

FAKD HØRINGSSVAR

Afsendt til Sundhedsstyrelsen

Livsstileintervention ved svær overvægt
Anbefalinger for kommunale tilbud til børn
og voksne

18. November 2019



FAGLIGT SELSKAB AF KLINISKE DIÆTISTER

Hørings svar

Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD) vil gerne takke for muligheden for at komme med et høringssvar til: Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne.

FaKD har følgende kommentarer til høringssudkastet:

s. 3: Baggrund og formål

“der er ikke tale slankekur”. Skrivefejl – der burde stå “Der er således ikke tale om slankekur”.

”der eksisterer således allerede forskellige, men uensartede tilbud på tværs af landet”. Der eksisterer kun tilbud i 70% af landets kommuner ifølge kommunernes egne oplysninger på bl.a. sundhed.dk og kommunernes egne hjemmesider – så der eksisterer IKKE tilbud i hele landet.

s. 3: Vidensgrundlag

FaKD undrer sig over ikke at være inviteret med i arbejdsgruppen, da diætister har specialistviden om både patofysiologien for udvikling af svær overvægt, samt behandling af denne tilstand.

s. 4. Vidensgrundlag

Vedr. ældre: Gennem hele rapporten skal ældre betegnes som “raske ældre”.

FaKD anbefaler at ældre med overvægt/svær overvægt ikke nødvendigvis skal stile efter vægttab.

Baggrund for FaKDs holdning er:

Jf. øvrige rapporter, anbefalinger og kliniske retningslinjer omhandlende Borgere (65+) med geriatriske problemstillinger skal man være meget omhyggelig med denne gruppe ift. vægttab. Forskning viser, at ethvert uplanlagt vægttab uanset størrelse, har alvorlige konsekvenser i form af tab af fysisk, mental og social funktionsevne, og nedsætter borgerens trivsel og øger behovet for hjælp fra personalet. Så der mangler generelt beskrivelse af, samt større opmærksomhed på, at det for ældre ikke er hensigtsmæssigt med uplanlagt vægttab.

Ref:

Pedersen AN, Ovesen L, redaktører. Anbefalinger for den danske institutionskost. 1. oplag. Bd. 5. udgave. Kbh.: Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen, DTU Fødevarerinstitutionen; 2015.

Ingerslev J, Beck AM, Bjørnsbo KS, Hessov I, Hyldstrup L, Pedersen AN. Ernæring og aldring. Ernæringsrådet 2002;28

Fødevarerinstitutionen. Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer. Søborg: Fødevarerinstitutionen; 2007.

Dernæst mangler der evidens for hvorvidt planlagt vægttab hos raske ældre er gavnligt. De seneste europæiske guidelines i den geriatriske population anbefaler følgende: *Dietary restrictions should generally be avoided, and weight-reducing diets shall only be considered in obese older persons with weight-related health problems and combined with physical exercise. (...). Due to the risk of malnutrition, future studies about the effects of restrictive diets in old age are unlikely, and it is good clinical practice to liberalize dietary restrictions in*

older persons in order to reduce the risk of malnutrition and related loss of fat-free mass and functional decline. (...). In overweight older persons weight-reducing diets shall be avoided in order to prevent loss of muscle mass and accompanying functional decline. strong consensus (95%agreement).

*Commentary: Experts generally agree that there is usually no need for overweight older people to lose weight [250e252,255,256] as meta-analyses indicate that mortality risk of healthy older people is lowest in the overweight range [269e271]. Further, weightloss, whether intentional or not, enhances the age-related loss of muscle mass, and consequently increases the risk of sarcopenia, frailty, functional decline, fractures and malnutrition [252,272,273]. Moreover, the common weight regain after a weight-reducing diet is predominantly a regain in fat mass and not in lean mass [273]. Thus, repeated phases of weight loss and regain, called "weight cycling", might contribute to the development of sarcopenic obesity (the presence of reduced muscle mass together with excess fat mass) [273]. Therefore, and to avoid a progress to obesity, **maintaining a stable body weight is considered desirable for overweight older adults** [16]. A combination of a balanced, nutrient-rich diet providing adequate amounts of energy and protein, and physical activity, if possible, even exercise, is a sound strategy to keep weight stable and to prevent obesity [274].*

Ref:

ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics (2018). Dorothee Volkerta*, Anne Marie Beckb, Tommy Cederholm, Alfonso Cruz-Jentoftd, Sabine Goissere, Lee Hooperf, Eva Kiesswettera, Marcello Maggiog,h, Agathe Raynaud-Simoni, Cornel C. Siebera,j, Lubos Sobotkak, Dieneke van Asseltl, Rainer Wirthm, Stephan C. Bischoff

Arch Gerontol Geriatr. 2012 Jan-Feb;54(1):78-81. Which body mass index (BMI) is better in the elderly for functional status? Bahat G1, Tufan F, Saka B, Akin S, Ozkaya H, Yucel N, Erten N, Karan MA.

Nutrients. 2016 May; 8(5): 262. Challenges in the Management of Geriatric Obesity in High Risk Populations Kathryn N. Porter Starr, Shelley R. McDonald, Julia A. Weidner, and Connie W. Bales

s. 5: 1.3.1 Svær overvægt hos voksne

"For raske ældre (65 år eller derover) gælder de samme BMI-grænser som for andre voksne".
Kommentar: Hvis der er fokus på svær overvægt (BMI ≥ 30) er dette ok. Moderat overvægt (BMI 25-29,9) er gavnligt hos denne type borgere, da evidens viser at moderat overvægt er beskyttende for de ældres overall overlevelse, funktionsstatus og daglig aktivitet.

s. 5: 1.3.3 Begrænsninger ved BMI

Vedr. beregning ved BMI og Klinisk skøn ift. brug af impedansmåling:

Det skal bemærkes at ved brug af impedansmålinger ses stigende error i estimat af fedtfri masse ved stigende BMI. Til vurdering af fedtfri masse hos patienter med svær overvægt, vil bioimpedans dermed ikke være validt ift. denne vurdering.

s. 5: 1.3.4 Livsstilinterventioner ved svær overvægt

Generelt mener FaKD at "vægtvedligeholdelse" bør i hele anbefalingen udskiftes til: *bremse vægtøgning*.

s. 10: 3.1 Målgruppe

Kun meget få børneafdelinger i landet varetager behandling af børn/unge med svær overvægt og langt fra alle kommuner har tilbud til børn/unge med svær overvægt.

s. 10: 3.2 Afgrænsning

Her omtales kun svær overvægt, mens der i punkt 3.1 (s. 10) henvises til at målgruppen også omfatter personer med moderat BMI (≥ 27) med følgetilstande. Dette burde derfor også fremgå under punkt 3.2

s. 11: 3.4 Indsatsen overfor børn og voksne med tvangsoverspisning (BED)

Vurder gerne hvorvidt BED skal defineres og hvorvidt der evt. skal gives flere eksempler på spiseforstyrrelser udover BED. Eller er det kun tale om BED?

s. 12: 3.5.1 Karakteristika

"andelen af ældre med svær overvægt er ikke så høj i hjemmepleje og på plejehjem som blandt ældre i eget hjem". Uklar formulering, forslag til anden formulering:
Andelen af ældre med svær overvægt er lavere blandt de ældre i eget hjem der modtager hjemmepleje eller bor på plejecenter, end blandt raske ældre i eget hjem.

s. 13 3.5.2 Komplikationer

"Hos ældre har overvægt alvorlige konsekvenser for funktionsevne, helbred og livskvalitet"
OBS! Korrekt definition af ældre.

Fx. Raske ældre i alderen 65-75 år - og er her tale om overvægt eller svær overvægt?
BMI cut-off er jf. nyere forskning for ældre højere end de i denne rapport nævnte, primært fordi overvægt (som det defineres i denne rapport) netop har en forebyggende effekt.

Fra rapporten: Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer:

"Ældre med BMI > 29 ser ud til at have bedre social funktionsevne end øvrige ældre. Den højere vægt har ikke betydning for deres evne til fysisk at klarer almindelig daglig levevis. Herudover ser det ud til, at førstnævnte gruppe har den bedste livskvalitet og overlevelse. Det er på trods af en højere forekomst af forskellige livsstilssygdomme. (side 15)"

Ref:

Fødevarerinstitutionen. Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer. Søborg: Fødevarerinstitutionen; 2007.

s. 16: 4.2: Opsporing og henvisning af voksne

"For indlagte patienter bør dette ske senest på udskrivelsestidspunktet".

Vurder hvorvidt det skal fremgå at patienter med kronisk (især inflammatorisk sygdom) ved udskrivelse ikke skal omfattes af denne anbefaling. Inflammatorisk syge personer skal ikke tabe sig, uanset BMI, da dette forkorter levetiden. Ved inflammatorisk betingede kroniske sygdomme (fx cancer og KOL), vil fedtfri masse tabes i høj grad ved vægttab. Dette er en særlig gruppe patienter som kræver særlig tilsyn ift. kropssammensætning.

s. 16: 4.2.1 Opsporing og henvisning af ældre

"Det anbefales at medarbejdere på plejecentre, i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen identificerer ældre med svær overvægt".

Hvorfor angives pludseligt plejkrævende ældre som værende målgruppen? I det indledende afsnit redegøres netop for, at der er færre plejkrævende ældre end ikke-plejkrævende ældre, der er svært overvægtige. Denne "anbefaling" medfører en stor risiko for fejlernæring og underernæring, som følger af et ikke-planlagt og ikke-koordineret vægttab. Et planlagt

vægttab hos plejekrævende ældre kræver en målrettet og fokuseret indsats med hyppig opfølgning, for at undgå fejl- og underernæring, som øger risiko for mortalitet og morbiditet.

Ref:

Ingerslev J, Beck AM, Bjørnsbo KS, Hessov I, Hyldstrup L, Pedersen AN. Ernæring og aldring. Ernæringsrådet 2002;28

Fødevarerinstitutionen. Forebyggelse af tab af fysik, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer. Søborg: Fødevarerinstitutionen; 2007.

ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics (2018). Dorothee Volkerta,* , Anne Marie Beckb, Tommy Cederholm, Alfonso Cruz-Jentoft, Sabine Goissere, Lee Hooperf, Eva Kiesswettera, Marcello Maggionig, Agathe Raynaud-Simoni, Cornel C. Siebera, Lubos Sobotkac, Dieneke van Asselt, Rainer Wirthm, Stephan C. Bischoff

s. 16: 4.2.1 Opsporing og henvisning af ældre

“For at identificere ældre med svær overvægt kan medarbejdere i kontakt med ældre systematisk spørge ind til den ældres vægt og vægtudvikling”

Hvad skal de anvende denne information til – er der en plan for den ernæringsfaglige indsats i alle kommuner til at følge op på disse informationer? Fysioterapeut, ergoterapeut og tandpleje (som beskrevet) er ikke fagligt kvalificerede til at tage hånd om vægt og vægtudvikling på dette niveau.

Hvad hvis en vægtøgning skyldes andre faktorer end en reel øgning i fedtmassen, fx ødemer?

s. 17: 4.3.2 Under graviditet

”rådgivning om vægtøgning samt kost- og fysiske aktivitetsvaner gennem graviditeten.”

Det bør her præciseres at denne rådgivning bør varetages af hhv. klinisk diætist og fysioterapeut, da jordemødre ikke er fagligt kvalificerede til at rådgive på disse områder, men kan screene den gravide ift. behovet for kvalificeret rådgivning inden for kost- og fysisk aktivitet. ”Kost” bør i øvrigt ændres til *ernæring*

Gravide med svær overvægt bør ikke have samme tilbud ved svær overvægt, som ikke-gravide voksne med svær overvægt, hvorfor der kun bør henvises til kommunalt tilbud, hvis kommunen har et specialiseret tilbud til gravide med svær overvægt. Hvis dette ikke er tilfældet, bør den gravide med svær overvægt henvises til individuelt tilbud ift. behovet (ernæring/fysisk aktivitet eller andet).

S. 18/19: 5

Det bør præciseres at “vægtvedligeholdelse” / at *bremse vægtøgning* er målet for raske ældre.

“Nogle borgere kan have eller udvikle en spiseforstyrrelse, som fx BED, trøstespisning eller det at springe måltider over...”

På hvilken måde skal det at springe måltider over anses som en spiseforstyrrelse?

s. 19: 5.1 Livsstilsintervention til børn

“vægttabsvedligeholdelse” må gerne suppleres med “*vægttabsvedligeholdelse (vedligeholdelse af BMI-z-score)*” ligesom det fremgår ved vægttab (reduktion i BMI-z-score).

s. 19/20: 5.1.1 Elementer i en livsstilsintervention (Kost)

Det bør fremgå tydeligt og derfor tilføjes at "Børn med svær overvægt bør tilbydes diætbehandling ved en klinisk diætist".

"Kost" bør konsekvent ændres til *ernæring*.

"Individuel diætbehandling omfatter ernæringscreening..." Her må gerne præciseres hvad ernæringscreening er, da terminologien ikke passer med ernæringspraksis. Ernæringscreening er en test eller systematisk vurderingsproces for at identificere patienter som har brug for særlig ernæringsbehandling. Screening i forbindelse med overvægt, kan herved forstås som screening af BMI. Altså, svær overvægt og moderat overvægt (BMI ≥ 27) + følgesygdomme. Ernæringscreening som den fremgår i nuværende høringsudkast er derfor misvisende.

Vi foreslår derfor følgende tekst:

Individuel diætbehandling omfatter vurdering af vægtændring, BMI, kostindtag og udarbejdelse af ernæringsplan, monitorering og evaluering af forløbet for at sikre fremskridt, forbedring og kvalitet. Et andet opmærksomhedspunkt er at få afdækket en eventuel spiseforstyrrelse som fx tvangsoverspisning (BED). Det er derfor et fokuspunkt i forbindelse med ernæringsvurderingen, herunder kostanamnesen. Se desuden afsnit 3.4.

det samme er gældende for samme afsnit s. 26/27 hos voksne

*Dette anbefales ved samtlige "vægtvedligeholdelse" i afsnittet om *børn**

"Indsatsen overfor disse børn skal tilrettelægges under hensyn til eventuelle samtidige kroniske sygdomme". Her bør tilføjes "...under hensyn til eventuelle *ernæringsbehov* ved samtidige kroniske sygdomme".

s. 22: 5.1.3 Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til børn

"Det anbefales, at elementerne fysisk aktivitet, kost og støtte til adfærdsændring tilbydes i grupper..."

Denne anbefaling strider med tekst i punkt 5.1 hvor det fremgår at børn med svær overvægt bør tilbydes diætbehandling. Individuel diætbehandling som omfatter ernæringsvurdering, vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, hvilket ikke kan tilgodeses i gruppeundervisning – deraf "individuel diætbehandling".

Derfor anbefales fra FaKD, at tekst omformuleres til enten: "*Det anbefales, at elementerne fysisk aktivitet, ernæring og støtte til adfærdsændring tilbydes i grupper eller som individuelle forløb, ...*". Eller omformuleres til:

"Det anbefales, at elementerne fysisk aktivitet og adfærdsændring tilbydes i grupper, mens ernæring, familierelaterede og individfølsomme emner foregår individbaseret."

s. 24: 5.1.5 Kompetencer ved livsstilsintervention til børn

"Kostelementet bør varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist".

Sætningen kan omformuleres til: *Kostelementet bør varetages af en autoriseret klinisk diætist.*

En Klinisk diætist er den eneste der har kompetencer svarende til en klinisk diætist.

Dette bør rettes konsekvent ved alle anbefalinger vedr. kompetencer.

s. 25-26: 5.2.1. Element i en livsstilsintervention til voksne (Kost)

“Baseret på evidensen anbefales det, at voksne opnår sunde mad- og måltidsvaner gennem diætbehandling, der inkluderer **diætvejledning** (...)”

jf. de kommende nye sundhedsindsatser (FSIII) fra KL for ernæringsområdet, anvendes udtrykket diætbehandling, og herunder "ernæringsvejledning" eller "vejledning". Begrebet **diætvejledning** må derfor gerne ændres til **ernæringsvejledning eller vejledning** i alle relevante afsnit. Dette bygger ligeledes på Sundhedsstyrelsens definition af ernæringsindsatsen samt diætbehandling, jf. rapporten "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (2016).

Begrebet diætvejledning er ligeledes på siderne: 19 (ændres til vejledning eller ernæringsvejledning); 20 (ændres til vejledning eller ernæringsvejledning); 23 (ændres til diætbehandling); 29 (ændres til vejledning eller ernæringsvejledning).

“Individuel diætbehandling omfatter ernæringscreening (beregning og vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kostanamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, **diætvejledning**, monitorering og evaluering samt opfølgning og eventuelt revidering af ernæringsplan.

Et andet opmærksomhedspunkt er at få afdækket en eventuel spiseforstyrrelse, som fx tvangsoverspisning (BED). Det er derfor et fokuspunkt i forbindelse med ernæringscreeningen, herunder kostanamnesen. Se desuden afsnit 3.4”

Tekst anbefales rettet til:

Individuel diætbehandling omfatter vurdering af vægtændring, BMI, kostindtag og udarbejdelse af ernæringsplan, ernæringsvejledning, monitorering og evaluering af forløbet for at sikre fremskridt, forbedring og kvalitet.

Et andet opmærksomhedspunkt er at få afdækket en eventuel spiseforstyrrelse som fx tvangsoverspisning (BED). Det er derfor et fokuspunkt i forbindelse med ernæringsvurderingen, herunder kostanamnesen. Se desuden afsnit 3.4.

Afsnittet ”I forbindelse med diætbehandling og diætvejledning kan borgeren tilbydes enten en sund, energireduceret kost efter De officielle Kostråd eller vejledes i hel eller delvis brug af kommercielle måltidserstatninger, såkaldte pulvershakes. Ved den første samtale med borgeren bør det afdækkes, om borgeren har behov for og et ønske om energirestriktion i form af måltidserstatninger som et supplement til vejledning om en sund energireduceret kost. Energirestriktion i form af måltidserstatning, fx pulvershakes, kan medvirke til et stort initialt vægttab, hvilket kan være en stor motivationsfaktor for mange samt forbedre borgerens muligheder for at være fysisk aktive” bør omformuleres til:

I forbindelse med diætbehandling og vejledning kan overvejes om livsstilsinterventionen skal suppleres med andre behandlingsmuligheder, så som kommercielle måltidserstatninger – herunder VLCD, medicinsk eller kirurgisk behandling.

Det er vigtigt at differentiere mellem livsstilsinterventioner og øvrige behandlingsmuligheder ift. svær overvægt. Slankekur-konceptet måltidserstatning, bedre kendt som very low calory diet (VLCD) kan benyttes forud for eller som supplement til livsstilsinterventioner, men VLCD ér ikke en livsstilsintervention.

“Evidensen viser, at den sundhedsprofessionelle også hos ældre borgere bør vejlede om en sund, energireduceret, fiberrig kost med lavt indhold af fedt og sukker med udgangspunkt i De officielle Kostråd for ældre. For denne gruppe er det særligt vigtigt at forsøge at bevare den fedtfri masse”

Hos ældre frarådes energi-reduceret kost. Kosten hos ældre skal være proteinrig, varieret og næringsrig, derfor foreslår FaKD ny tekst:

Evidensen viser, at den sundhedsprofessionelle også hos raske ældre borgere bør vejlede om en sund, varieret, næringsrig kost med særlig fokus på proteiner og med udgangspunkt i De officielle Kostråd for ældre. For denne gruppe er det særligt vigtigt at forsøge at bevare den fedtfri masse, herunder fokus på fysisk aktivitet og proteinrig kost.

Ref: <https://altomkost.dk/publikationer/publikation/pub/hent-fil/publication/raad-om-mad-naar-du-er-over-65-aar/>

s. 26: 5.2.1 Element i en livsstilsintervention til voksne (Fysisk aktivitet)

“Jo højere BMI borgeren har, jo mindre vægtbærende fysisk aktivitet skal den enkelte tilbydes, og der bør derfor initialt være fokus på energireduktion og derefter gradvis introduktion og øgning af den fysiske aktivitet.

Hvorfor må borgere med svær overvægt dyrke mindre vægtbærende fysisk aktivitet? Det er netop styrketræning som viser stor effekt i kombination med aerob træning ift. opnåelse og vedligeholdelse af væggtab. Styrketræning er netop vigtigt for at bibeholde så meget muskelmasse som muligt under væggtabsforløbet, således at energibehovet ikke reduceres mere end højest nødvendigt ifm. væggtab. Derfor anbefales denne sætning ændret til:
Jo højere BMI borgeren har, desto mere fokus på valg af træningsform der ikke overbelaster knæ/hofte unødvendigt. Fysisk aktivitet skal tilpasses den enkelte og kan løbende reguleres i takt med opnåelse af væggtab og forbedret fysisk funktion.

s. 28: 5.2.3 Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til voksne

“Det anbefales, at elementerne fysisk aktivitet, kost og støtte til adfærdsændring i en livsstilsintervention tilbydes i grupper”. Samme kommentar som ved tilsvarende tekst på s. 23 vedr. børn:

Denne anbefaling strider med tekst i punkt 5.2.1 hvor det fremgår at voksne med svær overvægt bør tilbydes diætbehandling. Individuel diætbehandling som omfatter ernæringscreening, vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, hvilket ikke kan tilgodeses i gruppeundervisning – deraf “individuel diætbehandling”.

Derfor anbefales fra FaKD, at tekst omformuleres til enten: “*Det anbefales, at elementerne fysisk aktivitet, ernæring og støtte til adfærdsændring tilbydes i grupper eller som individuelle forløb, ...*” Eller omformuleres til:

“*Det anbefales, at elementerne fysisk aktivitet og adfærdsændring tilbydes i grupper, mens ernæring, familierelaterede og individfølsomme emner foregår individbaseret.*”

s. 28: 5.2.3 Omfang og varighed

“Der bør finde en vurdering af effekt sted efter endt forløb i forhold til at beslutte, om borgeren skal fortsætte i en videre intervention eller afsluttet i kommunen...”

Denne sætning er uden mening, første del af sætningen må omskrives.

“Hvis borgeren har stigende grad af overvægt med/uden følgesygdomme, bør man revurdere, om det man gør er tilstrækkeligt, om der er flere ting, man selv kan tilbyde, eller om borgeren bør opfordres til at søde egen læge ...”

Skrivefejl, “søge egen læge” i stedet for “søde egen læge”

På vegne af FaKDs bestyrelse
Randi Tobberup og Trine Klindt