målt. Der indgik 823 børn ud af en population af 856 børn (96,1%), heraf var 201 tosprogede.

**RESULTATER:** I gennemsnit havde 21,2% af børnene i de tre kommuner en vægt over 90 percentilen på højde/vægt-kurve. Heraf havde 8,7% en vægt over 97 percentilen. 32% af de tosprogede og 18% af de etnisk danske børn havde en vægt på over 90 percentilen ( $p < 0,001$ ). Der var en lavere forekomst af overvægt blandt børn i den mere velstillede kommune nord for København end de to vestegnskommuner. I sammenligning med etnisk danske børn deltog tosprogede børn mindre hyppigt i organiseret sport, gik eller cyklede mindre til skole, sad i længere tid foran skærm og var mere udsatte for passiv rygning i hjemmet.

**KONKLUSION:** Ved skolestart havde ca. en femtedel af børnene i tre storkøbenhavnske kommuner en vægt over 90-percentilen og ca. 9% over 97-percentilen. Behandlingsindsatsen for overvægt starter i Storkøbenhavn ved 90-percentilen. Tosprogede børn var oftere udsat for risikofaktorer, som disponerer til livsstilssygdomme. Der var flere overvægtige børn blandt de tosprogede familier, og børnene var signifikant mere overvægtige end de etnisk danske børn.

En målrettet indsats i forhold til børns sundhed og trivsel forudsætter viden om udviklingen i børns helbred. Regeringen havde i 2003 i regeringsoplægget »Bedre sundhed for børn og unge« [1] valgt monitorering af børns sundhed som et af indsatsområderne. En arbejdsgruppe bestående af kommunallæger i hovedstadsregionen har udarbejdet en sundhedsprofil i forbindelse med indskolingsundersøgelserne.

Det er velkendt, at social ulighed også fører til ulighed i sundhed [2-4]. Der er sparsom viden om livsstil og overvægt hos etniske minoriteter. I undersøgelser af overvægt blandt skolebørn har man fundet en øget forekomst af overvægt hos tosprogede

elever [5, 6]. Ved en søgning i MEDLINE fandtes der ikke publikationer fra Danmark, som omhandlede sundhedsadfærd hos skolebørn af anden etnisk herkomst end dansk. Socialforskningsinstituttet har dog i 2004 udarbejdet en rapport over en forløbsundersøgelse af syvårige med anden etnisk baggrund, hvor man ikke kunne finde forskelle i trivsel mellem etnisk danske og tosprogede børn [7].

En evaluering af forebyggende børneundersøgelser i almen praksis viste, at børn af anden etnisk baggrund end dansk deltog mindre hyppigt i undersøgelserne end etnisk danske børn [8]. For at belyse faktorer af betydning for sundheden blandt børn med anden etnisk baggrund end dansk er det nødvendigt at opnå en høj deltagelsesprocent. Lægeundersøgelsen ved skolestart er netop valgt, fordi stort set alle børn ses ved disse undersøgelser.

De tre storkøbenhavnske kommuner er udvalgt, fordi de repræsenterer forskelle i socioøkonomiske forhold. Lyngby-Taarbæk er en relativt velstillet kommune, mens Albertslund er blandt de kommuner i Københavns vestegn, som har en relativt høj andel af socioøkonomisk dårligere stillede borgere. Herlev placerer sig mellem de to andre kommuner såvel geografisk som socioøkonomisk [3]. Danmarks Statistik viste for året 2005 betydelige forskelle i gennemsnitlig alder ved død for de tre kommuner [9].

Formålet med denne undersøgelse er at belyse, om der allerede i børnealderen er forskelle i kommunerne imellem i forekomst af overvægt, fysisk aktivitet og forældres rygevaner med fokus på forskelle mellem etnisk danske børn og tosprogede børn.

## MATERIALE OG METODER

I Herlev blev børnene undersøgt i børnehaveklassen, mens undersøgelsen i Albertslund og Lyngby-Taarbæk Kommuner foregik i 1. klasse. Dataindsamlingen foregik i perioden fra august 2004 til juni 2005. For at opnå en høj deltagelsesprocent blev udeblevne børn indkaldt igen. Fra Lyngby-Taarbæk deltog børn fra otte ud af 17 skoler.

Som led i indskolingsundersøgelsen blev et spørgeskema, der omfattede livsstil og helbred, besvaret af den ledsagende forælder og gennemgået ved personligt interview af kommunallægen sammen med forældrene og børnene. Børnene blev målt og vejat

## ORIGINALARTIKEL

Herlev Kommune, Sundhedsafdelingen, Lyngby-Taarbæk Kommune, Børne- og Fritidsforvaltningen, Albertslund Kommune, Sundhedsplejen, og Syddansk Universitet, Statens Institut for Folkesundhed

Et eksempel på trafikregulering med forbud mod indkørsel i skolens område i tidsrummet, hvor eleverne møder om morgenen.



afklædt og uden fodtøj. Den øvrige del af den objektive undersøgelse er ikke omtalt her.

Registreringen af livsstil omfattede ugentlig sportsaktivitet, transport til skole, tidsforbrug foran en skærm (tv, video, computer), samt om der var personer i hjemmet, som røg enten ude eller inde.

Tosprogethed (defineret ved brugen af mere end et sprog i hjemmet) er anvendt som *proxy* for etnicitet. Elevernes etnicitet er således alene defineret ud fra de sprog, der blev talt i hjemmet. I alt 88% af de tosprogede børn var efterkommere af forældre, der var født i ikkevestlige lande. De fleste af børnenes familier stammede fra Tyrkiet, Pakistan, Irak og Iran. Derudover stammede familierne fra Asien, Mellemøsten, Afrika, Østeuropa inklusive Rusland eller Syd- og Mellemamerika. Samme inddeling af ikkevestlige lande er tidligere anvendt [10]. Der er i analysen ikke skelnet mellem indvandrere fra vestlige og ikkevestlige lande.

Mens der er konsensus om at anvende *body mass index* (BMI) til at bestemme graden af overvægt hos voksne, har der været mere diskussion om, hvilken metode der skal anvendes hos børn [11-18]. *International Obesity Taskforce* (IOTF) og WHO er nu enige om at anvende BMI ud fra nogle grænseværdier, som *Cole et al* har defineret [18]. For børn er BMI alders- og kønsspecifikt og varierer betydeligt gennem barndommen.

Til bestemmelse af overvægt er i denne undersøgelse anvendt *Else Andersens* højde-vægt-kurver, som

stort set føres over alle børn i Danmark [15]. Denne metode blev anvendt, fordi der manglede oplysninger om alder i en af kommunerne, hvilket er en forudsætning for at udregne BMI. Da 90 percentilen i Storkøbenhavn anvendes som henvisningskriterium for behandlingsindsats, er denne grænseværdi også omtalt i nærværende artikel (begyndende overvægt).

## ETIK

Undersøgelsen er godkendt af datatilsynet og anmeldt til Videnskabsetisk Komite. Der var alene tale om rutinemæssige spørgsmål, som indgik som en del af lægeundersøgelsen.

## STATISTIK

Analyserne er foretaget i SAS version 8.0.

Alle signifikanstest blev foretaget ved hjælp af  $\chi^2$ , og et signifikansniveau på  $p < 0,05$  blev valgt. Dernæst blev risikoen for overvægt testet i multiple logistiske regressionsanalyser. Variablen vægt blev dikotomiseret, således at den ene kategori var normal vægt, mens den anden kategori både indeholdt overvægt og svær overvægt. I modellen blev der kontrolleret for, om forældrene var samlevende samt for forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet.

## RESULTATER

I alt deltog 96% (823) af alle børn i klasserne i undersøgelsen (Tabel 1), heraf var 24,4% (201) tosprogede børn; 14 børn fra Lyngby, 85 fra Herlev og 101 fra Albertslund - se i øvrigt Tabel 2.

Der var en overrepræsentation af tosprogede børn i to af de tre kommuner i forhold til landsgennemsnittet, som er på 8,4%. I alt 12% [25] af de tosprogede børn var fra andre vestlige lande; 11 børn fra Lyngby-Taarbæk, 11 fra Herlev og tre fra Albertslund. Familierne til de øvrige tosprogede børn stammede fra ikkevestlige lande, især fra Tyrkiet, Pakistan, Afrika og arabisktalende lande.



TABEL 1

Oversigt over antal skoler, klasser og børn i de tre kommuner, der indgik i undersøgelsen i perioden 2004-2005.<sup>a</sup>

	Lyngby-Taarbæk	Herlev	Albertslund	Samlet
Antal skoler	6	7	6	19
Antal klasser	12	16	16	44
Antal børn undersøgt	173	301	349	823
Antal børn i alt	188	310	358	856

a) Klasserne i Herlev var børnehavklasser, mens det i Lyngby-Taarbæk og Albertslund var 1.-klasser.



TABEL 2

Den procentvise fordeling af udvalgte demografiske faktorer i de tre kommuner i perioden 2004-2005.

	Lyngby-Taarbæk <sup>a</sup>	Herlev <sup>b</sup>	Albertslund <sup>c</sup>	Samlet <sup>d</sup>
<i>Køn</i>				
Dreng	52,0	48,5	47,8	49,0
Pige	48,0	52,5	52,2	51,0
<i>Sprog</i>				
1 sprog i hjemmet	91,8	71,8	70,9	75,7
2 sprog i hjemmet	8,2	28,2	29,1	24,3
<i>Forældre bor sammen</i>				
Ja	80,8	71,0	76,0	75,2
Nej	19,2	29,0	24,0	24,8
<i>Mor i arbejde</i>				
Ja	93,3	79,0	75,4	80,5
Nej	6,7	21,0	24,6	19,6
<i>Far i arbejde</i>				
Ja	95,2	85,6	88,6	89,2
Nej	4,9	14,2	11,4	10,8

a) 173 svarpersoner; b) 301 svarpersoner; c) 349 svarpersoner; d) 823 svarpersoner.

Børnene i Lyngby-Taarbæk boede oftere sammen med begge deres forældre, og disse var i højere grad tilknyttet arbejdsmarkedet end i de to vestegnskommuner. Der var betydelig forskel på, om børnene i Lyngby-Taarbæk boede i rygerhjem. Mens knap en fjerdedel af børnene i Lyngby-Taarbæk boede i hjem med rygende forældre (24,9%), boede ca. halvdelen af børnene i Albertslund og Herlev i rygerhjem (Tabel 3).

### Overvægt

I den samlede population var 21,2% af børnene > 90-percentilen. Heraf var 8,7% > 97-percentilen (overvægtige). Overvægt inklusive begyndende overvægt (> 90-percentilen) blandt børn var hyppigere i familier, hvis faren ikke var tilknyttet arbejdsmarkedet (37% versus 20% hvor far var i arbejde  $p < 0,001$ ). Der fandtes også en tendens til øget forekomst af overvægt hos børn af mødre, der ikke havde tilknytning til arbejdsmarkedet, men forskellen var ikke signifikant. Andelen af overvægtige børn var lavest i Lyngby-Taarbæk, højest i Albertslund, mens Herlev lå midt imellem. Børnene i Lyngby-Taarbæk Kommune var mere fysisk aktive med hensyn til sportsdeltagelse og skærmtid. (Tabel 3). Der var en tendens til en direkte sammenhæng mellem overvægt og mindre fysisk aktivitet, men forskellene var ikke signifikante.



TABEL 3

Den procentvise fordeling af livsstilsvaner og overvægt i de tre kommuner i perioden 2004-2005.

	Lyngby-Taarbæk <sup>a</sup>	Herlev <sup>b</sup>	Albertslund <sup>c</sup>	Samlet <sup>d</sup>
<i>Sport/idræt/dans i fritid</i>				
Ja	76,0	56,9	57,0	64,4
Nej	24,0	43,2	43,0	35,6
<i>Tid foran skærm</i>				
< 1 time	40,9	16,3	17,8	22,7
1-1,5 time	35,1	43,2	24,4	32,6
> 1,5 time	24,0	40,5	57,8	44,8
<i>Går/cykler i skole</i>				
Ja	64,6	53,1	74,0	64,4
Nej	35,4	46,9	26,0	35,6
<i>Alder uden støttehjul</i>				
< 6 år	82,5	71,9	87,5	81,8
≥ 6 år	17,5	28,4	12,5	18,2
<i>Rygerhjem</i>				
Nej	24,9	54,0	56,5	48,7
Ja	75,2	46,0	43,5	52,3
<i>Vægt</i>				
Normal vægt	83,1	80,3	75,5	78,9
Vægt i 90-97-percentilerne	9,3	12,8	13,8	12,5
Vægt > 97-percentilen	7,6	6,9	10,8	8,7

a) 173 svarpersoner; b) 301 svarpersoner; c) 349 svarpersoner; d) 823 svarpersoner.

### Etniske forskelle

Blandt tosprogede børn var der både flere børn > 90-percentilen end blandt de etnisk danske børn (32% versus 18%,  $p < 0,001$ ) og navnlig over 97-percentilen (17,8% versus 6,3%, ( $p < 0,001$ )).

Ved kontrol for begge forældres tilknytning til arbejdsmarkedet var der stadig forskel med en dobbelt så stor risiko for overvægt hos tosprogede børn i forhold til etnisk danske børn, OR 1,95, (1,097-3,344).

Der var blandt de tosprogede børn en øget forekomst af adfærd, som er forbundet med øget risiko for livsstilssygdomme (Tabel 4).

De gik mindre hyppigt til sport i fritiden, der var flere, der ikke kunne cykle i en alder af seks år, og flere som sad i længere tid foran skærm i det daglige. Børnene boede oftere i rygerhjem. Der var desuden en tendens til, at færre af børnene cyklede til skole, men forskellen var ikke signifikant (Tabel 4).

## DISKUSSION

Den lavere forekomst af overvægt, inaktivitet og udsættelse for passiv rygning blandt børn i den velstillede kommune nord for København i forhold til de to vestegnskommuner er udtryk for, at der allerede i barndommen er betydelige forskelle i opvækstvilkår, som har betydning for sundhed. Den markant øgede hyppighed af overvægt hos tosprogede i forhold til etnisk danske børn bekræfter tidligere danske undersøgelser [5, 6]. De tosprogede børn var med hensyn til de undersøgte parametre mere fysisk inaktive. En undersøgelse viser at børn, der cykler til skole, har bedre kondition end børn, der transporteres til skole [20]. Uorganiseret aktivitet i form af leg udgør en væsentlig del af børns fysiske aktivitet, men der er ikke belæg for at børn, som ikke går til organiserede sportsaktiviteter, kompenserer herfor ved at være mere fysisk aktive, når de leger [20]. Den høje frekvens af fedme og inaktivitet i nogle befolkningsgrupper giver anledning til bekymring, fordi overvægt i barndommen disponerer til overvægt i

voksenalderen med øget risiko for følgetilstande som f.eks. type 2-diabetes, hypertension, kræft, hjerte-kar-sygdomme, udstødning fra arbejdsmarkedet og tidlig død. Overvægt og inaktivitet fører allerede i barndommen til forstadier til det metaboliske syndrom [19]. Flertallet af de tosprogede børn boede i rygerhjem. Det er velkendt, at børn er særligt sårbare over for tobaksrøg, som giver anledning til en lang række sygdomme [21].

I flere danske undersøgelser [10, 22] fremgår det, at der blandt unge og voksne tosprogede er et ringere selvopfattet helbred samt en manglende tro på, at egen indsats er vigtig for bevarelse af et godt helbred. Vi står derfor som læger foran den vanskelige udfordring, at børn med anden etnisk baggrund end dansk både er mere udsatte for helbredsmæssige risikofaktorer, og at der er en tendens til manglende tro på, at man ved at ændre på disse livsstilsforhold kan bedre helbredet.

I de fleste befolkningsundersøgelser er svarprocenten lav. Det er et almindeligt kendt fænomen, at de, der responderer på befolkningsundersøgelser, har mindre risikoadfærd og er mere raske end dem, der ikke deltager [3]. En styrke i nærværende undersøgelse er en deltagelsesprocent på 96. Undersøgelsen omfatter således størstedelen af de, der i mange tidligere undersøgelser har været relativt svagt repræsenteret, herunder børn med anden etnisk baggrund end dansk.

En mulig fejlkilde i denne undersøgelse er den manglende anonymitet blandt deltagerne, som kan have påvirket svarene. Denne bias må antages at medføre en underregistrering af risikoadfærd, herunder fysisk inaktivitet og udsættelse for rygning.

I Herlev fandt undersøgelsen sted i børnehavklassen, mens den i Lyngby-Taarbæk og Albertslund Kommuner omfattede børn, der gik i 1. klasse. Dette vil kunne medføre en bias i sammenligningen af data for hyppigheden af børn, der cykler i skole, idet flere af de mindre børn ikke har lært at færdes i trafikken.

Ved analysen blev der ikke skelnet mellem, om børnenes andet sprog var fra et vestligt eller ikkevestligt land. Der var relativt få børn fra andre vestlige lande; 25 ud af 204 børn fra tosprogede familier (12%). Disse børn indgik i analysen som tosprogede børn. Det er ikke undersøgt, om disse børn adskiller sig fra tosprogede børn fra ikkevestlige lande med hensyn til de undersøgte faktorer. Resultater fra andre undersøgelser tyder imidlertid på, at deres sundhedsadfærd mere minder om etnisk danske børns [10]. Det er en begrænsning i undersøgelsen, at de tosprogede børn stammer fra flere forskellige etniske grupper, og at undersøgelsen er baseret på et storkøbenhavnsk materiale. Dette forringer generaliserbar-



TABEL 4

Andelen af børn med forskellige livsstilsvaner og overvægt blandt børn, der taler et sprog, eller børn, der taler mindst to sprog i hjemmet, i perioden 2004-2005.

	Procentdel børn der taler et sprog i hjemmet <sup>a</sup>	Procentdel børn der taler mindst to sprog i hjemmet <sup>b</sup>	p-værdi $\chi^2$ -test
<i>Sport/idræt/dans i fritid</i>			
Ja	68,2	34,1	< 0,001
Nej	31,8	65,9	
<i>Tid foran skærm</i>			
< 1 time	24,6	15,4	< 0,001
1-1,5 time	35,6	20,5	
> 1,5 time	39,8	64,1	
<i>Går/cykler i skole</i>			
Ja	66,8	59,0	0,055
Nej	33,2	41,0	
<i>Alder uden støttehjul</i>			
< 6 år	84,1	75,8	0,019
≥ 6 år	15,9	24,2	
<i>Rygerhjem</i>			
Nej	56,5	36,0	< 0,001
Ja	43,6	64,0	
<i>Vægt</i>			
Normal vægt	81,5	67,6	< 0,001
Vægt i 90-97-percentilerne	12,2	14,6	
Vægt > 97-percentilen	6,3	17,8	

a) 590 svarpersoner; b) 204 svarpersoner.

heden af resultaterne, som derfor bør tolkes forsigtigt. Ved sammenligninger med andre undersøgelser skal man endvidere være opmærksom på forskelle i definitioner af overvægt.

## KONKLUSION

Allerede ved skolestart er en femtedel af børnene i de medvirkende kommuner overvægtige eller begyndende overvægtige. Forekomsten af risikofaktorer, som påvirker børnenes sundhed, er forskellige i de medvirkende storkøbenhavnske kommuner. De tosprogede børn er hyppigere overvægtige, har hyppigere fritidsaktiviteter, der er forbundet med mindre fysisk aktivitet, og bliver hyppigere udsat for rygning i hjemmet. Der konstateres desuden hyppigere overvægt i familier, hvor faren er uden tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette kan tolkes som udtryk for, at børn i socialt udsatte familier er i særlig risiko for at udvikle overvægt.

Det er ikke muligt i nærværende undersøgelse at konkludere, i hvilket omfang de mere uhensigtsmæssige livstile hos tosprogede børn skal ses som følge af sociale eller kulturelle forhold. For nærmere at kunne belyse dette har kommunallæger i flere kommuner fra skoleåret 2008-2009 udvidet sundhedsprofilen til at omfatte forældrenes uddannelsesforhold.

Der er behov for en styrket forebyggende indsats over for de svageste i vores samfund. En del af denne indsats bør foregå som strukturerede initiativer, der retter sig mod alle børn. Politisk er der mange muligheder for forebyggelse [18] f.eks. i forhold til børnenes fysiske aktivitet i skoler og børneinstitutioner, trafikregulering der letter egen transport og en skattepolitik, der begunstiger sunde fødevarer på bekostning af usunde fødevarer og tobak. Det kan anbefales at udvikle sundhedsprofiler for at følge tendenser i børnesundheden bl.a. for at målrette og evaluere forebyggende indsatser.

**KORRESPONDANCE:** Jo Anna Stina Coolidge, Herlev Kommune, Sundhedsafdelingen, Herlev Bygade 30,2, 2730 Herlev. E-mail: jocooolidge@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 24. januar 2010

**FØRST PÅ NETTET:** 5. april 2010

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

En fuld referenceliste kan fås ved henvendelse hos forfatter.

**TAKSIGELSE:** Tak til Sundhedsstyrelsen (arbejdsgruppen om »Monitorering af børns sundhed«), Forskningsenheden i Almen Medicin, Statens institut for Folkesundhed. Social og sundhedsforvaltningen Lyngby-Taarbæk Kommune. Tak endvidere for økonomisk støtte til udvikling af metoden og gennemførelse af projektet fra Praktiserende lægers udviklingsfond (PLU) og Dansk Selskab for Børnesundheds Forskningsfond.

## LITTERATUR

1. Regeringens oplæg. Bedre sundhed for børn og unge. København: Statsministeriet, 2003.
2. Brønnum-Hansen H. Social ulighed i sygdomsbyrde. Ugeskr Læger 2007;169:2526-8.
3. Region Hovedstaden Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. »Sundhedsprofil for region og kommuner 2008«. København: Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, 2008.
4. Due P, Holstein BE, eds. Skolebørnsundersøgelsen. 2. rev. udg. København Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2003.
5. Billeskov T. Overvægt blandt skolebørn i Ishøj kommune. Ugeskr Læger 2005;167:1380.
6. Pearson S, Brolos EJ, Herner EB et al. Screening Copenhagen school children at risk of type 2 diabetes mellitus using random capillary blood glucose. Acta Paediatrica 2007;96:885-9.
7. Christensen E. 7 års børneliv. København: Socialforskningsinstituttet, 2004.
8. Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis. København: Statens Institut for Forebyggelse, 2007.
9. Danmarks Statistik offentliggjort i Berlingske Tidende lørdag den 12. august 2006.
10. Bennedsen A, Ibfelt EH, Linschou Hansen J et al. Selvvurderet helbred blandt unge fra etniske minoriteter i Danmark. Ugeskr Læger 2006;168:1645-9.
11. Michaelsen KF, Arvidson K, Mølgaard C. Behandling af fedme hos børn en vejledning for praktiserende læger. København: Nycomed, 2003:8-13.
12. Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn, Klinisk vejledning. Udgivelsessted: DSAM og Sundhedsstyrelsen, 2006.
13. Forebyggelse af overvægt hos børn og unge 2005. København: Sundhedsforvaltningen i Københavns Amt, 2005:17-9.
14. Nysom K, Mølgaard C, Michaelsen KF et al. BMI referenceværdier for 0-45-årige danskere. Ugeskr læger 2002;164:5773-8.
15. Andersen E, Hutchings B, Jansen J et al. Højde og vægt hos danske børn. Ugeskr læger 1982;144:1760-6.
16. Madsen M, Lindahl A, Osler M et al. Børns sundhed ved skolestart 1988/89. København: DIKE 1991;94-101.
17. Skolesundhedsarbejde. København: Sundhedsstyrelsen, 2005;175-9.
18. Mølgaard C, Dela F, Froberg K. Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge. København: Motions og Ernæringsrådet, 2007;17-21;76-80.
19. Andersen LB, Harro M, Sardinha LB et al. Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study. Lancet 2006;368:299-304.
20. Cooper AR, Wedderkopp N, Wang H et al. Active travel to school and cardiovascular fitness in Danish children and adolescents. Med Sci Sports Exerc 2006;38:1724-31.



## LÆGEMIDDELSTYRELSEN

### TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Lægemedelstyrelsen meddeler, at der pr. 6. september 2010 ydes generelt tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

- (L-02-BG-03) Arimidex tabletter\*, Orifarm A/S
- (N-02-CC-01) Imigran suppositorier\*, Orifarm A/S
- (N-02-CC-01) Imigrane næsespray\*, 2care4 ApS
- (A-10-BH-01) Januvia tabletter\*, Orifarm A/S
- (N-03-AX-09) Lamotrigin »Arrow« tabletter\*, Arrow Pharma ApS
- (N-02-AA-05) OxyNorm Dispersa smeltetabletter, Norpharma A/S
- (C-10-AA-03) Pravastatin «Arrow« tabletter\*, Arrow Pharma ApS
- (R-03-BB-04) Spiriva Respimat inhalationsvæske\*, EuroPharmaDK ApS
- (G-03-FA-01) System Conti depotplastre\*, 2care4 ApS
- (R-06-AX-26) Telfast tabletter\*, PharmaCoDane ApS
- (S-01-GX-04) Tilavist øjendråber\*, 2care4 ApS

gruppe uden klausulering over for bestemte sygdomme.

- (C-09-DA-01) Losatrix Comp tabletter\*, ratiopharm A/S

gruppe klausuleret til personer, der opfylder følgende sygdomsklausul: Patienter med behandlingskrævende hypertension eller anden form for hjerte-karsygdom, hvor behandling med lægemidler med virkning på renin-angiotensin systemet med generelt tilskud uden klausulering har vist sig utilstrækkelig eller ikke tolereres, eller i helt særlige tilfælde – efter lægens samlede kliniske vurdering af patientens tilstand – ikke er hensigtsmæssig. En betingelse for at opnå tilskud er, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

- (C-10-BA-02) Inegy tabletter\*, EuroPharmaDK A/S

gruppe klausuleret til personer, der opfylder følgende sygdomsklausul: Patienter med behandlingskrævende hyperlipidæmi, for hvem behandling med generelt tilskudsberettiget statin (simvastatin, lovastatin eller pravastatin) har vist sig utilstrækkelig, eller som ikke tåler disse lægemidler. En betingelse for at opnå tilskud er derfor, at lægen har skrevet »tilskud« på recepten.

Denne bestemmelse trådte i kraft den 6. september 2010.

\*) Omfattet af tilskudsprissystemet.