Kommentarer til høringsudkast til "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne" fra Dansk Selskab for Adipositasforskning (DSAF)

Kommentarerne er en samling af punkter fra DSAF bestyrelsesmedlemmer og fra DSAF-medlemmer. DSAF finder, at det er særdeles vigtigt at sætte fokus på området og vil gerne understrege vigtigheden anbefalingerne.

1. I anbefalingerne s. 3 står, at: "Anbefalingerne er målrettet de kommuner, der ønsker at kvalificere deres indsats og tilbud på området ud fra et evidensbaseret grundlag inden for de lovmæssige rammer." Dette er en meget vag formulering. Idet " Kommuner og regioner har ifølge lovgivningen et fælles ansvar for at etablere forebyggende, sundhedsfremmende og behandlende tilbud til borgerne." bør denne anbefaling ikke kun omfatte kommuner, der ønsker at kvalificere deres indsats på området, men bør være gældende for alle kommuner i Danmark.

2. DSAF undrer sig over at den planlagte følgegruppe ikke er blevet inddraget i arbejdet. Trods dette er følgegruppen nævnt på side 4.

3. I anbefalingerne er det uklart, hvornår en borger skal tilbydes behandling i kommunalt regi. I afsnit 4.2 står at egen læge kan henvise, samt at "Ved behov bør disse faggrupper opfordre borgeren til at kontakte kommunen, fx sundhedscenteret, med henblik på en vurdering af, om borgeren har behov for et tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt." I mange tilfælde kunne det være relevant at bede personen med overvægt om at kontakte egen læge i forhold til opsporing og behandling af følgesygdomme, såfremt personen henvises af en anden faggruppe.

4. Side 30: "Borgere, som har formået at fastholde de nye vaner og har opnået vægttab, afsluttes." Vægtvedligeholdelse er en vigtig del af effekten af et vægttab. Såfremt borgeren har behov for hjælp til vægtvedligeholdelse efter et vægttab, kan dette også gøre

at interventionen bør forlænges. Ovenstående sætning lader det være en fortolkning, om vægtvedligeholdelse også berettiger til et fortsat tilbud.

5. DSAF undrer sig over, at der er blevet indført et afsnit om graviditet og overvægt uden at Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi er blevet hørt eller medinddraget.

6. Generelt bør termen "personer med overvægt" benyttes frem for "overvægtige personer"

7. Eftersom læger i Almen Praksis forventes at få en central rolle i opsporingen af personer med svær overvægt, så er det væsentligt at kommunerne også gør en særlig indsats for at inddrage praksis-konsulenterne (de læger som varetager koordinering mellem praksis-læger og hospitaler og/eller mellem praksis-læger og kommunen) i deres strategi for at udbrede kendskabet til de tilbud som kommunen vil udbyde. Både for at sikre at praksis-lægerne er fuldt og helt orienteret om disse tilbud, således at lægerne kan henvise til disse tilbud i forvisning om at de eksisterer. Omvendt, for de kommuner som ikke har tilbud rettet mod svær overvægt, eller kun har tilbud rettet mod bestemte målgrupper, så er det også væsentligt at praksislægerne er fuldt orienteret om de tilbud der faktisk eksisterer, således at lægen ikke henviser forgæves.

8. I forhold til Monitorering (opsamling af resultater fra vægttabstilbud), så bør anbefalingerne lægge kraftigt op til, at Kommunerne etablerer et forpligtende samarbejde med andre kommuner, og gerne forskningsinstitutioner/andre relevante institutioner mhp. at sikre en koordineret og ensartet løbende opsamling af resultater fra disse vægttabstilbud. Det vil næppe være tilstrækkeligt kun at bruge resultaterne fra hver enkelt kommune til at effektevaluere mhp. at sikre en løbende optimering og forbedring af tilbuddene. Dertil kræves der en mere systematisk opsamling af data på tværs af kommuner. Dette bør fremgå tydeligere af anbefalingerne. Desuden bør det også monitoreres om/hvorvidt borgerne aktivt bruger tilbud, fx om motion, i de lokale motions- og idrætsklubber.

9. Af arbejdsgruppens kommissorium fremgår det at ”Der er store forskelle på, hvad de enkelte kommuner og regioner tilbyder; det gælder både tilbuddenes elementer, metode og tilgang til vægttab, omfang og varighed samt målgruppe. Der er derfor behov for at videreudvikle indsatsen i samarbejde mellemmyndigheder, kommuner og regioner….” Eftersom SSTs anbefalinger næppe til fulde opfylder kommunernes ønsker til at få adgang til mere konkrete retningslinjer og værktøjer for indholdet i det tilbud man bør give til borgere med svær overvægt, så bør sådanne mere detaljerede værktøjer måske indgå i selve anbefalingerne. Alternativt bør der igangsættes en efterfølgende proces, hvori de relevante aktører i fællesskab udarbejder eksempler på konkrete behandlingsvejledninger.

10. Den meget stærke betydning af de sociale og dermed psykosociale forhold indrømmes kort i et afsnit om forekomst, men konsekvensen af dette tages ikke, idet disse forhold kun berøres ganske overfladisk i det efterfølgende. Det er måske forståeligt nok, for vi aner jo stadig ikke hvordan disse relationer opstår og eventuelt kan oversættes til individuel intervention, og måske skal de slet ikke bruges til dette - det er jo et politisk-kulturelt spørgsmål. Dilemmaet udtrykkes i det simple spørgsmål om hvad vi kan gøre for at ophæve den sociale ulighed i sundhed uden at ophæve den sociale ulighed? Der er næppe tvivl om at denne fundmentale sociale ulighed vil bestå, hvis man søger at bekæmpe fedmeproblemet som anbefalet hér med individuel livsstilsintervention.

11. Rapporten bærer naturligvis præg af, at der på en del områder er meget sparsom viden. Det bør fremhæves, enten i indledningen eller i et afsluttende perspektiverende kapital at der er et stort behov for fortsat forskning, der følger af de antagelser, der gøres og de heraf følgende dybe svagheder i evidensen.

12. I afsnit 1.1 nævnes, at der ikke er tale om anbefalinger af 'slankekur', men det fremgår ikke klart hvori en ’slankekur’ adskiller sig fra vægttab, idet resten af anbefalingerne primært omhandler vægttab.

13. I indledningen til kapitel 5 står at 'Nyere epidemiologiske studier og randomiserede kontrollerede studier har vist at der kan opnås en sundhedsfremmende effekt, hvis graden af overvægt reduceres' med reference til to studier (64, 65) af associationer på lang sigt af børneovervægt og ændringer i børneovervægt med risiko for diabetes og koloncancer i voksenlivet. Disse studier undersøger ikke effekten af en aktiv reduktion af overvægt, ej heller årsagssammenhængene. Det er helt nødvendigt at advokere for store langvarige randomiserede afprøvninger af anbefalingerne.

14. Store befolkningsbaserede studier med langtidsopfølgning antyder, at desværre tyder på at der hos i øvrigt raske overvægtige er en overdødelighed ved vægttab, også studier hvor der er bedst mulig kontrol af mulig confounding som følge af tilgrundliggende sygdom eller helbredskadelig adfærd. Overdødeligeden skyldes utvivlsomt svækkelse af den magre legemsmasse, og noget tyder på at den kan dæmpes eller ophæves ved samtidig fysisk aktivitet. Det kunne se ud til, at er man tilstrækkelig overvægtig og/eller har fået de metaboliske komplikationer til fedmen, så kan fordelen ved vægttab opveje dette, jf. seneste systematiske review af dødelighed i randomiserede trials, https://www.bmj.com/content/bmj/359/bmj.j4849.full.pdf, men til gengæld bliver gevinsten nok det mindre, der følger af de underliggende skadevirkninger trækker den anden vej, hvad burde undersøges meget grundigere end det er blevet, se mere hér http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensrad_for_forebyggelse_skal_overvaegtige_voksne_tabe_sig_2015_0.pdf

Silkeborg Kommune · Søvej 1 · 8600 Silkeborg

11. november 2019

Høringssvar

I Silkeborg Kommune hilsner vi det velkomment, at Sundhedsstyrelsen kommer med anbefalinger for det kommunale tilbud til børn og voksne i forhold til livsstilsinterventioner ved svær overvægt. Det gør det muligt at kvalificere de mange forskellige tilbud, vi tilbyder i kommunerne.

Vi har haft tilbud til overvægtige voksne siden 2008, og et udvidet tilbud til børn og unge siden 2015, og har derfor gjort os en del erfaringer indenfor området. Vores høringssvar skal ses i lyset af, at vi var en del af satspuljeprojektet 'Vægstoprådgivning' i årene 2008-2011, hvorefter vi har haft forskellige typer af tilbud til voksne. Nu tilbyder vi et samtaleforløb til voksne i alderen 18-64 år med BMI over 28 og som samtidig har mindst én af følgende risikofaktorer: forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, præ-diabetes, diabetes eller PCOS. Borgeren skal være henvist af egen læge. Denne afgrænsning er valgt ud fra en betragtning om, at denne målgruppe har påtrængende brug for hjælp.
Vi tilbyder en familieorienteret vejledning ud fra Holbæk-metoden for børn og unge i alderen 2-18 år

Høringssvaret vil først indeholde nogle generelle betragtninger, hvorefter vi vil pointere nogle specifikke pointer, der følger kronologien i anbefalingerne.

Generelle betragtninger:

- Succeskriterier for evidensen.
  Det vil være godt at vide hvilke succeskriterier ved interventionerne, der ligger til grund for, at Sundhedsstyrelsen mener, at der er evidens for den gode effekt.
  Er det eksempelvis en reduktion i BMI SDS på over 0,25-0,5, der er udtryk for en klinisk relevant ændring i overvægtstatus hos børn og unge, der anses for et godt

Malene Steiniche Kjær
Sundheds- og Omsorgsafdelingen
MaleneSteiniche.Kjaer@silkeborg.dk

Søvej 3, 8600 Silkeborg

Silkeborg Kommune
Søvej 1 · 8600 Silkeborg
Tlf.: 89 70 10 00
www.silkeborg.dk

resultat, når I har vurderet evidensen[1]? Eller er det et varigt vægttab på 5-10 %, som nævnt i Sundhedsstyrelsens udgivelse '10 veje til varigt vægttab'[2], der er retningsgivende for den gode effekt på voksenområdet?
Hvis dette skrives ind i anbefalingerne på både børne- og voksenområdet, kan vi i kommunerne vurdere ud fra disse succeskriterier, om vores interventioner lever op til dem.

- Diætbehandlinger og diætister
  Det nævnes, at vi både på børne- og voksenområdet skal tilbyde diætbehandling, udarbejde ernæringsscreening og -planer, og at det skal varetages af fagpersonale på niveau med klinisk autoriserede diætister.
  I kommunerne varetager vi ikke behandling af svært overvægtige, da behandling er forbeholdt almen praksis og hospitalerne. Vi tilbyder diætvejledning med udgangspunkt i de officielle kostråd, hvor vi taler med borgerne om gode mad- og bevægelsesvaner, og lægger en realistisk plan sammen med borgerne ud fra deres vaner. Vi laver ikke ernæringsscreening- eller planer. Vi har ikke nødvendigvis klinisk autoriserede diætister til at vejlede borgerne – hverken børn eller voksne, da der ikke er tale om sygdom eller behandling.
  Vi arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme, og derfor synes vi, at det er ærgerligt, at det kostfaglige felt beskrives indenfor et behandlingsdomæne, hvilket kan tolkes i retning af, at kommunerne med disse anbefalinger får en ny opgave, som ellers hører til almen praksis og hospitalerne.

- 12 måneders intervention og 12 måneders opfølgning
  I anbefalingerne står der, at der er bedst evidens for, at en intervention på 12 måneder og en opfølgning efter 12 måneder giver bedst resultater. Vi har selv brugt denne model tidligere, og medgiver, at vi får bedst resultater ved dem, der fortsætter i 12 måneder, og dem, der svarer ved opfølgningen 12 måneder senere. Udfordringen er, at det er meget få deltagere, der fortsætter i et helt år, og dem, der svarer på 12 måneders opfølgningen, er som regel også dem, hvor det er gået godt, da de øvrige undlader at svare tilbage. Vi går ud fra, at denne overvejelse er taget med i jeres anbefalinger.

- Den konkrete intervention baseret på evidens
  Livsstilsinterventionerne bliver overordnet beskrevet, hvor de både skal indeholde en individuel indsats og en gruppebaseret indsats. At der både skal være fysisk træning, et kostelement og samtale. Og at der er bedst resultater, hvis borgeren møder sundhedspersonalet 26 timer på et år. Det lyder i vores ører som en ressourcetung indsats, og vi kunne derfor godt tænke os, at anbefalingerne var meget mere konkrete, når nu form og timetal alligevel er penslet ud. Så hvordan

[1] KORA, "Indsatser til børn og unge med overvægt. En afdækning af effektmål, erfaringer med tværsektorielt samarbejde samt beskrivelse af lovende indsatser" side 20
[2] https://www.sst.dk/da/sundhed//-/media/Udgivelser/2014/10-veje-til-v%C3%A6gttab.ashx side 39

ser den optimale intervention helt konkret ud, hvis den skal være evidensbaseret – både for børn (afsnit 5.1.3. side 23) og voksne (afsnit 5.2.3. side 29). Det ville være godt med et konkret eksempel for begge målgrupper, hvor det samlede forløb beskrives med tidsinterval for mødegange, fordeling af individuelle samtaler og gruppemøder, fordeling af fysisk aktivitet og kostelement etc.

- Trivsel og livskvalitet
  Generelt tænker vi, at afsnittet vedrørende trivsel og livskvalitet fylder meget lidt både får børns og voksnes vedkommende (side 22 og side 28). Vi er selvfølgelig altid opmærksomme på vores borgeres velbefindende, når de er i et forløb, og taler både med dem om mistrivsel som årsag til at spise uhensigtsmæssigt, og mistrivsel på grund af en svær overvægt. Vi kunne godt tænke os, at få emnet udfoldet noget mere i anbefalingerne i en livsstilsintervention, og ikke mindst hvordan spørgeskemaerne kan anvendes i en vejledning med borgerne.

- Holbæk-metoden
  Det kan undre os, at Holbæk-metoden ikke nævnes som en mulig intervention. Her er der hverken fysisk træning eller madlavning, men til gengæld samtaler med familien. Mange kommuner benytter sig af metoden med god effekt, hvilket vi også oplever i Silkeborg Kommune. Så vidt vi kan se, bliver indsatsen omtalt i reference 3 sammen med andre interventioner.

- Arbejdsgruppe og følgegruppe
  Det er godt at vide, hvem der har været repræsenteret i arbejdsgruppen, og vi vil også meget gerne vide, hvem der har siddet i følgegruppen. Lige nu er det utydeligt i hvilket omfang den kommunale praksiserfaring har været repræsenteret i udarbejdelsen af anbefalingerne – særligt på voksenområdet.

Specifikke pointer

- Side 11, 3.3. Indsatsen overfor børn i alderen 2-5 år
  Her beskrives vigtigheden af, at der sker en tidlig opsporing af overvægt hos børn, og at ansvaret for opsporingen for de 2-5 årige ligger i almen praksis. I de fire år, hvor Silkeborg Kommune har haft overvægtsklinik for de 2-18 årige, har vi fået mindre end 5 henvisninger i denne aldersgruppe fra almen praksis, hvilket kan tyde på, at der ikke sker den ønskede opsporing med mindre familierne vejledes hos egen læge eller på hospitalet.

- Side 12, 3.4. Indsatsen overfor børn og voksne med tvangsoverspisning (BED)
  Vi kunne ønske os, at samarbejdet omkring børn og voksne med tvangsoverspisning bliver konkretiseret yderligere. Vi får kun borgere henvist fra læger og hospitaler til vores overvægtstilbud til voksne, så vi må gå ud fra, at denne udredning er sket i behandlersystemet. Alligevel oplever vi, at rigtig mange borgere med voldsom BED, henvises til en kommunal livsstilsintervention, som de

ikke profiterer af. Derfor kunne det være gavnligt at få uddybet, hvad kommunernes ansvar er, når vi oplever dette, da de sundhedsprofessionelle ikke er klædt på til at diagnosticere.

- Side 20, 4.2. Opsporing og henvisning af voksne
  Det fremgår, at frontpersonale i kommunale arenaer skal opfordre overvægtige borgere til at tage kontakt til et kommunalt sundhedscenter, som skal vurdere, om de har behov for et tilbud om livsstilsintervention. Her undrer det os, at man ikke i stedet skal opfordres til at gå til egen læge, for at få risiko for f.eks. livsstilssygdomme, spiseforstyrrelse og andet nærmere undersøgt.

- Side 25 vedrørende afslutning og opfølgning
  Her anbefales det, at der sker en elektronisk tilbagemelding fra kommunen til almen praksis efter afslutning af livsstilsintervention for alle børn. Det er vigtigt at skrive i anbefalingerne, at det kun kan ske, hvis der er samtykke fra forældre. Det samme gælder for voksne side 30

- Side 25, 5.1.5 Kompetencer ved livsstilsintervention
  Som tidligere nævnt mener vi ikke, at det kostfaglige felt nødvendigvis bør varetages af en fagperson med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist, da vi ikke har med behandling at gøre. Men at det selvfølgelig skal varetages af en kostfaglig medarbejder på minimum bachelor-niveau.
  Det kan undre os, at man er så specifik på faglighed under kost-delen, og ikke nævner det under den fysiske træning eller de andre dele af interventionen, hvilket giver en skævvridning i anbefalingerne på kompetencedelen.
  Derudover er anbefalingerne på kompetenceområdet for uklare. F.eks. når der står, at 'livsstilsintervention til børn kan varetages af forskellige sundhedsfaglige personalegrupper', må det gerne udspecificeres hvilke.

- Side 27, pulvershakes
  Her introduceres, at vi i kommunerne kan anbefale pulvershakes, hvis borgeren har et behov for og ønske om energirestriktion i form af måltidserstatning. Vi mener ikke, at pulvershakes kan anses som en livsstilsintervention, og derfor mener vi ikke, at vi skal vejlede i dette, men det står borgeren frit for at gøre brug af disse produkter. Hvis det skal være en del af anbefalingerne, skal der måske stå godkendte VLCD-produkter, så det ikke kun begrænser sig til shakes

- Side 27, Fysisk aktivitet
  Vi har drøftet, at det vil være hensigtsmæssigt at nævne det gavnlige i hverdagsmotionen suppleret med moderat til hård intensiv motion, og få uddybet anbefalinger til borgere, der ikke kan dyrke motion 150 minutter om ugen med moderat til hård intensitet pga. fysiske begrænsninger

Venlig hilsen

Birgitte Olsen,
Ledende sundhedsplejerske

Rikke Fløe Gjellerod
Leder af udvikling og forebyggelse

Lotte Højbjerg Skytte
Leder af Sundhedshuset

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300, København S

København, den 18. november 2019

Livsstilsinterventioner ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne.

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar til høring vedrørende livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne.

Dansk Psykolog Forening bemærker, at det lovpligtige krav om at sikre 'sundhed' hos borgere i anbefalingerne centreres om vægt og vægttab. Dette er på trods af, at omfattende forskning viser; at vægt ikke entydigt afspejler et menneskes sundhedstilstand, at vægttab sjældent er muligt, og at vægttab ikke entydigt forbedrer den enkelte borgers sundhedstilstand. Høringssvaret gennemgår en række bekymringer omkring anbefalingernes viden- og evidensgrundlag, de ovenstående antagelser om vægt og sundhed, og at tilgrænsende forskning om spiseforstyrrelser og vægtstigma ikke er inkluderet. Det fremgår desuden ikke tydeligt, hvilke konkrete og praktiske indsatser, som Sundhedsstyrelsen anbefaler til forebyggelse og intervention ved svær overvægt - måske fordi sådanne indsatser endnu ikke findes.

Vægttabsinterventioner – evidens og risici
I anbefalingerne står der, at *Anbefalingerne er baseret på den aktuelt bedste viden og evidens i forhold til at opnå klinisk relevant effekt i form af vægttab, vægtvedligeholdelse eller en sundere vægtudvikling og bedre livskvalitet for den enkelte* (1.2). Det valgte viden- og evidensgrundlag er dog bemærkelsesværdigt af flere årsager. For det første er der ikke inkluderet international forskning og sammenfattende reviews, selvom disse viser, at der faktisk ikke foreligger evidens for, at nogen interventioner (livsstilsinterventioner, 'very low calorie diet' eller andet) giver langvarige vægttab. I stedet viser reviews, at 9 ud af 10 mennesker, der deltager i vægttabsinterventioner, taber sig, men tager på igen, og mere til, inden for 5 år. En krop, der har tabt sig, har desuden et lavere energibehov end en krop med samme vægt, der ikke har tabt sig. Forskningen viser således, at vægttabsinterventioner ender med at føre til vægtøgning. De stadigt flere vægttabsinterventioner kan dermed være en del af forklaringen på den stadigt stigende tendens til overvægt i samfundet. I skrivelsen står der, at der ikke kan tilbydes en differentieret intervention til hverken børn eller voksne, *da evidensen i forhold til at opnå hensigtsmæssig vægtudvikling gennem ændret sundhedsadfærd inden for de forskellige aldersgrupper eller intervaller er yderst begrænset* (1.2). Dette understreger, at tilgængelige interventioner til overvægtige i Danmark ikke er fundet effektive.

Et stort studie viser desuden, at de få mennesker, der vedligeholder et vægttab, fortsætter med at have et meget lavt energiindtag (1.400-1.800 kcal) og motionerer dagligt (1-1½ time). Hvis vi så samme adfærd hos et menneske med under- eller normalvægt, ville dette give mistanke om en spiseforstyrrelse. Vedligeholdelse af et vægttab er svært, fordi kroppen forsvarer sig mod vægttab. Kroppen sænker forbrændingen og skruer op for sulthormoner, ned for mæthedshormoner og skaber neurologiske ændringer, som øger opmærksomheden på mad og svækker kontrollen. Det er bekymrende, at anbefalingerne ikke tager kritisk stilling til eventuelle risici eller bivirkninger ved de foreslåede interventioner og ikke vurderer afgørende langvarige effekter.

Sundhed
Store vægtudsving ('yo-yo vægt') giver større risiko for dårligere sundhed og større dødelighed end en stabil høj vægt, uanset hvor høj vægten er, og vægtudsving er forbundet med dårligere psykisk sundhed, fordi den enkelte bebrejder sig selv for det mislykkede vægttab. Forbedret sundhed er muligt uden vægttab. Sundhed og lavere dødelighed kan blandt andet opnås gennem fokus på rygning, alkohol, fysisk aktivitet og varieret og balanceret kost, uden vægttab. Et bredere sundhedsbegreb omhandler også at få borgere til at føle sig accepteret og inkluderet i fællesskaber. I et sundhedsperspektiv er der altså ikke gode argumenter for at anbefale vægttab til mennesker med overvægt.

Vægtstigma
Selvom meget forskning viser sammenhænge mellem vægt (BMI) og en lang række fysiske og psykiske lidelser, tager ingen af disse studier højde for effekten af vægtstigma, hvilket er påfaldende. Vægtstigma er forbundet med mange af de psykiske og fysiske sygdomme, som vi tænker opstår på grund af overvægt. Vægtstigma findes i alle sociale arenaer; nære relationer, på uddannelser, i jobsammenhænge, i sundhedssystemet (fx får mennesker med overvægt kortere tid hos egen læge) m.fl. Overvægtige, der oplever vægtstigma har øget forekomst af depression, angst og metabolisk syndrom. De udviser også en anderledes sundhedsadfærd; de spiser mere og dårligere mad, de motionerer mindre og er mindre motiverede for at motionere af frygt for yderligere stigma, og de undgår at bruge sundhedssystemet. Der er desuden forskning, der viser, at oplevelser af vægtstigma i vægttabsinterventioner er forbundet med mindre vægttab. Vægtstigma tænkes at påvirke sundheden gennem øget stress, social eksklusion og dårligere brug af sundhedssystemet. Forskergruppen Governing Obesity på Københavns Universitet konkluderede, at problemet ikke er vægt, men vægtstigma og menneskers utilfredshed med deres krop og vægt, der skaber dårligere sundhedstilstande. Hvis vi skal lave effektive interventioner, der ikke er skadelige, men øger menneskers fysiske og psykiske sundhed, så er det afgørende at sætte ind overfor vægtstigma og kropsutilfredshed.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunalt ansatte, der kommer i kontakt med mennesker med overvægt, skal gøre de overvægtige opmærksomme på, at de er overvægtige og bør søge behandling. Dette er i sig selv stigmatiserende, fordi udgangspunktet er, at den overvægtige skal og bør ønske at tabe sig. En øget opmærksomhed på vægt henover flere sociale arenaer risikerer snarere at holde overvægtige borgere fra at deltage og være aktive i sociale fællesskaber frem for at bidrage til øget sundhed og trivsel. Anbefalingen er derfor paradoksal, fordi følelsen af at være del af sociale fællesskaber netop er afgørende for det enkelte menneskes fysiske og psykiske helbred.

Interventioner
For voksne, ridses interventioner op, der handler om at følge de eksisterende officielle kostråd, være opmærksom på sukkerholdige drikke og være fysisk aktiv 30 minutter om dagen. Alternativet er 'pulvershakes', der, ligesom andre interventioner, kun er fundet effektive i den periode, man tager dem.
For børn nævnes interventioner som Julemærkehjem og Holbækmodellen, men anbefalingen mangler evidens for den langvarige effekt, herunder risikoen for at udvikle spiseforstyrrelser.

Forebyggelse
I anbefalingen tales der om at opspore vægtproblemer tidligt i livet og foretage en tidlig indsats, så vægten ikke stiger, eller børnene får hjælp til at tabe sig. Forskning i spiseforstyrrelser viser, at vægtfokus har alvorlige konsekvenser for børns forhold til mad og krop. Italesættelse af et vægtproblem øger risikoen for spiseforstyrrelser og senere overvægt, herunder mobning, samt manglende opsporing hos sundhedsplejersken og familiemedlemmer. Dette peger på, at man, i håbet om at løse vægtproblemer, faktisk ender med netop at skabe vægtproblemer.

Når mad opdeles i forbudt og tilladt, og børn udpeges og gøres opmærksomme på deres krop som noget, der er forkert, forstyrrer det deres fornemmelse af selvværd. Det er blandt andet byggestenen til at udvikle spiseforstyrrelse. Antallet af mennesker med spiseforstyrrelser og forstyrret spisning er stigende sideløbende med, at antallet af overvægtige er stigende.

Tvangsoverspisning (BED)
I anbefalingerne står der, *Ved mistanke om en spiseforstyrrelse, fx tvangsoverspisning (BED), foretager egen læge en indledende vurdering af barnet eller den voksnes tilstand med henblik på eventuelt at iværksætte en indsats hos egen læge, i kommunen eller i den øvrige praksissektor* (3.4). Aktuelt er der dog ingen permanente offentlige tilbud til mennesker med BED, og der er begrænset viden på området, hvilket ikke bliver problematiseret i anbefalingerne. Der er ingen behandlinger til børn med BED, og der er kun fem steder i landet, som har modtaget midler til BED-behandling til voksne de næste 2 år. Anbefalingerne bør i den forbindelse omfatte, hvordan man kan skabe en øget bevidsthed om BED eller klæde sundhedsprofessionelle på til at kunne spotte symptomerne. Kernesymptomet ved BED er blandt andet overspisninger med kontroltab, hvilket er meget skamfuldt.

Overordnet fremstår de præsenterede anbefalinger og interventioner vage og evidensgrundlaget mangelfuldt. Der tages ikke højde for centrale paradokser og dilemmaer inden for området, som er afgørende for at kunne udvikle holdbare og sikre initiativer til mennesker med høj vægt. Skulle anbefalingerne reelt tage afsæt i nuværende evidens, skulle fokus flyttes væk fra det enkelte individ og hen på strukturer og praksisser i samfundet, der stigmatiserer. Hertil bør man ikke anvende BMI som et parameter for sundhed, men arbejde med sundhedsbegrebet i en langt bredere forstand.

Med venlig hilsen
Dansk Psykolog Forening

Eva Secher Mathiasen
Formand, Dansk Psykolog Forening

Sundhedsstyrelsen

18. november 2019

DSAM's høringssvar til Sundhedsstyrelsens publikation "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"

DSAM takker for muligheden for at kommentere på ovenstående høringsversion.

Vi har nogle overordnede kommentarer, men har derudover koncentreret os om kommentarer, der vedrører almen praksis.

Overordnede kommentarer

DSAM er enig i, at svær overvægt er et sundhedsproblem. Vi er også enige i, at der mangler kommunale tilbud for mange af de personer, der ønsker hjælp. Men vi er uenige i, at livsstilsintervention med ensidigt fokus på individuel diætbehandling (i.e. slankekur) til alle overvægtige er løsningen. For nogle få er en slankekur løsningen, men det store flertal tager den tabte vægt på igen. Der er ingen solid evidens for, at slankekure er effektive som folkesundhedsstrategi.

DSAM støtter naturligvis etisk afbalancerede tiltag, der bedrer borgernes sundhed, og DSAM støtter op om de mange gode tiltag i anbefalingerne om motion, sund kost og sociale netværk. Almen praksis skal yde sin indsats der, hvor lægernes kompetencer er bedst og virkningen størst. Det er DSAM's vurdering, at de sundhedsgavnlige effekter på sigt (specielt af de overvejende slankekursorienterede interventioner, der anbefales) er beskedne, og at arbejdsindsatsen er stor og i øvrigt fint kan forestås af andre end læger.

DSAM mener, at der er overbevisende dokumentation for, at svær overvægt har komplekse årsager, der inkluderer et samspil mellem biologi, genetik, epigenetik, psykologiske-, kulturelle og miljømæssige faktorer, inkl. stress og sociale forhold, og at individet kun i nogen grad kan ændre sin statur. Derfor anbefaler DSAM, at Sundhedsstyrelsen ændrer fokus fra et mål om en slank krop til en glad, stærk og funktionel krop. Dette kan opnås ved at skifte fokus fra vægt til aktivitet, træning, sund kost og netværk, uden vægttab som det altoverskyggende mål.

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Der findes dokumentation for, at et individuelt fokus på overvægt let risikerer at føre til stigmatisering, nedsat selvværd, skyld- og skamfølelse. Det undrer os, at der ikke er en bedre beskrivelse af disse negative forhold, da al intervention – ikke mindst når man laver opsporing blandt mennesker, der ikke selv har henvendt sig med vægtproblemet – kan risikere at gøre skade. Man kunne med fordel have inddraget nogle af overvejelserne fra Sundhedsstyrelsens egen rapport om etik i forebyggelsen.[1]

Hvad viser litteraturen?

Den grundlæggende præmis i Sundhedsstyrelsens anbefalinger er, at "livsstilsintervention kan medføre vægttab, forbedre vægttabsvedligeholdelse og reducere risikoen for udvikling af følgesygdomme til svær overvægt", med henvisning til Lind et al.'s litteraturgennemgang (Evidens for livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt. Københavns Universitet 2018).

Imidlertid viser netop denne litteraturgennemgang, at selv de bedste, meget omfattende, langvarige og dyre programmer med livsstilsintervention trods alt kun giver beskedne 3-4 kilos vægttab i gennemsnit, målt efter et par år. Hvis man vejer 115 kg, så batter 3-4 kg ikke meget. Eller sagt på en anden måde: der findes ingen livsstilsbaseret slankekur med betydende langtidseffekt på vægten. Samme litteraturgennemgang viser, at der ikke findes solidt videnskabeligt belæg for, at livsstilsintervention med slankekur reducerer forekomsten af hjertekarsygdom eller forlænger livet i nævneværdig grad – heller ikke hos fx patienter med forhøjet blodtryk eller type 2 diabetes. Litteraturgennemgangen dokumenterer desuden, at de forebyggelsesprogrammer, man hidtil har afprøvet, hverken får voksne eller børn til at veje nævneværdigt mindre på sigt.

Om adfærdsændringer står der i anbefalingerne, at "*Der er i evidensen ikke fundet en enkelt adfærdsændringsteknik, der har vist bedre resultater til at opnå vægttab og vægttabsvedligeholdelse end andre".* Man kunne også have formuleret dette som "ingen adfærdsændringsteknikker, som er undersøgt i videnskabelige undersøgelser, har betydende langtidseffekt for vægtens udvikling".

Desuden lægges der op til en strategi med opsporing af overvægtige. Al erfaring fra tidligere overføring af forskningsresultater til implementering viser, at opsporer man folk, er de mindre engagerede, end hvis de henvender sig selv. Derfor kan kommunerne slet ikke regne med at opnå de samme resultater som studiernes (beskedne) vægttab. Motivation, parathed og forudsætninger for ændringer i levevis fluktuerer hos den enkelte over tid, hvorfor systematisk opsporing ofte er kontraproduktiv, i modsætning til en strategisk indsats, der fokuserer på situationer, henvendelsesårsager og patientens historie.

DSAM har som medlem af arbejdsgruppen gjort opmærksom på disse forhold, og anerkender, at Sundhedsstyrelsen har inkluderet flere af DSAM's pointer. Dog har Sundhedsstyrelsen fastholdt det overordnede fokus på slankekur.

[1] https://www.sst.dk/da/udgivelser/2009/etik-i-forebyggelse-og-sundhedsfremme

Almen praksis' rolle og henvisningsmuligheder

DSAM bifalder, at man i rapporten helt konkret skriver, at *"Den praktiserende læge bør tale om vægt og kropssammensætning med patienten og om patientens tanker omkring dette, hvis patienten selv bringer sin vægt på banen, eller hvis patientens konsultation er relateret til svær overvægt. Hvis patienten selv ønsker det, kan lægen desuden beregne BMI ud fra målt højde og vægt. Ved mistanke om følgesygdomme, som fx type 2-diabetes, hjertekarsygdom, knæarthrose eller søvnapnø, udreder lægen for dette og påbegynder behandling ved behov i overensstemmelse med gældende retningslinjer for den pågældende følgesygdom."*

DSAM ønsker dog, at den første sætning i dette afsnit opblødes yderligere ved at skrive "Den praktiserende læge bør ***overveje at*** tale om vægt…", for at understrege, at praktiserende læger taler om vægt, HVIS patienten ønsker dette, eller hvis konsultationens indhold er relateret til overvægt eller følgetilstande, og konsultationens forløb indbyder til det. Det er væsentligt, at praktiserende læger (og patienter) ikke pålægges at tale vægt i enhver given situation, og at lægen skal respektere patientens behov og grænser, fx i forhold til måling af BMI.

DSAM er tilfreds med, at der anlægges et bredt perspektiv, faktisk mere på levevis end på livsstil i den indledende samtale med borgeren; hvor samtalen ikke kun inkluderer KRAM faktorer, men også psykosociale forhold, søvn og stress. Der er dog ikke meget hjælp at hente i anbefalingen om konkrete interventioner, der kan forbedre disse forhold for borgeren.

Vi er også meget enige i civilsamfundets betydning i forhold til aktivitet og netværk fx foreningsliv. DSAM anbefaler at øge indsatsen på dette område med fx støtte til et program i alle kommuner med superviseret træning i holdsport for overvægtige motionister.

DSAM tilslutter sig anbefalingerne om lange indsatser på minimum 12 måneder. Livsstilsintervention er ikke et kvikfix.

Øvrige kommentarer

De konkrete anbefalinger for voksne

Konkret kan rapportens anbefalinger til voksne sammenfattes som:

- Følg de officielle kostråd.
- "Fokus" på drikkevarer, slik, kage osv.
- Individuel diætbehandling.
- Vejledning i pulverkure.
- Råd om fysisk aktivitet. 30 minutter om dagen.

Samtidig henvises til en videnskabelig litteratur, som viser, at disse tiltag næppe vil kunne få folk til at opnå et varigt vægttab. Det anbefales desuden, at den fysiske aktivitet bør planlægges ud fra den enkeltes behov, og at borgeren skal modtage råd om at være fysisk aktiv og undgå fysisk inaktivitet.

Det indebærer fx råd om at tage cyklen eller gå til arbejde frem for at tage bilen, være aktiv i hverdagen og begrænse stillesiddende tid, herunder skærmtid. Alle disse tilbud – måske med undtagelse af pulverkurene og det udokumenterede råd om slik og kage – er gode sympatiske tiltag, som kan forbedre borgernes sundhed, men også almen viden for de fleste borgere.

Børn

Den evidens, der henvises til i anbefalingerne, viser, at der ikke findes nogen kendte effektive metoder til hverken at forebygge eller behandle overvægt hos børn. Der er god dokumentation for, at de interventioner, der foreslås (diætbehandling, diætvejledning med råd om en sund, fiberrig kost med lavt indhold af fedt og sukker med udgangspunkt i De officielle Kostråd) i bedste fald har en yderst beskeden effekt.

Sandheden er, at vi ikke har en virksom metode til at ændre vægtudviklingen på længere sigt hos hverken børn eller voksne. Julemærkehjem og Holbækmetoden har effekt på vægten på kort sigt (hos dem, der kan klare interventionen), men langtidseffekt på vægten er ikke dokumenteret.

Gravide

Grundlæggende kan DSAM tilslutte sig anbefalingerne om aktivitet og sund kost. DSAM gør dog opmærksom på, at det i realiteten er uvist, hvilke effekter det har på fosteret på lang sigt, når vægtøgningen hos gravide begrænses. Naturlige eksperimenter som "The Hunger Winter Study" (Roseboom. Effects of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: an overview. Mol Cell Endocrinol 2001) viser, at streng energirestriktion medfører fordobling af forekomsten af fedme hos barnet, når det er blevet voksen. Det er næppe konsekvensen af en mere beskeden energirestriktion, men vi ved det reelt ikke.

Binge Eating Disorder (BED)

Af anbefalingerne fremgår det flere steder, at borgere med BED ikke skal henvises til livsstilsintervention (i.e. slankekur). I afsnit 3.4 står der "Ved mistanke om en spiseforstyrrelse, fx tvangsoverspisning (BED), foretager egen læge en indledende vurdering af barnet eller den voksnes tilstand med henblik på eventuelt at iværksætte en indsats hos egen læge, i kommunen eller i den øvrige praksissektor".

DSAM gør opmærksom på, at de færreste praktiserende læger er fortrolige med at behandle BED, og at der de fleste steder ikke findes hverken kommunale eller regionale tilbud. Således kunne man specificere i anbefalingerne, at patienter med BED kan henvises til psykolog for egen regning, hvis ikke den praktiserende læge har en sideuddannelse i håndtering af spiseforstyrrelser.

<u>Økonomi</u>

DSAM anbefaler en samfundsøkonomisk analyse af anbefalingerne, med belysning af om man kan få mere sundhed for pengene ved andre og mere strukturelle beslutninger, der kan påvirke levevis, som fx gratis medlemskab af sportsklubber og motions-

centre med gratis instruktør med fokus på, at borgeren – tyk som tynd - får en stærk og funktionel krop.

Processen

I DSAM har vi undret os over processen, hvormed anbefalingerne nu er kommet i høring. Forud fulgte næsten 1 års pause i arbejdsgruppens aktiviteter. Det er DSAM's opfattelse, at anbefalingerne ikke var gennemarbejdede, og at processen i arbejdsgruppen ikke var slut. Det umiddelbare indtryk er da også, at anbefalingerne visse steder fremstår usammenhængende, med meget redundans og selvmodsigelser.

Fx indledes anbefalingerne med denne sætning: *Livsstilsintervention ved svær overvægt hos børn og voksne kan resultere i sundere vaner, vægttab, vægtvedligeholdelse eller vægttabsvedligeholdelse, bedre livskvalitet og trivsel samt reduceret dødelighed. Der er således ikke tale om slankekur, men om at lægge livsstilen om til nye vaner for at opnå mere sundhed og trivsel hos den enkelte.*

Dette står i kontrast til afsnit 1.3.4., hvor det står, at *Livsstilsintervention ved svær overvægt forstås i disse anbefalinger som indsatser med det formål, at voksne opnår et blivende vægttab eller vægtvedligeholdelse.*

Konklusion

Svær overvægt er et stort sundhedsproblem med komplekse årsagssammenhænge. Ligeledes er behandlingen kompleks. DSAM finder derfor, at det ensidige fokus på livsstil er uheldigt, bl.a. fordi *livsstil* lægger op til en simplificeret forståelse om, at problemet er den enkeltes skyld og nemt kan løses. Dette kan virke stigmatiserende og aktivere følelser som skam og mindreværd, hvilket i sig selv virker kontraproduktivt i forhold til vægttab. Samtidig lægger denne forståelse op til, at problemet kan løses mellem en behandler og et individ, hvilket hører til sjældenhederne, og giver et stort ressourceforbrug.

DSAM anbefaler, at man helt undlader begrebet livsstil, der også virker obsolet eller altmodisch på baggrund af nyere forskning, og i stedet taler om *indsats* ved svær overvægt. Dette skifte ville også signalere, at indsatsen bør have bredde og forholde sig til kulturelle og samfundsmæssige strukturer, som medvirker til overvægtsepidemien. Hovedvægten af forebyggelses- og behandlingsindsatsen bør ligge i kommunerne, og fokus overfor den enkelte bør skifte fra et mål om en slank krop til en glad, stærk og funktionel krop. Dette kan ske ved hjælp til aktivitet, træning, sund kost og netværk uden vægttab som det altoverskyggende mål.

Med venlig hilsen

Anders Beich
Formand, DSAM

NOTAT

Haderslev Kommune
Sundhedssamarbejde og
Forebyggelse
Nørregade 41, st tv
6100 Haderslev

www.haderslev.dk

Dir. tlf. 20232770
ann@haderslev.dk

12. november 2019 • Sagsbehandler: Ann Iversen

Haderslev Kommunes høringssvar til Livsstilsintervention ved svær overvægt - anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne

Haderslev Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar på Sundhedsstyrelsens fremsendte høringsudkast til *Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne*.

Det er kærkomment, at der er udarbejdet anbefalinger fra national side på dette område, som Haderslev Kommune kan bruge i planlægningen af indsatser samt i de politiske prioriteringer.

Haderslev Kommune har følgende specifikke bemærkninger til anbefalingerne.

Afsnit 1.4
Der bør være beskrevet, hvad der er kan og skal-opgaver i kommunerne. Sundhedsloven er meget overordnede og kan tolkes meget bredt, og kan tolkes således, at man ikke behøver at have et tilbud til overvægtige børn og unge. Haderslev Kommune ønsker, at der er flere skal-opgaver i forhold til behandling af overvægt hos børn, som Sundhedsstyrelsen kan fastlægge retningslinjer for.

Afsnit 3.1
I forhold til børneundersøgelser i almen praksis forslås det, at de forebyggende børneundersøgelser fra 3-årsalderen lægges i kommunalt regi under sundhedsplejen. Argumentet for det er, at sundhedsplejen helt fra de første hjemmebesøg til barnets afslutning i folkeskolen bedre kan følge op på børnenes sundhedstilstand og overvægt og supplere med andre relevante indsatser. Det forslås, at der udarbejdes flowcharts, som understøtter stratificeringen/det koordinerende samarbejde ift., hvornår børn sendes til almen praksis og evt. videre til udredning på børneambulatoriet.

Afsnit 3.3
Da mange børn allerede er debuteret med overvægt før de fylder 5 år, skal der lyde kritik for, at denne målgruppe ikke indgår i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Jordemoder og sundhedsplejerske ser allerede risikofaktorer (f.eks. kejsersnit, ikke-ammet, overvægtige forældre/søskende) helt fra undfangelsestidspunktet/fødsel. Der er behov for en langt tidligere indsats blandt børn under 5 år, som bør være beskrevet i rapporten. Det bør ligeledes afdækkes, hvad evidensen er på dette område.

Det anbefales, at samarbejdet mellem almen praksis og kommune systematiseres både i forhold til opsporing af overvægt hos børn og samarbejdet herom. For eksempel kan korrespondancer bruges til koordinering og samarbejde om de iværksatte indsatser.

Afsnit 3.4
Når det skønnes, at 30% af de mennesker med svær overvægt som søger hjælp til overvægtsbehandling, skønnes at have BED, er der behov for meget mere fokus på denne gruppe. Sundhedsstyrelsen bør sikre permanente behandlingstilbud med plads til flere borgere/patienter, end der er i de nuværende, midlertidige behandlingstilbud, som har meget begrænset optag. Der er behov for øget kendskab til diagnosen, og der bør i højere grad være fokus på opsporing i både almen praksis og i kommunal overvægtsbehandling. En spiseforstyrrelse bør ikke udelukkende behandles i almen praksis - der er behov involvering af psykiatriområdet. Der bør være en klar opgavedeling mellem kommuner og psykiatri.

Afsnit 5
Der er behov for et fælles sprog omkring succeskriteriet for den enkelte ved en livsstilsintervention. Der bør vøre fokus på det individuelle mål og italesættelsen af dette på tværs af faggrupper og sektorer, da det for mange er urealistisk at opnå en normalvægt, og vi ved af erfaring at individuelle mål er langt mere motiverende at arbejde for end at blive sammenlignet med en BMI-skala. I den forbindelse er det ligeså vigtigt at italesætte de positive metaboliske gevinster ved blot et mindre vægttab, som vedligeholdes, og det at bremse yderligere vægtstigning kan være et succeskriterie.
Fokus på vægten kan ikke stå alene, men den bagvedliggende sundhedsadfærd og vaner bør altid tages i betragtning.

Overvægt er ofte symptom på mistrivsel og andre lidelser, såsom stress, angst og depression, og handler i mindre grad om mangel på viden om anbefalingerne om kost og motion. Ud over de traditionelle vægttabstilbud, som handler om kost og motion, bør der også være fokus på håndtering af f.eks. følelsesmæssig spisning, restriktiv spisning, kontrol, overoptagethed af vægt, krop og spisning, samt skamfuldhed og skyld over manglende evne til at præstere vægttab og det perfekte sunde liv.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Høring vedrørende livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne

Dato:

08-11-2019

Email:

sf@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4659

Sundhedsstyrelsen har sendt anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne vedrørende livsstilsinterventioner ved svær overvægt i høring. Danske Fysioterapeuter takker for høringsmuligheden. Høringssvaret har primært karakter af generelle bemærkninger.

Danske Fysioterapeuter vil gerne kvittere for et grundigt stykke arbejde, som kan være med til at understøtte en landsdækkende ensartet og sammenhængende indsats. Der må dog lyde en kritik af, at anbefalingerne er meget generelle. Der kunne med fordel være indhentet konkrete eksempler fra den bagvedliggende videnskabelige litteratur med konkrete eksempler på træningsspecifikationer – f.eks. træningsform og intensitet. Kun varigheden er fremhævet i anbefalingerne. Det kunne være med til at kvalitetssikre de sundhedsprofessionelles indsatser på området endnu bedre.

Det er glædeligt, at fysisk aktivitet er beskrevet som en gennemgående og uomgåelig del af livsstilsinterventioner til både børn og voksne med overvægt. I anbefalingerne har det som beskrevet ikke været muligt at differentiere mellem hvilke sundhedsprofessionelle faggrupper, der bør varetage træningsinterventioner for målgruppen. Dog ønsker Danske Fysioterapeuter at understrege, at fysioterapeuter bør være det naturlige valg til at udvikle og afholde kommunale træningsinterventioner af høj kvalitet, som del af en større livsstilsintervenering til børn og voksne med overvægt.

Først og fremmest er træningsfysiologi en fysioterapeutisk kernekompetence, som er helt afgørende for et fokuseret træningstilbud af høj kvalitet – særligt med vægttab og vægtvedligeholdelse som formål. Fysioterapeuter har de rette forudsætninger for at kunne planlægge fysisk aktivite,t som er individuelt tilpasset, også når der trænes i grupper. Desuden har fysioterapeuter kompetencer til at forebygge skader og evner at tage særlige hensyn til såvel psykiske og/eller kroniske sygdomme som kognitive funktionsnedsættelser. Fysioterapeuter har med deres sundhedspædagogiske viden endvidere stort fokus på at motivere og støtte til vedvarende adfærdsændringer.

Endeligt er det vigtigt at nævne, at træningsinterventioner til børn med overvægt kræver en fysioterapeut med særlig viden om udredning og behandling af motoriske vanskeligheder, da motoriske kompetencer er en afgørende forudsætning for at kunne være fysisk aktiv – og ikke mindst for at blive glad for at bevæge sig.

Med venlig hilsen

Sille Frydendal

Afdelingschef, Profession og Karriere

ODENSE KOMMUNE

Ældre- og Handicapforvaltningen

Politik, Strategi og Udvikling
Politik og strategiunderstøttelse

Ørbækvej 100B, st.
5220 Odense SØ

www.odense.dk

Tlf. +4551213164

DATO
15. november 2019

REF.
AVPE

JOURNAL NR.
00.00.00-A00-1033-19

Høringssvar vedr. Livsstilsintervention ved svær overvægt

Odense Kommune takker for det fremsendte høringsudkast til *Livsstilsintervention ved svær overvægt - Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne* og muligheden for at komme med bemærkninger til anbefalingerne.

Odense Kommune anerkender, at svær overvægt (adipositas) eller fedme er et stigende problem, der kan have store og vidtrækkende fysiske og psykiske konsekvenser for alle uanset alder. Derfor er det også både positivt og nødvendigt, at der med nærværende anbefalinger sættes fokus på problematikken og herunder kommunernes rolle og opgaver i den forbindelse.

Vedlagt fremsendes overordnede bemærkninger til anbefalingerne fra Odense Kommune, som er udarbejdet med input fra Børn- og Ungeforvaltningen, Ældre- og Handicapforvaltningen samt Beskæftigelses- og Socialforvaltningen.

Bemærkninger fra Odense Kommune
Det er allerede i indledningen lidt uklart, hvem anbefalingerne henvender sig til, idet der henvises til både sundhedsfaglige ledere, planlæggere og sundhedspersonale i kommunen, på sygehuset og i almen praksis. Det harmonerer dårligt med titlen, som henviser til kommunale tilbud, og det er grundlæggende forskellige opgaver, der varetages af de tre parter i sundhedsvæsenet i relation til målgruppen. Anbefalingerne retter sig vel til kommunerne – ikke til kommunale tilbud.

Det fremgår af indledningen, at kommunernes eksisterende tilbud er uensartede. Det er korrekt, og det kan i øvrigt ses som en styrke, når der i kommunerne tages hensyn til lokale forhold i tilbuddene. Såfremt der er et politisk ønske om at ensarte tilbuddene til denne afgrænsede målgruppe, så er "anbefalinger" ikke det rette værktøj. I givet fald er der behov for lovgivning, vejledninger eller kvalitetsstandarder med bindende mål og en økonomisk ramme til finansiering af indsatserne.

I herværende anbefalinger optræder ordet "bør" 89 gange, og det er uklart, hvad der forventes af kommunerne.

Der er meget lidt ny viden i anbefalingerne og ingen konkrete handlingsanvisninger og praksishenvisninger. Odense Kommune arbejder allerede med afsæt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker på området, som dog til en vis grad mangler evidens.

Metodisk handler tilgangen til målgruppen meget om motivation, og her kan man måske skele til andre områder som rygestop og ældreområdet, hvor der er gode erfaringer med "den motiverende samtale", og det er samme pædagogik.

Helt grundlæggende er overvægt sjældent et afgrænset problem men kan derimod ofte kobles med andre parametre/problematikker. Det peger på en mere helhedsorienteret indsats, hvor vi i Odense Kommune eksempelvis har rigtig gode erfaringer med fokus på kostomlægning for hele familien, når børnene er overvægtige.

Målgruppen for anbefalingerne forekommer noget bred, og det er vidt forskellige tiltag og indsatser, der er behov for til de forskellige grupper. Der er en vis sammenblanding af aldersgrupper, og børn defineres fx både som op til 16 og 18 år.

Det anbefales i materialet, at livsstilsintervention til børn skal have en varighed på 12 måneder, men i samme afsnit står også, at livstilsinterventioner over 12 måneder hos børn i den samlede aldersgruppe (5-18 år) ikke er vist at have effekt ud over resultater opnået ved 6-måneders intervention. Så er det uklart, hvorfor anbefalingen hedder 12 måneder.

Der er en faglig diskussion omkring BMI for ældre (stor forskel på +65 og +75), idet vægttab for gruppen over 75 ikke nødvendigvis er positivt, men træning er anbefalingen.

Der er flere indsatser, som har mere karakter af behandling, og her er kommunernes rolle en lidt anden. Der er stor forskel på diætbehandling og livsstilsændring. Hvem skal eksempelvis tage sig af behandlingen af gravide eller andre særlige grupper?

Hvor materialet handler om den forebyggende indsats, så optræder behandling flere steder, og det bør rettes.

BED-spisning er et eksempel på en sammensat problemstilling, som kræver noget psykologi (det handler ikke kun om kost, men om samtalen).

Det er uklart, hvad forventningen er til kompetencer i kommunerne, og hvad betyder formuleringen klinisk diætist eller kompetence svarende dertil? Hvem tænkes der eksempelvis på?

Der mangler kobling til de såkaldte *Ti anbefalinger til regeringen*, som blev udarbejdet mhp. at løfte danskernes sundhed af et nedsat Advisory Board for mad, måltider og sundhed. Anbefalingerne havde til formål at bremse danskernes øgede overvægt og begrænse endnu større udgifter til sygdomme som fx diabetes etc.

Anbefalingerne forekommer meget teksttungt i forhold til at påvirke kommunerne og give inspiration. Der foreslås mere brug af skemaer som i Sundhedsstyrelsens *Forebyggelsestilbud - Anbefalinger til borgere med kronisk sygdom*.

Det er beklageligt, at kommunerne (eller KL) ikke har været repræsenteret i arbejdsgruppen, som står bag anbefalingerne. Det havde været mere relevant at inddrage den sektor, som anbefalingerne retter sig imod – og herunder at indføje konkrete eksempler (cases/narrativer) fra kommunernes daglige arbejde med målgruppen.

Generelt finder Odense Kommune på baggrund af ovenstående ikke anledning til at anvende nærværende anbefalinger i sin nuværende for, og materialet giver

ikke noget nyt perspektiv for indsatsen fremadrettet. Vi har af samme grund valgt ikke at gå nærmere ned i teksten.

KOST OG ERNÆRINGS FORBUNDET
SUNDHED ER EN RET

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

sst@sst.dk

Høringssvar til udkast:
Livsstilsintervention ved svær overvægt – Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne

18. november 2019

Kost og Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

Dir. 24 25 78 03
gp@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

Kost og Ernæringsforbundet takker for muligheden for at afgive høringssvar til 'Livsstilsinterventioner ved svær overvægt'. Det er et godt oplæg, der peger på, at svær overvægt ikke er individets eget problem, og at det er vigtigt, at samfundet understøtter både forebyggelsen og behandlingen heraf.

Alt for mange danskere efterlades i den tro, at sundhedsvæsenet ikke kan tilbyde andre løsninger på overvægten, end fedmekirurgi, og ender derfor ofte i en slankeindustri, som ikke har de faglige kompetencer til at løfte opgaven, med en øget vægt og skyld som følge.

Kost og Ernæringsforbundet er særligt glade for, at der peges på forskellige indgange til forebyggelse og behandling af svær overvægt, samt at interventionerne bør være rettidige, af en hvis kvalitet og en betydelig længde.

Det er ikke alle kommuner, som i dag har tilbud til svært overvægtige, og det er samtidigt ikke alle tilbud, som har en tværfaglig tilgang med inddragelse af ernæringsprofessionelle, herunder kliniske diætister. Derfor er det glædeligt, at Sundhedsstyrelsen påpeger, at kostdelen bør indeholde ernæringsfaglige kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætists. Kostinterventionerne bør i forlængelse heraf tage afsæt i de standarder, ernæringsprofessionelle har for diætbehandling, samt diætvejledning.

Ensartet kvalitet i behandlingen kræver forpligtende kvalitetsstandarder

Sundhedsstyrelsens kortlægning af de kommunale tilbud til børn og voksne med svær overvægt viste tilbage i 2017, at der er plads til forbedringer ikke blot kvalitativt, men også kvantitativt. Kost og Ernæringsforbundet mener, at anbefalingerne som minimum bør følges af kvalitetsstandarder for behandlingen af svært overvægtige, som gør, at alle borgere uanset hjemkommune hjælpes med effektive livsstilsinterventioner.

Integration af diætbehandling i praksissektoren

Rent strukturelt og i forhold til implementering af livsstilsinterventionerne, ser vi to forbedringspotentialer, der med fordel kunne tages i betragtning, i forebyggelsen og behandlingen af svær overvægt i det samlede sundhedsvæsen, og som høringsudkastet lader tilbage at ønske. Almen praksis, som møder borgerne, har sjældent kompetencer til at tilbyde kvalificeret diætbehandling. Det bør derfor undersøges, om almen praksis' mulighed for at ansætte kliniske diætister kan understøttes eller – på den langsigtede bane - at integrere diætbehandling i praksissektoren. Begge løsninger vil øge muligheden for tidlig og rettidig indsats.

En tidlig indsats bør inkludere diætvejledning

Det vil fx gavne både det ufødte barn og moder – potentielt hele familien, hvis almen praksis eller jordemoder kan henvise til livsstilsinterventioner indeholdende kvalificeret diætetisk behandling, herunder diætvejledning, som led i prækonceptionel rådgivning i almen praksis, efter opsporing af svær overvægt. Det samme bør gøre sig gældende i forhold til det nyfødte barn og dets familie. Hos jordemoderen eller i sundhedsplejen er der ikke henvisningsmuligheder til ernæringsprofessionelle kompetencer. Det vil klæde anbefalingerne, at muligheden for tværfagligt samarbejde med inddragelse af ernæringsprofessionelle kompetencer også tilbydes som en del af kontakten til borgerne. Her er familierne i forvejen i kontakt med sundhedsvæsenet, og/eller er motiverede for livsstilsændringer.

Livstilsintervention ved BED

Vi er generelt bekymrede for, at den svære adgang til kvalificeret diætbehandling er med til, at så mange udvikler spiseforstyrrelser, herunder BED, hvorfor det ligger os på sinde at fremhæve fordelene ved at inddrage ernæringsprofessionelle kompetencer. Her vil tværfaglig samarbejde i langt højere grad kunne identificere og understøtte behandlingen af fx BED i en familie.

Kost og Ernæringsforbundet takker for det store arbejde, som helt sikkert vil komme mange danskere til gode, for høringsmuligheden og vil opfordre til, at vi bliver inviteret med, når der i fremtiden skal udarbejdes kvalitetsstandarder og anbefalinger, som indebærer elementerne mad, måltider og/eller ernæring.

Med venlig hilsen

Ghita Parry
Formand

From: Dorthe Rodian Arleth
Sent: 18. november 2019 10:15 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1. ([redacted]

Til Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse

Vedr. høringssvar på udkast til anbefalinger til livsstilsintervention ved svær overvægt.

PLO finder overordnet anbefalinger fornuftige og har kun få konkrete bemærkninger.

Om kommunikation mellem praktiserende læge og kommune angives i anbefalingerne side 24 øverst og side 29 nederst, at kommunen laver et elektronisk afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge. Dette er fint, men det forudsættes, at der er tale om brug af MedCom's afslutningsnotat XDIS15. Dette ønskes dog specificeret i anbefalingerne. Som følge heraf må det også forudsættes, at praktiserende lægers henvisning til et kommunalt tilbud, som nævnes på side 10, sker ved brug af henvisningsstandarden for kommunale forebyggelsestilbud, XREF15, men dette ønskes tilsvarende tydeliggjort.

Vedrørende praktiserende læges kontakt/henvisning til sundhedsplejen, som nævnes på side 11, er der ikke i alle kommuner mulighed for at dette kan ske elektronisk, hvilket er en barriere for kommunikationen, idet det derfor vil skulle ske telefonisk. PLO ser derfor gerne, at elektronisk kommunikation mellem praktiserende læge og den kommunale sundhedspleje gøres landsdækkende, ikke blot i forhold til anbefalingerne om overvægt, men med det formål at gøre bedre brug af hinandens kompetencer til gavn for børn/familier.

Venlig hilsen
Dorthe Rodian Arleth
Chefkonsulent

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Mobil: +45 23 29 34 48
Tlf: +45 35 44 84 62 (Direkte)
Tlf: +45 35 44 84 77
E-mail: dar.plo@DADL.DK

Kristianiagade 12
2100 København Ø
www.plo.dk
Twitter: @Plolaeger

Vi passer godt på dine oplysninger. Du kan læse mere om vores behandling af dine personoplysninger i vores privatlivspolitik her.

Til: [redacted]

SLAGELSE
KOMMUNE

Sundhedstilbud
- Forebyggelse

November 2019

Høringssvar:

Livsstilsintervention ved svær overvægt

Vi finder det positivt, at Sundhedsstyrelsen, for at understøtte kommunerne, har iværksat en indsats, der skal bidrage til videreudvikling af tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt.
I Slagelse kommune er vi glade for, at få et evidensbaseret grundlag, at kvalificere indsatser og vores forebyggende- og sundhedsfremmende tilbud ud fra.

Et lille opmærksomhedspunkt er dog, at når anbefalinger for kommunale tilbud til børn for og voksne med svær overvægt endeligt foreligger, hvordan spiller det sammen med den regionale indsats indenfor området?
I lovgrundlag §119, stk. 3 står der at regionsrådet skal tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren *(1.4.)*.
Vi oplever, at sygehusene i store træk ikke har tilbud til svært overvægtige, og er derfor bekymrede for, om anbefalinger på det kommunale område, kan føre til en stigning i antal henvisninger fra netop sygehuse til kommuner *(4.2. opsporing side 16)*, når der ikke er tilbud til denne målgruppe i regionsregi.
En stigning i antal henvisninger vil skabe behov for flere ressourcer til indsatsen til svært overvægtige i kommunen, og uden tilførsel af midler, vil kommunerne få svært ved at løfte denne opgave (alene).

Venlig hilsen

Sundhedstilbud – Forebyggelse
Slagelse Kommune

Notat

Til	Sundhedsstyrelsen
Fra	Aalborg Kommune
Sagsnr.	2019-088291

Sundhedsstrategisk Team

Sundheds- og Kulturforvaltningen
Danmarksgade 17
9000 Aalborg

Init.: THED

18. november 2019

Høringssvar vedr. 'Livsstilsintervention ved svær overvægt'

Aalborg Kommuner takker for muligheden for at kommentere på høringsudkastet af "Livsstilsintervention ved svær overvægt – Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne".

Generelle bemærkninger:
Aalborg Kommune finder det spændende og godt at SST går dybt ind i anbefalinger for en meget sårbar og svær gruppe borgere og at anbefalingerne tager afsæt i evidens på området. Det er imidlertid en opgave som lige nu ligger – dog ikke i det beskrevne format – i sygehusregi. Altså en behandlingskrævende opgave. Skal opgaven gribes kommunalt vil det fordre ressourcemæssig nytænkning og det vil kræve ansættelse af specialister. Vurderingen er med andre ord, at anbefalingerne beskriver en ny opgave for kommunerne, som vil kræve der tilføres nye ressource, hvis den skal opgaven skal løftes efter anbefalingens anvisning. Denne vurdering flugter også med Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke om overvægt, hvor der kun er anbefalinger om at lave tilbud til børn og voksne med moderat overvægt.

Bemærkninger til anbefalingerne:
Overordnet set finder Aalborg Kommune, at anbefalingerne til livsstilsinterventioner til borgere med overvægt grænser til behandling. For det første, fordi målgruppen indeholder op mod 30% borgere med spiseforstyrrelsen BED, hertil kommer andre sygdomstilstande og medicin, som kan lede til overvægt. Dermed er det svært for kommunerne at undgå, at borgere med behandlingsbehov indgår i tilbuddene. Det vurderes, at det er så klinisk/faglig svær en gruppe at arbejde med, at det vil kræve store personaleressourcer kommunalt at leve op til blot dele af disse interventioner. For det andet, fordi anbefalingerne virker til at kræve kompetencer på specialiseret niveau. Særligt når det kommer til kost er det kompetencer og metoder, der ligger mere inden for det behandlende og kliniske end inden for livstilsændringer, der er i fokus (fx afsnit 5.2.1).

Beskrivelsen af den kliniske tilgang til fx kostvejledning betyder, i Aalborg Kommunes optik, at der stilles falske forventninger op til hvad kommuner vil kunne levere i livsstilsinterventioner, da fokus i kommunale livsstilsinterventioner er at hjælpe borgeren til at tage ansvar. Her er individuel diætbehandling med ernæringsscreening (fx kostanamnese), ernæringsplan, diætvejledning mv. redskaber, som ikke nødvendigvis støtter det sundhedspædagogiske arbejde med at får borgeren til selv at tage ansvar. Dermed går anbefalingen nærmere på behandling end livsstilsintervention.

I forhold til borgere med spiseforstyrrelser er det godt, at det er gjort klart, at hvis der er mistanke om en spiseforstyrrelse skal borgeren sendes videre til egen læge for at starte udredning og evt. behandling. Udfordringen er dog, at der hverken i almen praksis eller i regionalt regi er kapacitet til udredning eller behandling af det antal borgere, som kommunen med stor sandsynlighed vil identificere, hvis man starter et tilbud baseret på anbefalingerne.

I forhold til at identificere borgere med spiseforstyrrelse, vil det være optimalt, hvis der i udgivelsen også kunne anbefales et screeningsværktøj. Med et screeningsværktøj vil det være muligt på en ensartet måde at identificerer borgere der muligvis har en spiseforstyrrelse. Dermed vil der alene blive sendt relevante borgere videre til udredning. Det kan medføre at færre borgere sendes ubegrundet til udredning. Derudover

kan den advis der sendes til almen praksis kvalificeres med screeningresultatet og dermed bidrage til evt. udredning.

I anbefalingen er forældrerollen underbetonet i afsnit 5.1. Det er omtalt i afsnit 5.1.1 under overskriften "Forældre/familieinvolvering" (s. 21) at "*forældrene har en vigtig opgave i forhold til barnet og familiens vaner og dermed vægttab*". Der er dog tale om mere end en vigtig opgave. Forældrene har ansvaret for barnet og familiens vaner og dermed også for vægttab. Der henvises fx i samme afsnit under overskrifterne "Sessionernes varighed og antal" samt "Vejledningsform" at kontakten skal være til barnet og at barnet skal fastholdes i interventionen. Det er Aalborg Kommunes opfattelse at kontakten altid bør være til forældrene, ligesom det er forældrene der skal fastholdes i interventionen, fordi det vil skåne barnet for det store ansvar, der er forbundet med at ændre familiens vaner.

Aalborg Kommune er enig i, at længden på livsstilinterventioner for borgere med svær overvægt bør være ca. 12 måneder. I høringsudkastet anbefales det dog, at interventionen baseres på vejledning ansigt til ansigt og ikke digitalt. Det kommer i praksis til at skabe en udfordring både for borgere og ansatte og det vil kræve mange ressourcer, fx fordi det vil betyde at borgere oftere vil skulle transportere sig hen til samtaler. Med andre ord vil en eventuel indsats med så lang interventionsperioden blive meget omkostningstung. I "Evidens for livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt. En litteraturgennemgang" er der indikationer på positive effekter af, at livsstilsinterventioner startes intensivt op og efterfølges med en længere periode med opfølgning, som er mindre intensiv. Derfor har vi svært ved at se argumentet for, at der skal være ansigt til ansigt vejledning hele forløbet igennem.

From: Malene Manniche Hansen
Sent: 18. november 2019 10:53 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Cc: Lene Bruun
Subject: Høringssvar vedr. 'Livsstilsintervention ved svær overvægt'

Til Sundhedsstyrelsen

Billund Kommune takker for høringsudkastet til Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne. Kommunen bakker op om anbefalingerne, som fremstår gennemarbejdede og veldokumenterede.

I tråd med anbefalingerne er Billund Kommunes erfaringer, at der er behov for længerevarende forløb, da det er sårbare borgere med udfordringer på flere områder, som er i forløb i kommunalt regi.

Billund Kommune kvitterer for anbefalingernes fokus på BED, da det er den mest udbredte spiseforstyrrelse, og det er oplevelsen, at der mangler viden, redskaber og behandlingstilbud til netop denne målgruppe. Billund Kommune er optaget af at opspore børn med BED og samtidig henvise dem til det korrekte behandlingstilbud, så ingen bliver "tabt" i systemet.

Billund Kommune anerkender anbefalingerne, som gælder fra børn på 5 år. I den forbindelse gøres der opmærksom på, at der mangler beskrivelser af indsatser til børn under 5 år for netop at underbygge den tidlige indsats.

På vegne af Billund Kommune

Med venlig hilsen

Malene Manniche Hansen
Sundhedskonsulent
Sundhedsstaben
Direkte tlf. +45 79 72 73 14

Sundhedsstyrelsen
fob@sst.dk
Sagsnr. 1-1810-146/1

Dato: 18. november 2019

Sags ID: SAG-2018-04425
Dok. ID: 2835344

E-mail: KAE@kl.dk
Direkte: 3370 3859

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

KL's høringssvar til livsstilsintervention ved svær overvægt – anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne

Sundhedsstyrelsen har den 18. oktober 2019 sendt udkast til "Livsstilsintervention ved svær overvægt - anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne i høring".

Det har ikke inden for tidsfristen været muligt politisk at behandle høringssvaret. I nedenstående tages derfor forbehold for økonomiske konsekvenser og senere politisk behandling.

KL stiller sig undrende over for, at anbefalingerne alene vedrører kommunale tilbud. I kommissoriet til arbejdet står, at formålet er at udarbejde anbefalinger til både kommuner og regioner.

Endvidere fremgik det af kommissoriet, at arbejdet skulle beskrive ansvarsfordelingen mellem regioner og kommuner for borgere med svær overvægt, men dette er helt fraværende i det udsendte materiale. På side 8 i høringsversionen fremgår det, at ansvars- og opgavefordeling mellem kommuner og regioner er beskrevet i kapitel 6, men dette kapitel findes ikke.

KL stiller sig endelig undrende overfor, at Sundhedsstyrlens sender anbefalingerne i offentlig høring uden, at følgegruppen har haft lejlighed til at læse og kommentere anbefalingerne. KL har sammen med en række andre interessenter deltaget i følgegruppen. Ifølge kommissoriet havde gruppen ansvar for at kvalificere og kommentere på anbefalingerne med fokus på omfang og varighed af tilbuddene, samt ansvars- og rollefordelingen i forhold til tilbuddene. Men gruppen har ikke holdt møde og først fået høringsudgaven af anbefalingerne to dage før, de blev sendt i offentlig høring.

Generelle bemærkninger til anbefalingerne

Anbefalingerne omhandler børn og voksne med svær overvægt, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering vil have gavn af en livsstilsintervention. KL ser positivt på, at Sundhedsstyrelsen har gennemgået evidensen for livsstilsinterventioner for svær overvægt og samlet denne viden til faglige anbefalinger.

KL mener imidlertid, at teksten i langt højere grad skal præcisere, at der er tale om *vejledende faglige* anbefalinger. Desuden skal det præciseres, at ansvaret for at etablere tilbud vedrørende svær overvægt er delt

Dato: 18. november 2019

Sags ID: SAG-2018-04425
Dok. ID: 2835344

E-mail: KAE@kl.dk
Direkte: 3370 3859

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

mellem kommuner og region. Hele teksten bør derfor gennemskrives med dette for øje. Som anbefalingerne er formuleret nu, medfører det en forventning til, at det alene er kommuners ansvar at etablere tilbud. Dette vil være en ny opgave og en væsentlig udvidelse, der vil medføre betydelige meromkostninger i kommunerne.

Sundhedsstyrelsen bør endvidere i anbefalingerne beskrive, hvor stor effekt der på kort sigt kan forventes på borgens vægt, sundhed og livskvalitet fra den anbefalede livsstilsintervention. Samt hvilke forventninger der er til langtidseffekten, og hvilken opfølgning det kræver, at et vægttab bevares. Herunder også at forholde sig til hvor stærkt et evidensgrundlag, der ligger til grund for anbefalingerne, og hvorvidt det giver grund til at prioritere indsatser til nogle befolkningsgrupper. KL læser Sundhedsstyrelsens fremlægning således, at der er stærkere evidensgrundlag for effekten af livsstilsinterventioner rettet mod børn og unge. Er det korrekt? I så fald ser KL gerne, at denne prioritering tydeliggøres i anbefalingerne.

Anbefalingerne bør ligeledes forholde sig til, hvilke negative effekter, der kan være for borgene ved at gennemfører et tilbud fx i forhold til stigmatisering og nederlag, hvis vægttabet ikke kan bevares. Effekten af tilbuddene på borgerens sundhed og livskvalitet vil være vigtige parametre i den lokale prioritering af, hvorvidt man vil efterleve anbefalingerne. Tilsvarende har KL også et ønske om, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udarbejdelse af faglige anbefalinger mv. i højere grad har en mere tværgående tilgang, der også tager i betragtning, hvor sundhedsvæsenets ressourcer anvendes, hvor de giver størst effekt.

Specifikke bemærkninger til anbefalingerne
I indledningen til anbefalingerne på side 8 står, at kapitel 6 handler om fordeling af opgaver og ansvar mellem kommuner, sygehus og almen praksis i forhold til tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt. Men kapitel 6 er ikke at finde i publikationen. Det kan virke som en forglemmelse, at kapitlet ikke er kommet med i høringsversionen. KL mener, at der er behov for en afklaring af opgaver og ansvarsfordeling, som det også var aftalt i kommissoriet. KL medvirker derfor gerne til en forsat dialog omkring dette, inden anbefalingerne offentliggøres.

På side 16 står, at børn og unge med overvægt eller svær overvægt er børn med særlige behov, der skal tilbydes en særlig indsats igennem hele skoleforløbet. Her bør det præciseres, at det **kan** være børn med særlige behov, men at det beror på en konkret vurdering af den kommunale sundhedstjeneste i samarbejde med forældre, lærere, pædagoger, børnetandlæger m.fl. samt sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige instanser, hvem der har behov for yderligere indsats.

Sundhedsstyrelsen bedes i forhold til voksne og ældre med svær overvægt på side 16-17 beskrive mere udførligt, hvilke særlige forhold der gør sig gældende for, at borgeren vurderes at have gavn af en livsstilsintervention.

Hele kapitel 5 omhandler indhold og omfang af tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt, der alene beskrives som et kommunalt ansvar. Det undrer KL i og med, at Sundhedsstyrelsen i 2017 som del af arbejdet med anbefalingerne kortlagde tilbud om livsstilsinterventioner ved svær overvægt i kommuner og regioner. Her viste kortlægningen, at tilbud til børn og unge med svær overvægt ofte sket i samarbejde mellem kommuner og region og blev aftalt lokalt. Til voksne med svær overvægt var der kun få tilbud i både kommuner og regioner. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at tilbuddene bør indeholde elementer om kost, fysisk aktivitet og adfærdsændring og løber over minimum 12 måneder med hyppige konsultationer i en kombination af individsamtaler og gruppeforløb. Desuden anbefales det, at der inddrages sundhedsfaglige kompetencer bl.a. svarende til en autoriseret klinisk diætist. Dette omfang af tilbuddene ligger betydeligt over gældende lovgivning og vejledninger og vil medføre væsentligt forhøjede udgifter.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak, Kontorchef, Sundhed og Ældre, KL

Dato: 18. november 2019

Sags ID: SAG-2018-04425
Dok. ID: 2835344

E-mail: KAE@kl.dk
Direkte: 3370 3859

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
E-mail: sst@sst.dk, fob@sst.dk

Dato:
18. november 2019

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
aw@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Høringssvar vedr. Sundhedsstyrelsens vejledning til kommunerne: *Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne*

Danske Patienter takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstyrelsens anbefalinger til kommunernes arbejde med livsstilsinterventioner ved svær overvægt.

Overvægt er et stigende problem med alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser. Danske Patienter finder det derfor relevant og vigtigt, at Sundhedsstyrelsen kommer med anbefalinger på området.

Danske Patienter bakker op om Kræftens Bekæmpelses høringssvar og har følgende to tilføjelser, som relaterer sig til de områder, som berører spiseforstyrrelser:

1. Under punkt 3.4 (side 11) bliver BED eksplicit nævnt: indsatsen over for børn og voksne med tvangsoverspisning, hvor proceduren ved mistanke om BED bliver forklaret: egen læge foretager en individuel vurdering med henblik på eventuelt at iværksætte en indsats hos egen læge, i kommunen eller i den øvrige praksissektor.

   Danske Patienter finder det relevant at navngive de væsentligste tilbud på området, herunder tilbud under satspujlen og tilbud under Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade, LMS.

2. Under afsnit 5 om tilbud til livsstilintervention nævnes, at nogle borgere kan have eller udvikle en spiseforstyrrelse som fx BED i løbet af interventionen, og der understreges, at tegn på spiseforstyrrelser kan komme frem allerede i forbindelse med den første samtale eller undervejs i interventionen. Ved mistanke opfordres til at søge egen læge.

Danske Patienter er paraply for patientforeningerne i Danmark. Danske Patienter har 21 medlemsforeninger, der repræsenterer 84 patientforeninger og 880.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Colitis-Crohn Foreningen, Dansk Fibromyalgi-Forening, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Gigtforeningen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS), Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Polioforeningen, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser og UlykkesPatientForeningen.

DANSKE PATIENTER

Danske Patienter finder det relevant, at man i forlængelse heraf nævner muligheden for, at både borgere og fagprofessionelle kan søge kvalificeret sparring og rådgivning hos patientforeninger med særlig viden og kendskab til gruppen. I dette tilfælde vil det være særligt relevant at nævne LMS, som både har tæt kontakt til grupppen og driver et nationalt videncenter om spiseforstyrrelser og selvskade, ViOSS .

Med venlig hilsen

Morten Freil
Direktør

VIBORG KOMMUNE

Social, Sundhed & Omsorg
Sekretariatet

Prinsens Alle 5
8800 Viborg

brkr@viborg.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København K

Att. Niels Sandø
Emne: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Dato: 12. november 2019

Sagsbehandler: vpbrkr

Direkte tlf.: 87 87 60 55

Høringssvar til Livsstilsintervention ved svær overvægt

Hermed fremsendes Viborg Kommunes kommentarer til sundhedsstyrelsens anbefalingerne ved svær overvægt.

Generelt
Det er positivt, at Sundhedsstyrelsen med anbefalingerne understøtter det forebyggende arbejde, som foregår i kommunerne på overvægtsområdet. Særligt når anbefalingerne er baseret på forskningsbaserede publikationer og evidensbaseret tilgang. For at anbefalingerne skal virke som et aktivt og brugbart værktøj i det daglige arbejde, vil det dog være ønskeligt med præciseringer i forbindelse med flere af anbefalingerne.

Set i lyset af, at der ikke har været kommunal repræsentation i arbejdsgruppen bag anbefalingerne, håber vi at I vil notere jer vores kommentarer til brug i det videre arbejde.

Målgruppen
Målgruppen fra BMI 27 vil, for mange kommuner, kræve en øgning af ressourceforbruget til overvægtsindsatsen, da flere kommuner ikke arbejder med en så bred målgruppe for denne indsats (f.eks. har Viborg Kommune kun et tilbud til borgere med et BMI fra 40).

Den brede målgruppe kombineret med en stor intervention på minimum 26 timer vil ydermere kræve en øget kommunal indsats på dette område, da kommunerne er nødt til at etablere forløb, der vil kunne rumme den brede målgruppe. Vi ser målgruppen, som værende uhomogen, hvilket vil kræve flere forskellig artede interventioner.

Kostvejledning
Det anbefales, at det er en klinisk diætist, som bør varetage kostvejledningen. Kommunen kunne ønske, at denne anbefaling gøres mere bred, da praksis i dag, i mange kommuner, er at sygdomsspecifik kostvejledning bliver varetaget af en klinisk diætist, mens sundhedsfremmende og forebyggende kostvejledning kan varetages af andre faggrupper med relevant uddannelse.

Det er relevant med anbefalinger for indhold af og krav til selve kostvejledningen for at kunne fastslå, hvem der skal varetage kostvejledningen.

Behandling
Behandling som begreb bruges flere steder i høringsudkastet. Det er ikke retvisende i forhold til den indsats, som ydes i kommunerne. Kommunen varetager ikke behandling, og er derfor ikke en del af hospitalets behandlingsplan (hvor der er en ansvarlig læge med i behandlingen). Kommunen har udelukkende en vejledende sundhedsfremmende og forebyggende funktion i forhold til vægttab.

Henvisning
Det beskrives, at almen praksis ser 85% af målgruppen. Anbefalingerne bør derfor lægge op til, at de praktiserende læger har fokus på at henvise borgeren og ikke kun, hvis borgeren selv nævner det.

Livsstilsintervention
Det anbefales, at en intervention har en varighed på minimum 26 timer, som fordeles mellem en række aktiviteter. Det er dog uklart, hvordan timerne skal fordeles mellem de foreslåede aktiviteter samt, hvordan timerne fordeles i løbet af interventionen (hver uge, to gange månedligt eller andet?).

Børn og unge
Flere studier viser, at vægtudviklingen i en tidlig alder, har stor betydning for vægtudviklingen som voksen. Blandt andet viser det sig, at størstedelen af børn, der i en tidlig alder har en uhensigtsmæssig vægtudvikling og udvikler svær overvægt som 3-årig, også vil være overvægtig eller svært overvægtig som ung. På samme måde har mange unge med svær overvægt oplevet den største stigning i BMI, da de var i alderen 2-6 år. Tilsammen peger disse fund på behovet for at være opmærksom på vægtudviklingen i en tidlig alder. Et større fokus på tidlig indsats til helt små børn er ønskelig.

Derudover er det også vigtigt at være opmærksom på strukturelle og omgivende faktorers betydning for børn og unges sundhed og overvægt. Blandt andet indholdet i kommunale tilbud i form af dagtilbud, skoler ligesom familiens vilkår spiller en stor rolle.

Målopfyldelse og kriterier
Anbefalingerne vil få en større brugbarhed, hvis de fremstår med mere tydelige mål for, hvornår indsatsen fra kommunal side er opnået i tilfredsstillende grad og dermed kan bruges i forbindelse med evaluering af indsatser omkring overvægt.

Hvis ovenstående giver anledning til spørgsmål, eller der er behov for uddybning, er I velkommen til at kontakte mig.

Med venlig hilsen

Peter Borup Sørensen
Sundhedschef

AARHUS
KOMMUNE

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar til Sundhedsstyrelsen vedr. "Livsstilsintervention ved svær overvægt"

Aarhus Kommune

Magistratsafdelingen for Sociale Forhold og Beskæftigelse, Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg og Magistratsafdelingen for Børn og Unge

Dato: 10. november 2019

Telefon:
8940 2000 (hovednr.)

Nærværende høringssvar forholder sig til Sundhedsstyrelsen høringsudkast, version 21. oktober 2019

Overordnede betragtninger

Anbefalingerne kvalificerer samarbejdet på tværs og giver et relevant grundlag for de forskellige dele af samarbejdet.

- Det er afgørende for kvaliteten af den særlige indsats, at den hviler på sundhedsfaglig evidens, hvor den findes, og bedst mulig viden fra praksis erfaringer.

- Med nærværende anbefalinger står den kommunale sundhedsordning og særligt sundhedsplejerskerne stærkere rustede til at tilbyde børn og unge en faglig begrundet og kvalificeret indsats i de lovpligtige tilbud til alle børn og unge i dagtilbud og skoler, som vejledning og anbefalinger foreskriver.

- Svær overvægt og de mulige helbredsmæssige følger heraf kan have betydning for borgeres evne til at leve et aktivt liv samt opnå eller fastholde beskæftigelse. Det er derfor ønskeligt, at der er tilgængelige tilbud om livsstilsintervention til rådighed for borgere med svær overvægt, som kan mindske helbredsmæssige udfordringer og øge deres funktionsniveau.

- Det er positivt, at der udarbejdes interventionsanbefalinger til borgere med svær overvægt.
  I Aarhus Kommune er der vedtaget en *Diabeteshandleplan*, hvor fokusset på bl.a. børn og voksne, der er i risiko for at udvikle diabetes, skærpes. At der fra national side er fokus på at udarbejde anbefalinger til kommunale livsstilsinterventioner til svært overvægtige borgere, der er i højrisiko for at udvikle diabetes, spiller dermed rigtig godt sammen med Kommunens visioner - ikke blot på diabetesområdet, men også ift. generelle forebyggelse- og sundhedsfremmetiltag.

I nedenstående konkrete bemærkninger til høringsmaterialet, er der to overordnede temaer. Der ses et behov for mere sammenhængende tilbud til borgerne på tværs af kommune, region og civilsamfund, samt at der er brug for tydeligere definitioner af målgrupper, særligt på ældreområdet.

Konkrete bemærkninger til høringsmaterialet

Herunder findes mere specifikke/ detaljerede kommentarer til materialet.

1.1. Baggrund og formål

Linie 7: "Der er således ikke tale *om* slankekur".

1.3.1 Svær overvægt hos voksne

Der er inkonsistens i definitionerne.
Der skrives: "Moderat overvægt og svær overvægt kaldes samlet for overvægt: BMI>25.".
Hermed forstås, at "overvægt" dækker både moderat og svær overvægt. Eller skal det forstås anderledes?
Gennem vejledningen anvendes "svær overvægt" 177 gange.

Vi anbefaler derfor, at den sidste sætning på side 4 slettes.

3.3 Særligt omkring børn i alderen 2-5 år

(side 10)
Linie 6: "… men data fra to fødselskohorter har vist, at omkring 10 % af både de 3- og de 5-årige havde overvægt eller svær overvægt (28).
Samme data viste en stærk sammenhæng mellem overvægt og svær overvægt i 3- og 5-års-alderen, hvilket peger på behovet for at være opmærksom på udviklingen i BMI i en tidlig alder (28)."
Hvad betyder denne formulering? Det er lidt uklart, og det samme skrives to gange?

Litteraturgennemgangen har vist sammenhæng mellem tidlig udvikling af overvægt og svær overvægt og det samme eller ofte en forværring senere i livet. Samme fund er gjort i Norge og publiceret i 2014: "Important periods of weight development in childhood: a population-based longitudinal study" Glavin et al. BMC Public Health 2014, 14:160

Derfor kunne en stærkere anbefaling af indsats allerede fra børnehavealderen ønskes. F.eks. 3 års besøg af sundhedsplejersken, som KL også har foreslået. Samtidig kunne man påpege, at et stærkere samarbejde med praktiserende læge ønskes i kommunen.

3.5.1 Karakteristika

Der bør i højere grad differentieres i gruppen af ældre, således det fremgår tydeligt hvornår der er tale om raske ældre og ældre/gamle (+ 75) samt ældre på plejecentre. Dette er ikke præciseret jf. reference 41.

4.1 Opsporing og henvisning af børn

(side 15 øverst)
"… viser, at et barn har udviklet overvægt eller svær overvægt, skal sundhedsplejersken inddrage forældrene, **bevare objektiviteten**, informere … "
Det er uklart hvad der menes her? Dette bør uddybes.

4.2 Opsporing og henvisning af voksne

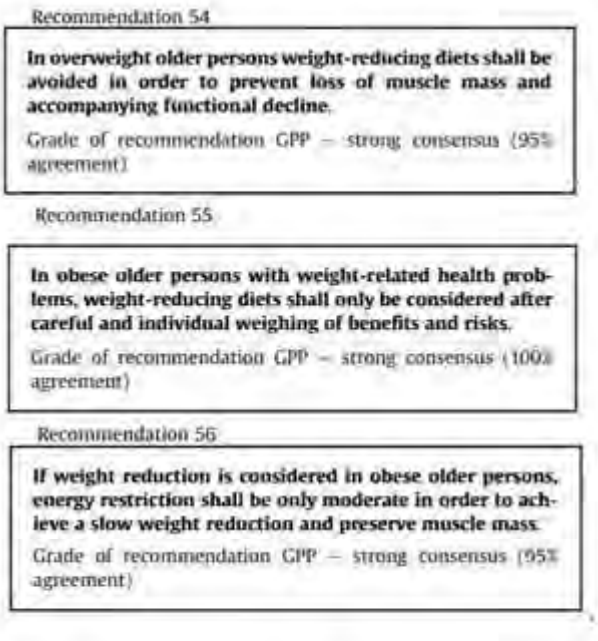
(side 16) Det bør præciseres, at andre kommunale medarbejdere fra fx jobcentre, bosteder mv. med fordel kan henvise relevante borgere/ sende en korrespondance til det kommunale livsstilstilbud med borgerens samtykke, når denne opspores. Dette med henblik på at sikre sammenhæng for borgeren på tværs af kommunale afdelinger og medvirke til, at sårbare borgere ikke tabes mellem to afdelinger.

4.2.1 Opsporing og henvisning af ældre

Når ældre er tilknyttet hjemmeplejen eller bor på plejehjem/plejecenter, er de ofte skrøbelige og har geriatriske problemstillinger. Hvis ældre i denne målgruppe samtidig er overvægtige (BMI 25+) /svært overvægtige (BMI 30+) gælder det jf. Socialstyrelsens vejledning, at hvis de har tabt sig eller har en risikofaktor/nedsat funktionsevne og samtidig spiser mindre end normalt, er målet som oftest, at de ældre skal holde vægten og ikke tage på. Hvis de ældre ikke har nogle af ovennævnte problemstillinger, og dermed ikke er i ernæringsmæssig risiko, kan de tilbydes individuel diætbehandling ved en klinisk diætist med henblik på vægttab/forebyggelse af yderligere vægtøgning.
Se bilag 10, s. 21 i Socialstyrelsens vejledning:
https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/vejledning-til-ernaeringsvurderingsskema

Vi anbefaler derfor, at ældre, som er tilknyttet hjemmeplejen eller bor på plejehjem/plejecenter, enten skrives helt ud af vejledningen eller defineres i et afsnit for sig med tydelig angivelse af, at de ikke skal tabe sig trods overvægt. Dette jf. nedenstående guideline og publikationen fra Socialstyrelsen (nu hørende under Sundhedsstyrelsen).

Jf. den europæiske guideline – "ESPEN *Guideline on Clinical Nutrition and Hydration in Geriatrics"* side 24-25 står nedenstående tre rekommandationer vedr. ældre og overvægt:



Recommendation 54

In overweight older persons weight-reducing diets shall be avoided in order to prevent loss of muscle mass and accompanying functional decline.

Grade of recommendation GPP – strong consensus (95% agreement)

Recommendation 55

In obese older persons with weight-related health problems, weight-reducing diets shall only be considered after careful and individual weighing of benefits and risks.

Grade of recommendation GPP – strong consensus (100% agreement)

Recommendation 56

If weight reduction is considered in obese older persons, energy restriction shall be only moderate in order to achieve a slow weight reduction and preserve muscle mass.

Grade of recommendation GPP – strong consensus (95% agreement)

(https://www.espen.org/files/ESPENguidelines/ESPEN_GL_Geriatrics_ClinNutr2018ip.pdf)

5.1.1 Elementer i en livsstilsintervention til børn
(side 19)
"Børn med svær overvægt bør tilbydes diætbehandling…"
Der bør vel stå "kostvejledning, der indeholder råd om…"? For langt de fleste familier af anden etnisk herkomst og med sociale problematikker, vil ikke have råd til at betale for vejledning ved en diætist. En stor del af forældrene til børn med svær overvægt er netop af anden etnisk herkomst (ca. 70% i Aarhus Kommune) og har ofte sociale problematikker (ca. 40-50% i Aarhus Kommune), som de udfordres af.

(side 20)
Andet afsnit: **Om måltidsvaner –**> Gode emner til vejledning omkring mad og måltidsvaner. Erfaringen fra Aarhus Kommunes sundhedsplejersker er, at familierne oftest spiser hver for sig og ikke samles omkring et måltid. Desuden at det har gavnlig effekt at sidde sammen og spise. Anders Lindelof har i en afhandling beskrevet dette også.
Femte afsnit: **Om fysisk aktivitet** -> Deltagelse på hold i en forening eller i kommunen er ofte ikke en succes for netop svært overvægtige børn og unge. I Aarhus Kommune har vi arbejdet sammen med lokale idrætsforeninger omkring mulighed for at oprette særlige hold (social ansvarlighed er mange foreninger interesserede i at vise). På særlige hold får børn og unge f.eks. en lidt bedre kondition eller bedre motorik, så de på sigt har mod på at deltage på almindelige hold i lokalområdet.

(side 21)
Om **Trivsel og livskvalitet**
Til vurdering af livskvalitet peges på anvendelse af PedsQL. Det er i praksis svært at få adgang til spørgeskemaet på dansk til de rette aldersgrupper. Det vil være godt, hvis anbefalingen pegede på, hvordan man i en kommune får adgang til dette?

Om **Adfærdsændring**
"… og ved fx manglende vægttab hos barnet ikke begrunder det med manglende motivation hos familien, men arbejder videre med at motivere barnet og familien."
Det er noget utydeligt, hvordan dette skal forstås? Hvem mangler motivation og hvad er sammenhængen?

Om **Forældre/familieinvolvering**
Linie 3-6: "Der er ikke evidens for, at indsatser målrettet både barn og forældre giver større effekt end interventioner til barnet eller *forælderene (slåfejl)* alene, men studier peger på, at det er hensigtsmæssigt at inkludere forældrene/familien i tilbud om livsstilsintervention målrettet børn (3).
Hvorfor er det hensigtsmæssigt med forældreinvolvering, hvis der ikke er bedre effekt af at involvere både barnet og forældrene? Hvad er meningen med sætningen? Måske menes der bare, at der ses en tendens i studierne, som ikke

er statistisk signifikant, men det bliver lidt vævende. Bør omformuleres eller præciseres.

(Side 22)
Omfang og varighed
Der anbefales en varighed af indsatserne på 12 måneder. Mange erfaringer viser, at svær overvægt giver stor risiko for tilbagefald over en meget lang periode. Tidligere i anbefalingerne er beskrevet at børn med svær overvægt bør følges hele deres skolegang.
Er det så den intensiverede indsats, som bør være mindst 12 måneder? Og bør opfølgningen vare flere år?

(side 24)
Kostvejledning
Begrundelse for at kostvejledning til børn bør gives af en sundhedsperson med diætist kompetencer er utydelig. Forskellen på denne type vejledning og andre dele af vejledningen er svær at gennemskue.
Er der studier, som viser, at netop diætister opnår bedre resultater?

5.2 Livsstilsintervention til voksne, herunder ældre
I interventionsdelen fremgår det ikke, at indsatsen er målrettet de raske overvægtige ældre, men blot ældre borgere. Dette er igen misvisende ift. målgruppen. Hvis ikke hele rapporten læses i sammenhæng vil afsnittet med de specifikke kostanbefalinger, dermed blive opfattet som gældende for alle ældre borgere, og det er helt forkert. Jf. kommentar 4.2.1.
CASE-eksempel: Ældre/gamle med tilknytning til hjemmepleje eller bosiddende på plejehjem der har et taljemål på fx 83 eller et BMI på 28 bør under ingen omstændigheder sættes på energireduceret kost/diæt. Men det er faktisk hvad der anbefales jf. denne vejledning.
Se links til Den nationale kosthåndbog, hvor de kort omtaler forskellene:
Ældre med overvægt: https://xn--kosthndbogen-xcb.dk/content/%C3%A6ldre-med-overv%C3%A6gt
Ældre med normalvægt: https://xn--kosthndbogen-xcb.dk/content/raske-%C3%A6ldre-med-normalv%C3%A6gt
Vi anbefaler, at målgruppen defineres mere tydeligt her.

5.2 Livsstilsintervention til voksne, herunder ældre*, fysisk aktivitet*
Vedr. fysisk aktivitet er det mangelfuldt, at den nationale kliniske retningslinje for træning og ernæring ikke er inkluderet og brugt som henvisning i vejledningen. Her er særligt fokus på ældre borgere. Link:
https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~/media/316C3E23E56D4F2DB7BF9C14A70F364D.ashx

5.2.1 Element i en livsstilsintervention til voksne
(side 26)
"*I forbindelse med diætbehandling og diætvejledning kan borgeren (…)"* Her bør afsnittet om kommercielle måltidserstatninger slettes. At fremhæve måltidserstatninger, er som at fremhæve en hvilken som helst anden kur, der virker, så længe man følger den, og det er ikke en fremgangsmåde, der benyttes

i kommunalt regi, medmindre borger selv ønsker det, og der lægges en plan for opfølgning efter endt kur. Man kunne i stedet skrive: "*Ved den initiale diætbehandling afdækkes bl.a. borgers præferencer for mad, og der aftales i samarbejde med borger en ernæringsintervention bestående af sund energireduceret diæt med afsæt i de officielle kostråd.*"

5.2.3 Format omfang og varighed af livsstilsintervention til voksne

(side 28)
Omfang og varighed
Der anbefales en livsstilsintervention på 12 måneder, hvilket i den ideelle verden er ønskværdigt, men i praksis et voldsomt omfang. Der sættes spørgsmålstegn ved, hvorfor anbefalingerne vedr. omfang og varighed af en livsstilsintervention ved svær overvægt adskiller sig betydeligt fra anbefalingerne i eksempelvis forløbsprogrammerne for kroniske sygdomme, hvor der typisk er tale om et 12 ugers forløb samt opfølgning, hvorefter borgerne overgår til selvtræning mv. Der kunne med fordel lægges vægt på brobygning til civilsamfundsindsatser/ indsatser i frivilligt regi efter endt forløb, da der er begrænsninger for den kommunale indsats.

(side 29)
Om **diætbehandling**
Der tilbydes ikke kommunal diætbehandling. Behandling er som udgangspunkt en regional opgave, hvorfor det skal tydeliggøres, at den kommunale diætopgave indbefatter vejledning og rådgivning.
Desuden bruges både begreberne *diætvejledning* og *diætbehandling,* uden at det fremgår tydeligt, hvad de hver især indebærer, hvorfor der er behov for en klar begrebsafklaring, såfremt begge skal indgå.

(side 29)
Afslutning og opfølgning
I forlængelse af kommentaren til indsatsens *omfang og varighed* ovenfor er det ligeledes ønskværdigt, at kommunerne kan tilbyde borgere, som efter end forløb oplever vægtøgning, et nyt forløb. Igen er der grænser for, hvad kommunerne kan tilbyde. Der er behov for en præcisering af, hvad et nyt forløb i så fald skal indeholde, og om der er en begrænsning på, hvor mange forløb en borger skal kunne modtage.

Litteraturlisten er til god inspiration og fordybelse.

Bilag II: Medlemmer i arbejdsgruppen
Aarhus Kommune undrer sig over, at hverken FaKD (fagligt selskab for kliniske diætister) eller Danske Fysioterapeuter er repræsenteret i arbejdsgruppen. Desuden er det tankevækkende, at der heller ikke har deltaget kommunale repræsentanter i udarbejdningen af anbefalinger til en kommunal praksis.

Med venlig hilsen

Kristian Würtz
Rådmand
Magistratsafdelingen Sociale Forhold og Beskæftigelse

Erik Kaastrup-Hansen
Direktør
Magistratsafdelingen Sociale Forhold og Beskæftigelse

Jette Skive
Rådmand
Magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg

Hosea Dutschke
Direktør
Magistratsafdelingen Sundhed og Omsorg

Thomas Medom
Rådmand
Magistratsafdelingen Børn og Unge

Martin Østergaard Christensen
Direktør
Magistratsafdelingen Børn og Unge

Syddjurs KOMMUNE

18.nov. 2019

Høringssvar fra Syddjurs Kommune vedr. Livsstilsintervention ved svær overvægt.

Generelt en gennemarbejdet og retningsgivende rapport som rammesætter udfordringer og potentialer for de berørte målgrupper. Særligt pointer omkring fysisk aktivitet er positivt for ønskede effekter.

Vedr. punkt 3.1:

Vi stiller spørgsmål ved om alle børn med svær overvægt eller overvægt og samtidig mistanke om kompliceret overvægt skal henvises til børneafdeling. I Syddjurs Kommune har vi på nuværende tidspunkt 50 børn i behandling for svær overvægt (Holbæk-modellen). Regionshospital Randers har prioriteret, at de ikke har tid til at undersøge børnene med svær overvægt. Vi ser derfor en udfordring i, at alle disse børn skal henvises til børneafdelingen.

Vedr. punkt 3.5.1 og 3.2:

Vi finder det mangelfuldt i de konkrete anbefalinger til de mange borgere vi møder i Sundhedscenteret, som lider af tvangsoverspisning og som skal tilbydes andre indsatser end livsstilsintervention ved svært overvægt. Vi mangler konkrete anbefalinger til disse indsatsers indhold.

Vedr. punkt 5.1.1

Vi er enige at det er vigtigt at livsstilsinterventionen er hele familiens ansvar. Men vi undrer os over, at det findes hensigtsmæssigt at afholde en eller flere individuelle samtaler med barnet alene uden af forældrene deltager. Vi vurderer, at dette kan pålægge barnet et for stort ansvar for overvægten.

Vedr. punkt 5.1.3

"I tråd med evidensen bør kontakten til barnet i løbet af den samlede intervention som minimum være 26 timer, hvilket fx svarer til 30 minutters kontakt om ugen eller 60 minutter hver 14.dag." Vi mener ikke, at det er realistisk at der tilbydes interventioner med denne hyppighed og varighed, når vi sammenholder antallet af overvægtige og svært overvægtige børn med de resurser, der er til interventionen i kommunen.

Vedr. punkt 4.1:

Er der evidens for at behandlingen på Julemærkehjemmet er effektiv?

Vedr. punkt 4.2:

Vi stiller spørgsmålstegn ved henvisningsprocedurerne og samarbejdet med de praktiserende læger. Vi oplever i mange tilfælde at borger der lider af BED ikke opdages af praktiserende læge, som ellers netop skal foretage vurderingen af hvilken indsats der skal igangsættes for borger. Sundhedscenteret/sundhedskonsulenten bliver ofte bekendt med borgere der lider af BED under de individuelle samtaler (kostanamnese), og her er den mest hensigtsmæssige henvisningsprocedure uklar.

Afsluttende vil vi gerne gøre opmærksom på, at vi I vores arbejde i Sundhedsplejen oplever store udfordring ved, at vi ikke bruger de samme vækstkurver i sundhedsplejen, lægepraksis og Regionen. Det kunne være ønskeligt, hvis Sundhedsstyrelsen forholder sig til dette.

Med venlig hilsen

Mie Kjer Thomsen

Sundhedskonsulent
Syddjurs Kommune

Tlf.nr. 20350151
Mail mkth@syddjurs.dk

Høringssvar– Livsstilsintervention ved svær overvægt
Vejle Kommune 18.11. 2019

Vores kursus Livsstil og Trivsel på Sundhedscenter Vejle er baseret på såvel evidensbaseret forskning såvel som vores efterhånden mange års kliniske erfaring med at arbejde med livsstilsændringer for borgere med BMI over 30.

Vi har tidligere haft Livsstilsforløb, som har fokuseret på små skridt, samt kostplaner og træning. Vi har erfaret, hvilket også afspejler sig i vores dataindsamling, at vaneændringerne virkede mens borgerne var på forløbet, men at de ofte faldt tilbage i de gamle vaner efter endt forløb.
Vi tillægger det, at borgerne ikke arbejdede ud fra egen motivation og forståelse for egen adfærd.
For godt 2 år siden oprettede vi et hold for borgere med BED-lignende udfordringer og fik gode erfaringer med metoderne her – inspireret af erfaringerne fra Stolpegården.

Derfor har vi nu tilrettet kurset, så interventionen er baseret på, at vi forholder os til de forskellige niveauer, som ethvert menneske er påvirket af. Kurset varetages af klinisk diætist, fysioterapeut, sygeplejerske og psykolog.

På et overordnet samfundsmæssigt niveau, lever vi i den vestlige verden i, hvad man kan kalde et fedmefremmede samfund. Der er bl.a. høj tilgængelighed af kalorietætte madvarer og størrelsen på emballager vokser. Der spekuleres i adfærdsøkonomiske løsninger, der i høj grad styrer vores impulser og adfærd i forhold til indkøb og indtag af fødevarer.
Der er en høj grad af stigmatisering i samfundet af overvægtige mennesker. Der ses en tendens til individualisering af problemer med overvægt.
Det hersker i høj grad en forvirring på et højere plan i forhold til kost- og sundhedsråd. Vi bliver som samfund bombarderet af information fra mere eller mindre lødige kilder, og endvidere har vi en slankekursindustri, som medvirker til forvirring og stigmatisering af overvægt. Der er mange dagsordner og interesser, som har stor indflydelse på vores liv såvel bevidst som ubevidst.
På vores kursus sigter vi mod bedre indsigt og viden om disse forhold, hvilket gør borgerne bedre i stand til at håndtere og navigere i denne overflod af informationer og stigmatisering.

På det interrelationelle niveau, er vi alle under stærke påvirkninger af vores opdragelse, traditioner og kultur i sociale sammenhænge. Dette gælder f.eks. i familiesammenhænge, på arbejdspladsen og i sociale fællesskaber. Vores madvaner er i høj grad socialt og kulturelt betingede. Mange mennesker oplever et latent pres i forhold til at indtage fødevarer og mængder uden at tage stilling til kroppens signaler eller egne behov. Endvidere kan sociale fællesskaber medvirke til øget stress og lavere selvværd i forhold til overvægt.
På vores kursus arbejder vi med, at borgerne får indsigt og overblik i forhold til disse sammenhænge. Alene gennem indsigt kan borgerne blive i stand til aktivt at tage stilling og ændre adfærd ud fra egne værdier og behov i forhold til mad og sundhed i sociale sammenhænge. Endvidere bliver borgerne opmærksomme på, i hvor høj grad, de har en indlært, ikke-bevidst adfærd i forhold til disse ting. De får mulighed for at opdage, alle de forskellige indflydelseskilder, de er under, og kan begynde at navigere bedre i disse.

På det individuelle niveau, er vi alle underlagt vores krops evolutionære mekanismer. Herunder er hjernen, nervesystemet, og de fysiologiske mekanismer -herunder hormonale- betinget af vores evolutionære udvikling. Moderne mennesker er på grund af dette underlagt en biologi, der ikke har fulgt med vores faktiske hverdags teknologiske og samfundsmæssige udvikling.
På vores kursus arbejder vi med, at borgerne lærer deres egen krops signaler at kende og håndterer disse signaler relevant. Der er således fokus på kroppens signaler i forhold til sult, mæthed, træthed, stress og

uro. Det er vigtigt, at borgerne opdager uhensigtsmæssig adfærd og madforbrug i forhold til deres kropssignaler. Således arbejdes der med energiforvaltning, stresshåndtering, måltidstruktur, spisemønster, portionsstørrelser og -sammensætning.
I forhold til motion og bevægelse arbejdes der med, at borgerne kan finde glæden ved bevægelse og aktivitet, som er meningsfuld og energigivende for dem og dermed aflive myter om, at kun bestemte motionsformer kan føre til vægttab.
Der arbejdes på kurset fortløbende med at minimere sort/hvidtænkning, selvbebrejdelser, skyldfølelse og stress - herunder madstress. Der arbejdes hen imod øget trivsel og energi for borgerne, således at de får grundlaget og ressourcerne til bevidst at kunne lave vane- og adfærdsændringer.
Med vores kursus og interventioner imødekommer vi også de borgere, der måtte have spiseforstyrrelsen BED, for hvem vægtregulering i første omgang er kontraproduktivt i forhold til spiseforstyrrelsen. Det anslås at en stor andel med BMI over 30 har denne spiseforstyrrelse.
Med vores kursus sigter vi mod at øge viden, indsigt samt handlekompetencer, således at borgerne kan lave meningsfulde livsstilsændringer med varigt vægttab til følge. Vi lægger i høj grad vægt på indre motivation frem for ydrestyrede programmer med kost- og motionplaner, som er svære for borgerne at bevare motivationen for efter endt intervention.

Kilder:
Jette Uhre. (2019). Slip slankekursmentaliteten. Muusmann Forlag.
Morten Svane & Morten Elsøe (2016). Slut med forbudt. Politikens forlag.
Lisbeth Stahre (2016). Kognitiv behandling ved overvægt og fedme. Munksgaard.
Steven C. Hayes (2008). Slip tanketyranniet. Dansk psykologisk forlag.
Russ Harris (2012). Når virkeligheden slår hårdt. Dansk psykologisk forlag.
Sundhedsstyrelsen (2016). Behandling af Binge Eating Disorder (BED) - sammenfatning af resultater fra to satspuljeprojekter.
VIOSS- Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (2016). Erfaringsopsamlung om Binge Eating Disorder (BED).

På denne baggrund er det glædeligt, at Sundhedsstyrelsen forsøger at udarbejde anbefalinger til støtte for den kommunale indsats og særligt at BED er med.
Dog finder vi udkastet har en meget smalt fokus, der ikke stemmer overens med vore erfaringer med målgruppen. Derfor håber vi, at der vil komme en justeret udgave, hvor det hele menneske er mere i fokus.
Såfremt I har uddybende spørgsmål til ovenstående punkter, er I meget velkomne til at kontakte afdelingsleder Birthe Pors på bipor@vejle.dk [redacted]

Høringssvar – Livsstilsintervention ved svær overvægt

/Kolding Kommune

Først og fremmest tusind tak for inddragelsen i et meget vigtigt område som dette. I Kolding Kommune er dette er højt prioriteret felt, og vi er derfor også meget optagede af fortsat at udvikle og dygtiggøre os i forhold til at hjælpe mennesker, der kæmper med mad, krop og vægt – herunder også svær overvægt. Det er desuden glædeligt at læse, at der er en opmærksomhed på, at én af grundene til at man kæmper med svær overvægt kan være BED (Binge Eating Disorder), og at man følgelig har brug for behandling, der imødekommer dette.

Vi har I mange år arbejdet ud fra den evidens og de anbefalinger der foreligger på området, men har særligt de seneste par år suppleret disse perspektiver med designtænkningen. Når tilbud udvikles ud fra design er man optaget af at starte et andet sted, end det man gør traditionelt. Gennem primært dybtegående kvalitative interviews med borgerne i kommunen, undersøger man hvad det egentlig er for nogle behov, der er vigtigst at imødekomme og hvordan. Dette suppleres med forskning og faglig erfaring for herigennem at finde løsninger. Løsningerne bliver derfor udviklet gennem en triangulering af både brugerperspektivet, forskningen og den faglige erfaring. Ofte giver dette nogle nye og mere effektive løsninger, hvilket vi også har erfaret i forhold til designprojekter vedr. overvægt.
Vores høringssvar vil derfor tage udgangspunkt i disse designprojekter (herunder vores projekter "Ligevægt" for voksne samt "Børn, unge og Ligevægt"), og i vores vision "Selvværd og sammenhæng", hvor vi i en designoptik arbejder ud fra det vi kalder "borgerens centrum".

Anbefalinger

- **<u>Første skridt handler om at forstå, hvor skoen trykker, hos det enkelte menneske med svær overvægt - ud fra borgerens centrum</u>**
    - Rigtig mange mennesker der kæmper med overvægt ved alt og kost og motion, det er ofte de psykologiske og sociale mekanismer, der er de største og vigtigste udfordringer
    - Vi kan - uanset hvad - ikke på forhånd vide, hvad det enkelte menneske savner hjælp til, vi er derfor nødt til at undersøge dette ved det aller første møde
    - Med fokus på hvad der er vigtigst for den enkelte at starte med og få hjælp til, kan vi styrke den enkeltes indre styring til forandring frem for ydre styring. Indre styring holder på den lange bane, giver selvværd og behøver ikke ris eller ros

- **Forældre er rollemodeller og fokus i forandringsprocesser, når det handler om børn med overvægt – børn kan betragtes som "bærere af" problemet**
    - Børns adfærd er afhængig af de rammer som betydningsfulde voksne skaber omkring dem og fokus bør derfor rettes mod forældrekompetence samt forældrenes eget forhold til mad, krop og vægt og kun indirekte på børnene. Hvis børn får en opfattelse af, at deres kroppe er forkerte eller unormale kan dette forværre problemstillingen

- **Fokus bør ikke være direkte på vægttab, men vægttab bør ses som en hyppigt forekommende sideeffekt af tværfagligt arbejde med trivsel (i relation til mad, krop og vægt)**
    - Fokus på vægttab kan risikere at forstærke problemerne med mad, krop og vægt. Dette er én af grundene til, at vi ser en stigning i antallet af overvægtige
    - Vi opfordrer derfor også til, at man som udgangspunkt ikke vejer svært overvægtige mennesker, da vejning for mange er forbundet med uro og stress samt oplevelsen af fiasko, hvis vægten ikke viser det, der ønskes. I stedet rettes fokus på, hvordan mennesker kommer til at leve et så meningsfuldt liv som muligt, hvor bøvl med mad, krop og vægt ikke fylder
    - Fokus på sundt/usundt mad og restriktiv spisning kan for svært overvægtige føre til yderligere overspisning på den lange bane med vægtøgning til følge

- **Vi skal arbejde med afstigmatisering samt fjerne skyld og skam forbundet med kropsvægt**
    - Stigmatisering kan forstærke overspisning og reducere lysten til at bevæge sig
    - Vi opfordrer derfor til at man arbejder med de sociale processer i forhold til at udfordre kropsidealer, retorik og slankediskurser

- **Der bør være mere fokus på konfliktfyldt spisning, som kalder på indsatser der tematisk minder om dem, man har til mennesker med BED**
    - Selvom man ikke kæmper med en decideret spiseforstyrrelse, har rigtig mange brug for at blive mødt med en lignende tilgang og med lignende indsatser som dem, der har en BED
    - At arbejde med samme tilgang og optik vil forebygge spiseforstyrrelser og yderligere vægtøgning og vil for mange have et vægttab som hyppigt forekommende sideeffekt, fordi overspisningsepisoderne reduceres, selvværdet og kropsaccepten styrkes, hvilket samtidig giver mere lyst til bevægelse

From: Stina Maria Lerche
Sent: 18. november 2019 11:42 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Subject: Høringssvar vedr livsstilsintervention ved svær overvægt

Hej
Vores Høringssvar vedr. livsstilsintervention ved svær overvægt

Hvorfor er målgruppen først er for børn ved 5 år – hvorfor det ikke er fra 2 år når undersøgelser viser at jo tidligere man forebygger/behandler jo bedre.

I høringsrapporten henvises til at alle børn med svær overvægt skal udredes på et sygehus. Er der sygehus kapacitet til det? Mit kendskab til behandling af børn med svær overvægt på Slagelse sygehus er kun hvis der er komplikationer. På nuværende tidspunkt er der ikke behandlingstilbuds til svær overvægt uden komplikationer på Slagelse børneafdeling.

I rapporten lægges op til at vejledningerne skal forløbe over minimum 12 måneder og være minimum 26 timer hvilket svare til 60min hver 14 dag. Følger der lidt budget med så dette bliver realistisk.

Venlig hilsen
Stina Maria Lerche
Tværkommunal kostvejleder/ klinisk diætist

Center for Sundhed og ældre
Folkesundhed.
Tovegade 15, Slagelse
Tlf: 24253496

SLAGELSE KOMMUNE

FOLKESUNDHED
SLAGELSE KOMMUNE

Social, Sundhed og Beskæftigelse
Sundhedssekretariat
Svinget 14
5700 Svendborg

13. november 2019

Afdeling: Sundhedssekretariat
Ref.

Høringssvar til "Livsstilsintervention ved svær overvægt"

Svendborg Kommune takker for høringsudkastet til Livsstilsintervention ved svær overvægt. Svendborg Kommune v. sundhedstjenesten kan tilslutte sig høringsudkastet i sin helhed, med nedenstående kommentarer:

Afsnit 3.1 Målgruppe:
- Det er positivt at mistanke om kompliceret overvægt er eksemplificeret. Det gør det mere tydeligt hvornår sundhedsplejen kan henvise videre til børneafdelingen.

Afsnit 3.3 Indsatsen overfor børn i alderen 2-5 år
- Der står at den praktiserende læge kan henvise børn med svær overvægt til sundhedstjenestens tilbud. Der henledes i denne forbindelse til at det er sjældent at der henvises til sundhedsplejen fra egen læge mhp. opfølgning.
- Opmærksomhed på at styrke sundhedstjenestens tilbagemelding til almen praksis også.

Afsnit 3.4 Indsats overfor børn og voksne med tvangsoverspisning (BED)
- Det er positivt med en opmærksomhed på BED. Det kunne ønskes at der ligeledes var fokus på kræsenhed.

Afsnit 4.1 Opsporing og henvisning af børn
- Anbefalingen kræver at der er et lokalt regionalt henvisningssted

Afsnit 5.1.3 Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til børn
- Under *Vejledningsform*: Det er interessant viden, nu hvor teknologi og telemedicin vinder frem.

Afsnit 5.1.4 Særlige hensyn omkring børn
- Det opleves som en svær målgruppe at arbejde med. Derfor kunne det være givtigt med mere konkret vejledning/anbefalinger ift. konkrete handlinger og samarbejdsrelationer til denne målgruppe.

Afsnit 5.1.5 Kompetencer ved livsstilsintervention til børn
- Ift. afsnitte om fysisk aktivitet, står der at sundhedsprofessionelle skal kunne tilrettelægge indsatser. Det er uklart om det betyder at sundhedstjenesten skal uddannes til at kunne vejlede om specifikke øvelser?

Til Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse fob@sst.dk.

København den 17. november 2019

Høringssvar fra DASYS vedr. Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne. j.nr. 1-1810-146/1.

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har sendt høringsanmodningen til vores medlemmer og har modtaget svar fra DASYS' uddannelsesråd og FS for Psykiatriske sygeplejersker.

Generelt

Anbefalingen er gennemarbejdet og meget velskrevet. Målgrupperne er tydelige og der er en systematisk beskrivelse af interventioner. Vi finder det dog påfaldende, at det ikke er påkrævet at kommunerne skal arbejde evidensbaseret, men at anbefalingerne er tiltænkt de kommuner, der ønsker at kvalificere deres indsats og tilbud på området ud fra et evidensbaseret grundlag inden for de lovmæssige rammer. Livsstilsinterventioner ved svær overvægt er en særdeles kompleks størrelse med mange aktører på banen, hvorfor borgeren bør have den bedst tilgængelige viden/indsats baseret på et lovkrav om at anvende evidens, når den foreligger.

Specifikke kommentarer og rettelser

3. Målgruppe og populationsanalyse

Pkt. 3.4 Indsatsen overfor børn og voksne med tvangsoverspisning (BED)
BED er beskrevet flere steder i dokumentet. I en tidligere udgivelse fra Sundhedsstyrelsen (https://www.ft.dk/samling/20161/almdel/suu/bilag/211/1729556.pdf) er det præciseret, at det kun er behandlingstilbud til personer med let til moderat BED, der med fordel kan ligge udenfor den regionale psykiatri og varetages af både offentlige og private aktører med særlig kendskab til BED og specifikke kompetencer til behandling heraf. Det gør det desuden mere kompliceret, at BED endnu ikke en del af diagnoseklassifikationssystemet 'International Classification of Disorders' (ICD), men at BED bør betragtes som en psykiatrisk sygdom, der kræver et behandlingstilbud på linje med andre spiseforstyrrelser. Til en sygdom, der således stadig betragtes som "ny", stiller vi os undrende overfor, om der findes mange tilbud til dette segment. Så mon anbefalingerne lægger op til et øget udbud af behandlingstilbud?

Pkt. 3.5 Populationsanalyse
Vi bemærker os, at anbefalingerne ikke beskæftiger sig med, at mennesker med psykisk sygdom dør 20 til 25 år tidligere end den øvrige befolkning. Desuden er der nævnt et tal for, hvad det koster i henvendelser i somatikken. Samme opgørelse kunne være relevant i forhold til hvad, det koster i psykiatriske henvendelser. Psykiatrien løfter trods alt også en stor del af opgaven.

Pkt. 4.2 Opsporing og henvisning af voksne
I anbefalingen står der direkte, at den privatpraktiserende læge skal tale med patienten, hvis patienten selv åbner for emnet. Det synes som en teoretisk henvisning. Læger har i dag ca. 10 minutter pr. patient.

Sankt Annæ Plads 30 • DK-1250 København K • dasys@dasys.dk • Tlf. +45 3315 1555 • **dasys.dk**

Fedme/obese/ adipositas er stadig tabu at tale om. Der må i dag være nogle fagfolk, der kan åbne en svær samtale om et sundhedsfagligt tabuiseret problem.

Der står desuden: *"På sygehuset bør sundhedspersonalet .....et tilbud om livsstilsintervention, hvis et sådant eksisterer, og ved behov henvise hertil eller til andet eksisterende tilbud."*
Er *"andet eksisterende"* at forstå som privat udbudt? I kommunalt eller regionalt regi? Og kan det være et tilbud i foreningsregi, eller skal det være et "kvalitetsstemplet" tilbud?

Pkt. 5.0 Tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt
Her bør generelt været et større fokus på psykisk lidelse. Der er fokus på trivsel og livskvalitet, men vi efterspørger mere fokus på psykiske lidelse, eksempelvis under intervention bør der også nævnes "forebyggelse af psykisk sårbarhed".
På s. 19 i første linje står der: *"hvis borgeren ikke umiddelbart er motiveret for at tage imod et tilbud, bør der arbejdes med dette".* Dette kan umiddelbart komme til at fremstå som "et overgreb", dog bliver det udfoldet længere nede i afsnittet.

S. 20: Her kunne man med fordel inddrage folkeskolerne mere bevist. I den sidste skolereform anbefaler man fx, at der mere systematisk indlægges fysisk aktivitet hver dag. Der savnes også en beskrivelse af, hvordan sundhedspersonalet bliver klædt på eller uddannet til at tage denne opgave på sig.

Opsamling

Afslutningsvis savnes der mere fokus på et område som sektorovergange imellem opsporing og det at komme videre derfra. For at styrke evidensen i forhold til denne komplekse problemstilling, vil DASYS opfordre til, at kommunale aktører bidrager til at opbygge evidens, da der ikke findes studier af effekten af langtidsvirkende indsatser. Desuden øget fokus på betydningen af overgange mellem sektorer for mennesker med psykiske sygdomme, hvor interventionen er startet op i psykiatrien og skal følges op i kommunen.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS

Pernille Olsbro
Bestyrelsesmedlem

Sankt Annæ Plads 30 • DK-1250 København K • dasys@dasys.dk • Tlf. +45 3315 1555 • **dasys.dk**

Høje-Taastrup Kommunes høringssvar til Sundhedsstyrelsens publikation: "Livsstilsintervention ved svær overvægt - anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"

Dette er Høje-Taastrup Kommunes høringssvar til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne med svær overvægt. Høringssvaret er baseret på inputs fra kommunens sundhedstjeneste samt kommunens sundhedshus. Først beskrives de generelle kommentarer til anbefalingerne, hvorefter de mere specifikke inputs til bestemte afsnit præsenteres.

Generelle kommentarer

Overvægt blandt børn og voksne er en stor udfordring i Høje-Taastrup Kommune. Vi har brug for at gå nogle nye veje for at kunne hjælpe overvægtige børn og voksne. Kommunen har desværre svært ved at se anvendeligheden af anbefalingerne. Dette skal ses i sammenhæng med, at alle anbefalingerne er kendte og udbredte inden for området. Vi vurderer, at det havde været hensigtsmæssigt med en mere skarp og konsekvent afgrænsning af målgruppen. Det ville have givet mulighed for nogle mere uddybende anbefalinger til, hvordan man konkret kan arbejde med livsstilsinterventioner over for enkelte specifikke målgrupper.

Indledningsvis afgrænses målgruppen, således at 2-5 årige børn og mennesker med BED ikke inkluderes (s.10). Men flere gange i publikationen refereres der til, hvordan man kan arbejde med disse grupper. Derudover er der flere afsnit, som omhandler indsatser i forhold til ældre mennesker, som er overvægtige. Her kunne der med fordel været refereret til alle de publikationer, der omhandler dette emne, og som går i dybden med det. Ligeledes savner vi, at faktorer som køn og etnicitet adresseres, da dette kan have betydning for tilgangen til og behandlingen af svær overvægt.

Derudover vurderer vi, at der er behov for et større fokus på det mentale og sociale aspekt. Der er meget lidt fokus på borgernes mentale sundhed og livskvalitet, hvilket er en essentiel faktor i forhold til at lykkes med interventioner i forhold til svært overvægtige. Desuden ville det have været hensigtsmæssigt, hvis der blev præsenteret nogle mere konkrete anbefalinger i form af metoder til, hvordan vi kan arbejde motiverende med borgere med svær overvægt.

Derudover ville anbefalingerne være mere brugbare, hvis de gav en bredere viden om effekterne af de forskellige livsstilsinterventioner.

Specifikke kommentarer

I anbefalingerne står der, at "ved mistanke om en spiseforstyrrelse, fx tvangsoverspisning (BED), foretager egen læge en indledende vurdering af barnet eller den voksnes tilstand med henblik på eventuelt at iværksætte en indsats hos egen læge, i kommunen eller i den øvrige praksissektor" (s.11). Udfordringen i forhold til denne anbefaling er, at der ikke eksisterer nogle kommunale indsatser i forhold til BED.

Derudover finder vi det modstridende, at der i afgrænsningen står, at "borgere med spiseforstyrrelser, herunder tvangsoverspisning kaldet Binge Eating Disorder (BED), har behov for et andet tilbud end livsstilsintervention ved svær overvægt" (s.10). Men senere i anbefalingerne står der: "Ved mistanke om en eventuel spiseforstyrrelse, fx tvangsoverspisning (BED), håndteres dette i henhold til afsnit 3.4. Hvis lægen ud fra en sundhedsfagligvurdering af patientens funktionsevne og helbredsforhold skøn-

ner, at patienten vil have gavn af en livsstilsintervention ved svær overvægt, tilbydes patienten en sådan".

På side 26 står der, at borgeren kan vejledes helt eller delvis i brug af kommercielle måltidserstatninger. Fra et kommunalt perspektiv giver det ikke mening at vejlede i brug af måltidserstatning som en del af en livsstilintervention, hvor borgerne skal lære at spise sundere.

I forhold til opsporingen af skolebørn har anbefalingerne i vores perspektiv et alt for stort fokus på skolesundhedstjenestens monitorering af børnenes højde og vægt. Vores erfaring er, at det ikke er den meget tidskrævende monitorering af børnenes højde og vægt, der er det mest hensigtsmæssige. Hvis denne tid kunne konverteres til at lave noget mere aktivt med børnene, så skulle skolesundhedstjenesten nok opspore børn med overvægt alligevel. Gennem aktiviteter ville sundhedsplejerskerne få dannet en mere uformel relation til børnene. Det ville give børn (og eventuelt også deres forældre) en anden mulighed for at henvende sig end tilfældet er i dag, hvor skolesundhedstjenesten bruger uforholdsmæssig meget tid på at måle og veje samtlige børn i en klasse.

VESTHIMMERLANDS KOMMUNE
- lyst til at gøre en forskel

NOTAT

Dato: 18. november 2019

Sagsnr.: 29.09.04-K04-1-19

Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Til: Sundhedsstyrelsen
Fra: Afdelingschef Bente Bach Poulsen

Fra Vesthimmerlands Kommune har vi følgende høringssvar ift. Livsstilsintervention ved svær overvægt.

Anbefalingerne er i store træk i overensstemmelse med Vesthimmerlands Kommunes livstilsinterventioner ved svær overvægt.

På side 30 under afsnittet: 5.2.5. Kompetence ved livsstilsintervention til voksne står der *"Således bør kostelementet varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist."*
Vi finder formuleringen utydelig i forhold til, hvilke faggrupper der kan varetage den kostfaglige intervention.
Sundhedscenteret har gode erfaringer med, at Professionsbachelorer i Ernæring og sundhed varetager det kostfaglige element i livsstilsinterventionen ved svær overvægtige. Vi vurderer derfor, at "kostelementet" kan varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist såvel som af medarbejdere med baggrund i Bach. Ernæring og Sundhed.

LANDSFORENINGEN FOR
OVERVÆGTIGE
Adipositasforeningen

Høringssvar til SST 18/11/2019

Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne

Landsforeningen for overvægtige/Adipositasforeningen

Når ordet intervention benyttes i sammenhæng med livsstil, ligger der en underforstået tilgang, hvor samfundet har ret til at intervenere i et menneskes liv. Denne ret er enten bundet op på et økonomisk rationale, hvilket i forhold til overvægt formentlig er en del af sagen eller et sundhedsrationale hvor en samfundsnorm definerer hvad der er rigtig eller forkert.
Ønsker vi som samfund at gøre en forskel kan det være fint at anspore, motivere og skabe muligheder, men begynder vi som samfund at ville intervenere sætte vi menneskets frie vilje ud af kraft er det et problem. Personer som lever med overvægt, har en større risiko for at blive ramt af forskellige sygdomme mv. Men dette er ikke kun forbeholdt overvægtige. Så hvorfor skal lige den gruppe stigmatiseres yderligere ved at blive udsat for intervention.

1:

Vi synes der kan opstå forvirring omkring begrebet svær overvægt. Om det er en risikofaktor eller sygdom? Dette kunne godt uddybes endnu mere.

1.1. Baggrund og formål

”Livsstilsintervention ved svær overvægt hos børn og voksne kan resultere i sundere vaner, vægttab, vægtvedligeholdelse eller vægttabsvedligeholdelse, bedre livskvalitet og trivsel samt reduceret dødelighed.” (s.3)

3.5.1. Karakteristika
• ”Svær overvægt øger risikoen for tidlig død og en lang række sygdomme.” (s.12)

5. Tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt

• Nogle borgere kan have eller udvikle en spiseforstyrrelse, som fx tvangsoverspisning (BED), trøstespisning eller det at springe måltider over, i løbet af interventionen.” (s.19)

5.2.1. Element i en livsstilsintervention til voksne
• Baseret på evidensen anbefales det, at voksne opnår sunde mad- og måltidsvaner gennem diætbehandling, der inkluderer diætvejledning med råd om en sund, energireduceret, fiberrig kost med lavt indhold af fedt og sukker med udgangspunkt i De officielle Kostråd.”(s.25)

Adipositasforeningen
Telefon +45 25 56 47 62
Mail: info@adipositasforeningen.dk

adipositasforeningen.dk
facebook.dk/adipositasforeningen
instagram.dk/adipositasforeningen

Fysisk aktivitet

• Det anbefales på den baggrund, at give voksne råd om fysisk aktivitet af moderat til hård intensitet 150 minutter om ugen, idet det har betydning for vægttab[3,73].

5.2.3. Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til voksne

5.2.5. Kompetencer ved livsstilsintervention til voksne

•For kostelementer tyder evidensen på, at der er større effekt ved at inddrage kliniske diætister enten alene eller i kombination med andre faggrupper[3]. Det anbefales således, at de sundhedsprofessionelle, som varetager livsstilsinterventionerne, har kompe tencer til kvalificeret at kunne tilrettelægge og gennemføre tilbuddet. Således bør kost- elementet varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist.

Forvirring omkring de mange begreber: ”behandler”, ”personale” (og andre steder: ”sundhedsprofessionelle”). Detaljegraden (niveauet) er en helt anden ift. tidligere afsnit om konkrete råd om at tage cyklen eller gå til arbejde frem for at tage bilen (se ovenfor, og s.26).
”For at understøtte relations- og netværksdannelse mellem deltagerne imellem og i forhold til behandleren anbefales det endvidere, at personalet/behandleren mestrer relationskompetencer.” (s.31)

From: Claus Christoffersen
Sent: 18. november 2019 12:13 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1. (Id nr.: 1497229)

Kære Sundhedsstyrelsen

Hermed høringsvar fra Ergoterapi Fagligt Selskab for Børn og Unge vedr. Livsstilsinterventioner ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne.

Ergoterapi Fagligt Selskab for Børn og Unge anbefaler, at børn og unge med svær overvægt undersøges af en børne-/unge ergoterapeut, hvis følgende forhold er gældende:

* Barnet eller den unge har gennem sin udvikling været fysisk inaktiv og tilbageholdende i forhold til fysisk leg og aktivitet.

* Barnet eller den unge udviser tegn på sansemotoriske vanskeligheder på områder som koordination, balance og planlægning og udførelse af motoriske funktioner og praktiske handlinger.

* Barnet eller den unge udviser symptomer på sensoriske bearbejdningsforstyrrelser (eks. særlig sensitivitet eller lav registrering af sansepåvirkninger).

Bag fysisk inaktivitet og svær overvægt kan ligge mange årsagsforklaringer.

Det bør afklares, hvorvidt udviklingsmæssig dyspraksi og/eller sensoriske bearbejdningsforstyrrelser kan være bagvedliggende årsag til fysisk inaktivitet, og uhensigtsmæssige kostvaner, som kan føre til overvægt.

Med venlig hilsen

Ingelis Arnsbjerg Aut. Ergoterapeut
Formand for EFS Børn og Unge
Tlf. 27128821
sansogsamling@mail.dk

DANSK SELSKAB FYSIOTERAPI

Dato:
18. nov. 2019

E-mail:
BDH@fysio.dk

NOTAT

Til: Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsens "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne".

Dansk Selskab for Fysioterapi har med interesse læst Sundhedsstyrelsens udkast til livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne. Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et overvejende solidt arbejde, og har i nærværende brev samlet et høringssvar fra faglige selskaber i fysioterapi.
Høringssvaret leveres på vegne af *Dansk* Selskab for Fysioterapi (DSF) i samarbejde med Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi. Input fra Dansk Selskab Pædiatrisk Fysioterapier foretaget i samarbejde med Derek Curtis, faglig koordinator DSPF og Anita Andersen, formand DSPF. Formand for Dansk selskab i Fysioterapi, Lars Henrik Larsen, har givet input til høringssvar på voksenområdet.

Vi håber, at arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige, at arbejde videre med i kvalificeringen af anbefalingerne.

Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Generelle bemærkninger

Vi ser det meget positivt, at Sundhedsstyrelsen sætter fokus på generel sundhed og intervention rettet mod livsstil og understøttelsen af borgeres mulighed for, at styrke sundheden i et bredere perspektiv på baggrund af en tværprofessionel indsats, særligt i de indledende afsnit og i afsnit 5. Desuden finder vi det positivt, at anbefalinger inddrager et bredt biopsykosocialt perspektiv, samt at der sættes fokus på fysisk aktivitet som en vigtig faktor til at opnå såvel generel sundhed, som vægttab. Vi vil gerne opfordre til at styrke fokus på fysisk aktivitet i et bredt perspektiv, der både inkluderer regulær træning og sport, men parallelt hermed inddrager mere generel aktivitet i dagligdagen, som et vigtigt omdrejningspunkt i mange borgeres sundhed. En lang række nyere studier dokumenterer endvidere, at effekten af fysisk aktivitet har så stor positiv indflydelse på både fysisk og mental sundhed, at det bør styrkes i anbefalinger til såvel den almene befolkning, som til borgere med svær overvægt.

Endelig vil vi opfordre til, at der anlægges et kritisk perspektiv på den hidtidige indsats til svært overvægtige. Litteraturen peger desværre i retningen af, at det er vanskeligt at opnå langvarige positive resultater. På den baggrund kan det anbefales at fokusere på at styrke svært overvægtige borgeres sundhed generelt, inddrage fysisk aktivitet som en primær intervention til dette, og forsøge at opnå langvarige resultater gennem at styrke den enkeltes kompetencer til at tage hånd om egen sundhed, eget helbred og kendte og ukendte faktorer, der kan medvirke til tilbagefald.

Dansk Selskab for Fysioterapi indsender et høringssvar, der er udviklet af Dansk Selskab for Pædiatrisk fysioterapi, da den langsigtede indsats fra barneårene vurderes som helt primær for langsigtet effekt.

Parallelt hermed er vi aktuelt i gang med at styrke netværksdannelser både mellem faglige selskaber i fysioterapi og tværprofessionelle netværk med henblik på at styrke fagligheden og videnskabeligheden målrettet fedmeområdet, hvorfor vi gerne står til rådighed for enhver sparring omkring dette vigtige område eller afgiver høringssvar på relevant materiale.

Følgende er særligt målrettet anbefalingerne til børn med svær overvægt og deres forældre:

Helt overordnet ser vi det som meget positivt, at SST sætter fokus på livsinterventioner ved svær overvægt, hvilket tallene også tydeligt indikerer. Udkastet er velstruktureret og velbegrundet med forskellige studier og en lang række referencer. Fokus på livsstilintervention i et tværprofessionelt perspektiv ser vi som meget positivt og en forudsætning for at lykkes med de beskrevne livsstilsinterventioner.

Tekstnære bemærkninger:
Baggrund og formål jf. afsnit 1.3.3.

- Vi ser det som meget positivt, at der er en opmærksomhed på, at BMI ikke kan stå alene og at det også kræver kliniske skøn for at vurdere om et barn er i målgruppen.

Lovgrundlag 1.4:

- Kommunale fysioterapeuter til børn har som udgangspunkt et rigtig godt samarbejde med sundhedsplejen. Vilkårene rent lovgivningsmæssigt i forhold til det at arbejde med forældre til børn med svær overvægt er dog meget forskellige. De i anbefalingen nævnte paragraffer 120-126 og BEK 1344 jf. Sundhedsloven kan i kommunalt regi i forhold til en fysioterapeutisk indsats være vanskelige at anvende, da livstilsintervention anbefales i et forløb på 12 måneder. Det vil derimod være muligt at anvende LBK nr. 1114 af 30/08/2018 til dette formål. Det kræver, at der er fagprofessionelle og ledere med kendskab til den mulighed i kommunerne, og det er vores erfaring, at det ikke altid er tilfældet. På den måde kan vi have en bekymring for, at det vil være op til den enkelte kommune at vurdere, om andre fagprofessionelle skal inddrages, og det vurderer vi er uhensigtsmæssigt og ikke stemmer overens med formålet med anbefalingerne for de kommunale tilbud.

Målgruppeafklaring jf. afsnit 3.1. og 3.3:

- Vi ser det som meget relevant med beskrivelse og begrundelse af opmærksomheden på BMI i en tidlig alder. Vi læser det som om, at der er forskel på inddragelse af familien alt afhængig af børnenes alders. Vi foreslår, at det ændres til, at forældre til børn med svær overvægt altid er omdrejningspunktet for børnenes trivsel og udvikling uanset alder.
- Hvis barnet vurderes svært overvægtig i 2-årsalderen, er der i anbefalingen lagt op til, at det kun er sundhedsplejersken, som må tilrettelægge et forløb. Vi foreslår, at tværprofessionelle samarbejdspartnere inddrages tidligt i livsstilsinterventionen for at skabe de bedste forudsætninger for en sund livsstil for familien.
- Vi ser det meget relevant at den praktiserende læge og sundhedsplejen har et tæt samarbejde i forhold til indsatser. Igen vil vi foreslå, at dette samarbejde udvides til flere tværprofessionelle interessenter.

Opsporing og henvisning til tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt jf. afsnit 4:

- Vi ser det som meget relevant, at det er sundhedsplejen og praktiserende læge, der er de centrale fagprofessionelle i forhold til opsporing og henvisning.

Tilbud om livsstilintervention ved svær overvægt afsnit 5:

Dansk Selskab for Fysioterapi
Holmbladsgade 70
DK-2300 København S
www.dansk selskabfysioterapi.dk
Mail: kontakt@dsfys.dk

- Jf. 5.1. ser vi det som meget positivt, at livsstilintervention som udgangspunkt bør bestå af elementerne kost, fysisk aktivitet og adfærdsændring samt for børn forældre/familieinvolvering.
- Jf. 5.1.1 og 5.1.5. synes vi i den sammenhæng, at det er ærgerligt, at fysioterapeutiske indsatser i forhold til livsstilsinterventionerne til forældre med børn med svær overvægt ikke er nævnt. Vi foreslår derfor, at kommunale fysioterapeuter nævnes som mulige samarbejdspartnere tidligt i forløbet med livsstilsinterventionen. Særligt området omkring fysisk aktivitet kan fysioterapeuter bidrage med deres kompetencer og viden. Herunder at planlægge og igangsætte aerob træning og styrketræning samt det at kunne tilrettelægge og supervisere træning og rådgive om konkrete øvelser tilpasset det enkelte barn. Vi har også viden og kompetencer i forhold til trivsel og livskvalitet med de mulige somatiske symptomer som kan opstå. Sidst men ikke mindst i forhold til forældre/familieinvolvering med en familieorienteret tilgang med fokus på relationskompetencer.
- Jf. 5.1.3. ser vi det som relevant, at der anbefales en elektronisk tilbagemelding til almen praksis ved afslutning af livsstilsinterventionen. På den måde kan egne læge følge forældre til børn med svær overvægt, og det tværprofessionelle samarbejde styrkes til gavn for barnet og familien,
- Jf. 5.1.5. foreslår vi, at det præciseres, at det er sammenhængskraften i det tværprofessionelle samarbejde uanset om det er almen praksis, regionalt eller kommunalt, der er afgørende for om livsstilinterventionen lykkes, og at det ikke kun er for børn med psykosociale problemer.

Øvrige kommentarer:

- Sundhedsprofessionelle og sundhedspersonale anvendes lidt forskelligt- Skal det forstås som de samme fagprofessionelle eller hvad er forskellen?
- Opmærksomhed på hvem der har ansvaret i livsstilsinterventionen, når der eks. skrives børn med svær overvægt bør tilbydes…. (S. 19 afsnit 5.1.1. kost). Vi foreslår: Forældre til børn med svær overvægt bør tilbydes…

På vegne af Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi og Dansk Selskab for Fysioterapi

Med venlig hilsen

Derek Curtis
Faglig koordinator DSPF
[redacted]

Anita Andersen
Formand for DSPF
[redacted]

Lars Henrik Larsen

Dansk Selskab for Fysioterapi
Holmbladsgade 70
DK-2300 København S

www.dansk**s**elskabfysioterapi.dk
Mail: kontakt@dsfys.dk

Formand, Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF)
Bestyrelsesmedlem, Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi
Mobil +45 7269 0959
Mail lhl@dsfys.dk

Dansk Selskab for Fysioterapi
Holmbladsgade 70
DK-2300 København S

www.dansk**s**elskabfysioterapi.dk

Mail: kontakt@dsfys.dk

JAMMERBUGT KOMMUNE

Sundhed Arbejdsmarked og Projekter
Toftevej 43, 9440 Aabybro
Tlf.: 7257 7777 Fax: 7257 8888
www.jammerbugt.dk

Find selvbetjeningsløsninger og kontaktoplysninger på vores hjemmeside

Dorte Rosendal Meier

01-11-2019
Sagsnr.: 29.00.00-G01-19-19

Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse
fob@sst.dk

Høringssvar fra Jammerbugt Kommune vedrørende "*Livsstilsintervention ved svær overvægt*"

Jammerbugt Kommune har modtaget høringsversion af "***Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne***".

Jammerbugt Kommune finder anbefalingerne velbeskrevet og velbegrundede. Anbefalingerne er relevante og anvendelige i forhold til fremtidige indsatser på området.

Dog har Jammerbugt Kommune følgende bemærkninger:

Der er i kapitel 2 lagt op til, at dette afsnit skal være en sammenfatning af anbefalingerne. Det ser vi meget frem til, og kunne ønske, at dette bliver på et simpelt visuelt og operationelt niveau – gerne oplistet i punktform f.eks.:

"På børneområdet anbefales det:

- *At interventionen som minimum er 26 timer, hvilket f.eks. svarer til 30 minutters kontakt om ugen eller 60 minutter hver 14. dag.*
- *At vejledningen tilbydes som ansigt-til-ansigt-sessioner frem for It-baserede kontakter. Herunder kan f.eks. sms-beskeder bruges som understøttende værktøj.*
- *Den sundhedsprofessionelle bør som minimum mestre relationskompetencer*
- *Etc. etc.*

Tilsvarende på voksenområdet."

Grunden til at Jammerbugt Kommune efterspørger denne oplistning er, at vi finder, at materialet er meget langt og der er forholdsvis mange gentagelser. Ved at udarbejde denne oplistning vil materialet kunne benyttes som opslagsværk.

Jammerbugt Kommune anerkender, at der allerede på side 3 i materialet står: "***Der er således ikke tale om slankekur,*** men ***om at lægge livsstilen om…"*** I den sammenhæng undrer det, at sundhedsstyrelsen nævner pulvershakes som et muligt kostråd.

Det står beskrevet, at ansvaret for indsatsen ikke er barnets ***alene,*** men hele familiens ansvar. Ved at bruge udtrykket ***alene*** i denne sammenhæng, signaleres det, at barnet har et delansvar. Vi tænker ikke at barnet, men forældrene bærer dette ansvar (s. 21 anden sidste afsnit).

Der står, at børn i alderen 2-5 år med overvægt og svær overvægt sidestilles med øvrige børn med særlige behov, hvor der henvises til de indsatser kommunerne skal have i den forbindelse. Men i det særskilte afsnit for de 2-5 år er interventionen den sammen som børn fra 5-18 år. Vi vurderer det hensigtsmæssigt, at anbefalingerne bliver stilet fra 2-18 år, da der er evidens for, at hvis børn er overvægtige som 2-årige, så er der stor sandsynlighed for, at de også er det som voksne.

Det undrer, at det kun er kliniske diætister som fagpersoner der er nævnt. I kommunerne anvendes ofte professions bachelor i human ernæring, vi mangler denne faggruppe nævnt (nederst s. 24).

Skal man lykkedes i at hjælpe familierne med livsstilsændringer er vores erfaringer, at det kræver tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Dette tema er gennemgående manglende i anbefalingerne.

Vi hæfter os ved, at der i anbefalingerne står **"*Evidensen har ikke vist forskel på vægttab hos voksne i forhold til, om sessionerne foregår ansigt-til-ansigt- eller IT-baseret. Der er dog indikationer for, at ansigt-til-ansigt-baserede interventioner har større effekt. På den baggrund anbefales det, at vejledningen til voksne foregår ansigt-til-ansigt frem for telefonisk eller IT-baseret. Sidstnævnte kan anvendes som understøttende værktøj, hvis det vurderes, at det kan motivere, opmuntre eller fastholde borgeren i interventionen.*" Når ikke der i evidensen har vist sig forskel på vægttab ift. vejledningsformen, undrer det, at telefonisk eller IT-baseret form kun anbefales som understøttende værktøj.

Som ovenfor nævnt finder Jammerbugt materialet velbeskrevet. Dog med en tendens til mange gentagelser. Der kunne med fordel reduceres i længden.

Endelig skal anbefalingerne anerkendes for det store fokus på de psykosociale delelementer.

Jammerbugt Kommune finder det hensigtsmæssigt, at der også udarbejdes en forebyggelsespakke på området ***"svær overvægt"***, hvor materialet er opdelt i grundniveau og udviklingsniveau.

Venlig hilsen

Hanne Madsen
Direktør for beskæftigelse, social- og sundhed
Jammerbugt Kommune

Sønderborg
Udsigt i verdensklasse

Notat

Sundhed
18-11-2019
Sags nr.: 18/57986

Høringssvar fra Sønderborg Kommune vedr. "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne".

Sundhedsstyrelsen har sendt "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne" i høring. Der er frist for afgivelse af høringssvar mandag den 18. november 2019.
Det følgende udgør bemærkningerne fra Sundhedsafdelingen i Sønderborg Kommune, der har ansvaret for indsatser til børn, unge og voksne med overvægts-problematikker.

- I forhold til både børn, unge og voksne lægger anbefalingerne op til et meget højt serviceniveau, som er baseret på mange individuelle indsatser - op til 26 timer på 12 mdr. Det vurderes at være urealistisk højt holdt op imod, at Sønderborg Kommune for nuværende maksimalt tilbyder en indsats på 10 timer over 12 mdr. – med god effekt.

- Anbefalingerne mangler generelt en synliggørelse af, at der er forskel på både indsatsindhold og pædagogisk tilgang/metode til hhv. et barn, en ung og en voksen. I Sønderborg Kommune anvendes to forskellige metoder til henholdsvis børn og voksne. Ved de voksne stiller vi større krav til, at de skal kunne mærke efter og foretage et valg. Voksne kan bedre stilles til ansvar for deres valg, selv når de har negative konsekvenser. Det er ikke kommunens erfaring, at den samme tilgang kan bruges til børn. Børn har i større grad behov for handlingsanvisning og guidning.

- I relation til de fagkompetencer, der kan varetage kostelementet, finder vi det problematisk, at anbefalingerne lægger op til, at opgaven bør varetages af fagpersoner svarende til kliniske diætister, specielt i forhold til børn og unge. Sundhedsplejersker har specielle kompetencer til at vurdere, hvilken rolle familiedynamikken og familiens samlede ressourcer har for barnets/den unges svære overvægt. Disse kompetencer kombineret med et kompetenceløft inden for overvægt/kost mener vi, skaber den bedste forudsætning for at sikre et helhedsorienteret og dermed effektfuldt forløb.

- Vi bifalder oplægget til det fortsatte tætte samarbejde med sygehusene og den praktiserende læge omkring svær overvægt. Vi kan dog have en bekymring for, om sygehusene kan aftage det antal af børn og unge, der lægges op til med afgrænsningen for, hvornår de henvises til sygehusbehandling.

Venlig hilsen

Michael Skriver Hansen
Sundhedschef

STRUER KOMMUNE

POSTBOKS 10
ØSTERGADE 11-15
7600 STRUER

T: 96 84 84 84
F: 96 84 81 09
E: STRUER@STRUER.DK

WWW.STRUER.DK

DATO
18-11-2019

Høringssvar vedr. Livsstilsintervention ved svær overvægt – Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne.

Indledningsvist vil Struer Kommune gerne takke for muligheden for at afgive bemærkninger til høringsudkastet: *Livsstilsintervention ved svær overvægt – Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne*. Det har desværre ikke været muligt at kommentere på anbefalingerne for voksen- og ældreområdet. Indeværende høringssvar vedrører derfor kun anbefalingerne til børneområdet.

Overordnet kan Struer Kommune bakke op om høringsudkastets anbefalinger, som er i tråd med eksisterende viden på området.
Struer Kommune vil dog påpege, at det kan være vanskeligt at efterleve anbefalingerne til fulde, grundet mangel på ressourcer.

3.3 Indsatsen overfor børn i alderen 2-5 år

Det er Struer Kommunes erfaring, at kun ganske få børn bliver henvist til sundhedsplejen af de praktiserende læger. Eftersom sundhedsplejen i Struer Kommune i udgangspunktet ikke ser børn i 1 til 5-års alderen, vil et bedre samarbejde med de praktiserende læger være betydningsfuldt i forbindelse med opsporingsarbejdet. I Struer Kommune er det et stort ønske at opbygget et formaliseret samarbejde med de praktiserende læger omkring førskolegruppen af børn. Hertil mangles både ressourcer i form af tid og finansiering, men også konkrete anbefalinger vedrørende etablering af et bedre samarbejde med de praktiserende læger.

4.1 Opsporing og henvisning af børn 5-18 år

Struer Kommune oplever, at der er en gråzone af børn med begyndende eller mindre overvægt, som ikke tilbydes indsatser eller forløb i forhold til at bremse vægtudviklingen. På nuværende tidspunkt er det kun børn, som har været på julemærkehjem og børn med overvægt eller svær overvægt (90 percentilen), der tilbydes et forløb i kommunens overvægtsklinik. Selvom høringsudkastet kun vedrører 'svær overvægt', ser Struer Kommune gerne, at der tilføjes anbefalinger målrettet børn, som endnu ikke er i målgruppen 'svær overvægt', men som har behov for indsatser.

Med venlig hilsen

Tine Hammer
Struer Kommune

Struer Kommune bruger it i sagsbehandlingen. Derfor skal kommunen følge persondataloven og gøre dig opmærksom på dine rettigheder efter denne lov. Når kommunen indsamler og/eller behandler personoplysninger om dig, har du ret til at få indsigt i disse oplysninger og gøre indsigelse, hvis oplysningerne er forkerte. Kommunen skal slette/ændre forkerte oplysninger. Vil du vide mere om persondataloven, kan du læse en udførlig vejledning på Datatilsynets hjemmeside www.datatilsynet.dk

From: Malin Lundh
Sent: 15. november 2019 16:17 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Kære vedkommende

Helsingør kommune har med stor interesse læst Livsstilsintervention ved svær overvægt, Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne.

Det er velkomment med evidensbaserede anbefalinger da overvægtsproblematikken er kompleks, både i forhold til forebyggelse og behandling. Særdeles positivt er at der er fokus på BED.

Anbefalingerne ved Livsstilsintervention ved svær overvægt er begrænsede med hensyn til tidlig opsporing og henvisning af børn under 5 år. Taget i betragtning at den største vægtstigning finder sted i alderen 2-6 år, bør der overvejes om de kommunale sundhedsplejersker skal have en større rolle end i dag i forhold til opsporing, således at disse børn ikke blot skal opspores i de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis.

Livsstilsintervention ved svær overvægt har fokus på indsatser omkring sundere mad- og måltidsvaner samt fysisk aktivitet. Helsingør kommune vil benytte lejligheden at efterlyse indsatser ud over disse med fokus på den følelsesmæssige, psykologiske og sociale del, især metoder og indsatser for mennesker i udsatte positioner da årsag til overvægt også er relateret til hertil.
Indsatserne bør tilbydes børn og unge, såvel som voksne.

Endvidere har kommunerne ikke egne midler til finansiering af opsporingstiltag, hvorfor vi vil appellere til, at hvis kommunerne skal have mulighed for at opfylde anbefalingernes intentioner og indsatser, er der også behov for statslig finansiering.

Med venlig hilsen

Malin Lundh
Konsulent
Klinisk diætist, cand.scient klinisk ernæring

Sekretariat for Sundhed og Omsorg
Center for Sundhed og Omsorg
Stengade 59
3000 Helsingør

Vi gør opmærksom på, at denne e-mail kan indeholde fortrolige informationer. Hvis du ved en fejltagelse modtager e-mailen, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svar-funktionen. Samtidig beder vi dig slette e-mailen i dit system uden at videresende eller kopiere den.

På helsingor.dk/databeskyttelse finder du oplysninger om, hvordan kommunen behandler personoplysninger samt kontaktoplysninger på vores databeskyttelsesrådgiver.

Tværgående sundhedsteam
Helsevej 4 3700 Rønne

Bornholms Regionskommune
Center for Sundhed og
Forebyggelse
Tværgående sundhedsteam
sundhedsteam@brk.dk
www.brk.dk
CVR: 26 69 63 48

Bornholms Regionskommune giver følgende høringssvar på udkastet til 'Livsstilsintervention ved svær overvægt – Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne'

Generelt er Bornholms Regionskommune enige i og positive overfor udkastets anbefalinger, der går på:

- At de interventioner, der iværksættes, er helhedsorienterede. Altså at de indeholder elementerne kost, fysisk aktivitet og støtte til adfærdsændring.
- At der for interventioner rettet mod børn, sørges for at inddrage hele familien.
- Der er fine anbefalinger i forhold til interventioner, dog ville det være givtigt med et større fokus på hvordan de små børn (og deres familier) hjælpes.

Derudover har Bornholms Regionskommune følgende bemærkninger:

1. Ældre: På side afsnit 16 4.2.1 Beskrives der opsporing og henvisning af ældre, her kunne det være en mulighed at tænke primær ernæringsscreening og ernæringsvurderingsskemaet ind som mulige redskaber til opsporing, da disse redskaber indgår, qua Sundhedsstyrelsens anbefalinger, som et fast arbejdsredskab i hjemmeplejen og på plejecentrene.
2. Børn: På side 19 afsnit 5.1.1 Beskrives at udover selve madens energiindhold også skal være et specifikt fokus på drikkevarer, især de sukkerholdige, portionsstørrelser og måltidsfrekvens samt måltidsmønsteret, hvilket er en rigtig god tilgang og meget vigtige opmærksomhedspunkter. Ligeledes beskrives der også udarbejdelse af en decideret ernæringsplan og monitorering. Her kunne vi godt have en bekymring, der går på en yderligere stigmatesering og udstilling af barnet. Er barnet på en stram diæt, med særlige restriktioner, kan dette være endnu et område, hvor barnet i institutionen/skolen skiller sig ud fra mængden og som beskrevet på s.21 kan have en påvirkning på barnets sociale trivsel herunder fx mobning.
3. Børn: På side 24 afsnit 5.1.3 omkring opfølgning efter afsluttet intervention lyder anbefalingen, at opfølgning senest sker 12 måneder efter afsluttet intervention. Med denne anbefaling tænker vi, at der kan opstå uhensigtsmæssige udfordringer, da der på 12 måneder, kan ske mange ændringer både hos det specifikke barn og familien, men også hos de involverede sundhedsprofessionelle. Og som tidligere beskrevet, er den trygge relation i interventionen af ganske vigtig karakter. Man kunne derfor overveje om opfølgningen skulle ske senest 6 måneder efter afsluttet intervention.

4. Voksne: På side.28 afsnit 5.2.3 Anbefalingen om at interventionens varighed for voksne bør være af 12 måneder, kan for en lille kommune som Bornholms Regionskommune være udfordrende. Udfordringen ligger i at have flere forløb i gang, så der ikke bliver skabt en lang og uvelkommen ventetid for borgerne.
5. Voksne: På side 29 afsnit *"Afslutning og opfølgning"* i forhold til opfølgning efter afsluttet intervention for voksne, her har Bornholms Regionskommune ammen kommentar som fremført under punkt 3.
6. I forhold til de beskrevne interventioners omfang og varighed ser Bornholms Regionskommune en praktisk udfordring i forhold til gennemførelse af det beskrevne, hvis der ikke tilføjes ekstra ressourcer til opgaven.

Vi ser frem til de endelige anbefalinger.

Med venlig hilsen

Bornholms Regionskommune

Center for Børn og Familie og Center for Sundhed og Forebyggelse

Halsnæs Kommune

Frederiksværk, d. 15. november 2019

Høringssvar til: *"Livsstilsintervention ved svær overvægt: Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"*

1. **Hvem afgiver svar:**

   Halsnæs kommune;

   Herunder Sundhedsafdelingen, Sundhedstjenesten og Træning & Aktivitet

2. **Høringssvar:**

5.2.1: Element i en livsstilsintervention til voksne (adfærdsændring):

I vejledningen af borgerne benytter vi os af adfærdsændringsteknikker (herunder den motiverende samtale, problemløsning, målsætning og stimulikontrol).

Vi oplever ofte, at det vil være hensigtsmæssigt med et større fokus på mental trivsel og evt. psykologsamtaler og det er derfor positivt, at anbefalingerne tilgodeser dette. Vi mener der er behov for sideløbende støtte her, da et uhensigtsmæssigt spisemønster kan være relateret til borgerens psykiske velbefindende, bl.a. i form af over- eller tvangsspisning.

5.2.2. Andre faktorer af betydning for effekt af livsstilsintervention til voksne:

Øget fokus på bedre søvn, da der foreligger evidens, der understøtter at mæthedsreguleringen forringes ved dårlig søvn og der derved indtages flere kalorier den efterfølgende dag. Her kunne man forestille sig, at meditation/yoga ville gavne en stor andel af borgerne. Derudover øget fokus på stress, som ofte fører til dårlige kostvaner.

5.2.3. Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til borgerne:

I anbefaler at livsstilsinterventionen bør være af 12 måneders varighed.

I Halsnæs Kommune har vi en indsats til borgerne i form af et livsstilshold.

Ved opstart af livsstilsholdindsatsen for 5 år siden var tilbuddet udviklet på baggrund af daværende evidens. Vi udvikler løbende på indsatsen på baggrund af nyeste evidens og egne erfaringer.

Efter 3 år valgte vi at forkorte indsatsen fra 1 år til ½ år, da vi erfarede at det var svært at holde momentum hos borgere over så lang tid. Vi oplevede det største frafald i det sidste ½ år. Vi oplevede ligeledes, at det påvirkede holdet negativt, når der var borgere der faldt fra. Det havde negativ effekt på holddynamikken.

Ved de individuelle diætvejledninger oplever vi, at borgerne profiterer godt af længerevarende forløb. På den måde, er der mulighed for bedre at støtte og motivere borgeren samt tage udgangspunkt i deres individueller problematikker.

Det er vores ansvar som klinisk diætister, at vurdere hvad borgerens behov er, men vi altid afdække fortsat motivationen hos borgeren ved at stille dem spørgsmål som fx:

Hvilken betydning har din kostomlægning haft for din livskvalitet?

Du har udtrykt ønske om at tabe dig. Er det lykkes dig at gennemføre vægttabet?

Hvilken betydning har dit vægttab haft for dit helbred?

Hvilken betydning har dit vægttab haft for din livskvalitet?

Hvor svært var vægttabet at gennemføre?

Du har angivet, at du har forsøgt at omlægge din kost. Er det lykkes dig at gennemføre kostomlægningen?

Vejledningsform:

Vi tager udgangspunkt i vejledning ansigt til ansigt. IT-baseret vejledning kan være en god løsning, hvis borgeren fx ikke har mulighed for at komme til os. Udfordringen kan dog her være, at det kan være vanskelligt som vejleder, at udvise empati når der er en skærm imellem borger og vejleder.

Men i andre tilfælde, kan IT-baseret undervisning være hensigtsmæssigt; Da vores tilbud til borgerne ofte ligger i dagtimerne har vi et online livsstilshold i tankerne. Dette er for at tilgodese de ressourcestærke borgere der har behov for større fleksibilitet og ikke har mulighed for at deltage på hold i dagtimerne.

Beskrivelse af tilbud til svært overvægtige i Halsnæs Kommune:

Livsstilshold:

I Halsnæs Kommune tilbyder vi livsstilshold med opstart 2 gange om året. Dette tilbydes til henholdsvis læge- henviste borgere samt borgere der er henvist fra jobcentret af deres sagsbehandler.

Hvem kan deltage?

- Borgere i Halsnæs Kommune
- Borgere med BMI over 25
- Borgere der kan indgå i et gruppeforløb
- Deltagelse i dagtimerne er et krav.
- Det er et krav at man kan læse og forstå dansk.

Hvad tilbyder vi?:

Gruppeforløbet strækker sig over ½ år. I de første måneder er der fremmøde 2 gange ugentligt. Herefter går der længere tid mellem mødegangene for at træne det at stå på egen hånd med den nye livsstil. Der er ca. 6-8 deltagere på et hold. Undervisningen veksler mellem oplæg, øvelser og workshops, som borgerne kan bruge i din egen hverdag.

Hvem underviser?

Undervisningen foretages af fysioterapeut og diætist.

Vi starter med at have borgerne til en individuel startsamtale, hvor det afklares, om de er egnet til at deltage på hold. Derefter afholdes ligeledes 3. måneders samtaler samt ½ års status.

Halsnæs Kommune

Frederiksværk, d. 15. november 2019

Individuelle Samtaler i Halsnæs Kommune:

Vi tilbyder også individuelle samtaler med borgerne- både henvendt til læge-henviste borgere og borgere henvist igennem jobcentret af deres sagsbehandler.

3. Dato of udfyldt af:

15. november 2019:

Anne Christensen (Ledende Sundhedsplejerske), Karoline Rasmussen (Fysioterapeut), Dorte Sonnenborg (klinisk diætist), Henriette Eigard Bække (Klinisk Diætist) og Birte Carøe (Leder af Sundhedafdelingen)

HØRINGSSVAR

11-11-2019
EMN-2019-00374
1318687
Rikke Gravlev Poulsen

Danske Regioners høringssvar til Sundhedsstyrelsens høringsudkast "Livsstilsintervention ved svær overvægt – anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"

Danske Regioner takker for muligheden for at komme med bemærkninger til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for livsstilsintervention ved svær overvægt rettet mod kommunale tilbud til børn og voksne.

Det er godt, at Sundhedsstyrelsen er med til at sætte fokus på indsatsen mod svær overvægt. Svær overvægt er stigende blandt både børn og voksne. Det er bekymrende taget i betragtning af, hvor store risici der er forbundet med svær overvægt både i forhold til at udvikle andre sygdomme, mental mistrivsel og sociale problemer, og taget i betragtning af at svær overvægt er ulige fordelt. Der er brug for at styrke den forebyggende indsats. Sundhedsstyrelsens anbefalinger kan bidrage til videreudvikling af og opmærksomhed på livstilsinterventioner for børn og voksne med svær overvægt. Det er positivt, at Sundhedsstyrelsen har lagt et bredt perspektiv på anbefalingerne for selve indholdet af livsstilsinterventionerne.

Danske Regioner mener dog, at anbefalingerne i højere grad burde have et tværsektorielt perspektiv, og at anbefalingerne i højere grad burde understøtte mere ensartede tilbud af høj kvalitet på tværs af landet. Det er desuden beklageligt, at regionerne ikke har været inddraget i arbejdsgruppen.

Nedenfor fremgår Danske Regioners øvrige generelle og tekstnære bemærkninger til høringsudkastet.

Generelle bemærkninger

- Danske Regioner finder det uhensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen først laver sammenfatningen af anbefalingerne efter høringen. Det fremgår ikke tydeligt af høringsudkastet, hvilke anbefalinger Sundhedsstyrelsen fremlægger, og det er derfor svært at kommentere på,

om anbefalingerne er relevante og tilstrækkelige. Danske Regioner tager forbehold for dette i høringssvaret. Samtidig opfordrer Danske Regioner til, at anbefalingerne sendes i høring igen.

- Danske Regioner hilser det velkommen, at der laves en samlet beskrivelse af de tilbud, som kommunerne anbefales at etablere i relation til svær overvægt. Vi er dog uforstående over for, at Sundhedsstyrelsen ikke har valgt at have et tværsektorielt perspektiv på anbefalingerne.

  Sundhedsstyrelsen fremhæver selv, at det er et fælles ansvar mellem kommuner og regioner at etablere forebyggende, sundhedsfremmende og behandlende tilbud til borgere med svær overvægt. Ligesom det af arbejdsgruppens kommissorium fremgår, at arbejdsgruppen skal udarbejde anbefalinger vedrørende tilbud om livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt til kommuner og regioner. Samtidig indeholder høringsudkastet både beskrivelse af indsatser, der foregår i regioner og kommuner, og det nævnes, at anbefalingerne også er rettet mod sundhedspersonale og planlæggere, der varetager opgaver omkring borgere med svær overvægt op sygehuset og i almen praksis.

  Danske Regioner så gerne, at anbefalingerne havde haft et tværsektorielt perspektiv, da indsatsen til svært overvægtige børn og voksne foregår i et samspil mellem kommuner, hospitaler og almen praksis. Danske Regioner kender fx til flere gode erfaringer, hvor forløb til børn og unge med svær overvægt foregår som en form for shared-care forløb mellem hospital og kommune. Disse indgår ikke i anbefalingerne.

- Regionerne finder, at anbefalingerne umiddelbart lægger op til en ny ansvarsdeling i forhold til svært overvægtige børn og unge, i det der med anbefalingen om at børn og unge med moderat overvægt og samtidig mistanke om kompliceret overvægt (side 9) bliver lagt op til, at flere børn og unge henvises til regionerne i forhold til gældende praksis i dag. Hvis det er tilfældet, kan der være tale om nye opgaver, der kræver ekstra ressourcer.

- Det fremgår af indledningen, at arbejdsdelingen for indsatser, der går på tværs af sektorer aftales nærmere i regi af sundhedsaftalerne. Princippet om at konkrete arbejdsdelinger aftales lokalt er godt, men det kan være vanskeligt at lave en aftale lokalt, da det drejer sig om store patientgrupper, hvorfor der også er en væsentlig økonomi forbundet hermed.

- Det kan undre, at Sundhedsstyrelsen skriver, at "*anbefalingerne er målrettet de kommuner, **der ønsker** at kvalificere deres indsats og tilbud på området ud fra et evidensbaseret grundlag inden for de lovmæssige rammer*". Man kunne godt ønske, at anbefalingerne i højere

grad understøttede, at der bliver skabt mere ensartethed i tilbuddene på tværs af landet.

- Det kunne løfte arbejdet med indsatsen omkring svær overvægt, hvis anbefalingerne tydeliggjorde, hvad kommunerne som minimum skal tilbyde personer med svær overvægt. Det er en udfordring for hospitalerne og almen praksis, at nogle kommuner ikke har tilbud, og at der samtidig forekommer variation i de tilbud, der er på tværs af kommunerne.

- Det foreslås desuden, at Sundhedsstyrelsen prioriterer anbefalinger, så kommuner ved, hvad de bør starte med at fokusere på. En mulighed er fx at inddele anbefalingerne i grundniveau og udviklingsniveau, som det er kendt fra Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.

- Det ville desuden være nyttigt, at anbefalingerne indeholder eksempler på, hvordan livsstilsinterventioner ved svær overvægt kan udformes. Det vil være med til at lette omsætningen af anbefalingerne til konkrete tilbud med tilstrækkelig effekt.

- I forlængelse af ovenstående kunne det være godt, hvis der blev fremlagt en status over, hvad der findes af tilbud på nuværende tidspunkt. Der står fx i anbefalingerne, at kommunerne skal have tilbud om en særlig indsats over for børn med særlige behov (side 10), og at børn med overvægt hører til denne gruppe.

- Selv om anbefalingerne vedrører livsstilsinterventioner ved svær overvægt, og ikke kirurgisk og medikamentel behandling, ville det være nyttigt for dem, der skal omsætte anbefalingerne til praktiske tilbud, at vide lidt om, hvornår kirurgisk hhv. medikamentel behandling er indiceret, og hvorvidt de tre behandlingsformer er alternativer, eller de i nogle tilfælde supplerer hinanden. Det kunne indføjes i indledningskapitlet.

- Vi finder det gavnligt at samle evidensen og det faglige grundlag, men overordnet har vi en bekymring om, hvorvidt anbefalingerne adskiller sig i tilstrækkelig grad fra øvrige nationale anbefalinger og faglige vejledninger, til at de sundhedsfaglige frontmedarbejdere vil erhverve en ny viden, der kan omsættes til praksis, fra denne publikation.

- Vi mener, at der er behov for et mere praksisnært udviklingsarbejde samt at understøtte forskning på de områder, hvor evidensgrundlaget er spinkelt.

- Det vil være hensigtsmæssigt, at monitorering af kommunernes livsstilsinterventioner for mennesker med svær overvægt bliver styrket. Det vil bidrage til mere viden om, hvilke indsatser der dur, og hvem der har gavn af indsatserne. Samtidig vil det være med til at drive kvalitetsudvikling af tilbuddene.

- Anbefalingerne kunne i højere grad have fokus på den sociale ulighed, der er forbundet med svær overvægt. Ligesom den nylige undersøgelse, som Statens Institut for Folkesundhed omkring risikofaktorer for multisygdom, bør tilføjes (Risikofaktorer for multisygdom). Undersøgelsen viser, at svær overvægt er den største risikofaktor for at udvikle multisygdom, hvilket sætter streg under vigtigheden ved at styrke indsatsen omkring svær overvægt.

Tekstnære bemærkninger

- Der er ikke entydighed i, hvordan 'voksne' defineres. I indledningen på side 3 defineres 'voksne' fra 16 år eller derover. På side 4 og 5 defineres de fra 18 år eller derover.
- I anbefalingerne er det umiddelbart velbeskrevet, hvornår svært overvægtige børn skal henvises til et regionalt tilbud (fx side 9), mens det synes uklart for svært overvægtige voksne. På side 16 første afsnit fremstår det som om, at den praktiserende læge selv tager stilling til, om der skal henvises til kommunale eller regionale tilbud for voksne. Der er steder, hvor der ikke er tilbud i hospitalsregi til svært overvægtige voksne, hvis der ikke er anden samtidig sygdom.
- Side 9 i dotterne - Her fremgår mistanke om spiseforstyrrelse, som en del af det, der kan udgøre kompliceret overvægt hos børn, og dermed behov for henvisning til børneafdeling. På side 11 om BED står for både børn og voksen, at hvis det ikke kan afhjælpes i almen praksis henvises til psykiatrien. Der bør være overensstemmelse mellem anbefalingerne.
- I forlængelse af ovenstående benævnes tvangsoverspisning flere gange, uden væsentligt indhold. Vi foreslår, at dette samles og uddybes i afsnit 3.4 samt med tilføjelse af forekomst.
- På side 9 om målgruppe bruges ISO-BMI som grænseværdier for børn mht. svær overvægt. I afsnittet om tidlig opsporing i almen praksis (side 14) bruges percentiler. Det foreslås, at der enten bruges samme mål, eller at det tydeliggøres, hvorfor der bruges to forskellige definitioner, herunder hvilke forskelle dette giver.
- Sundhedsstyrelsen skriver, at målgruppen desuden omfatter voksne med BMI ≥ 27 (s. 9). Det er ikke uddybet, hvorfor netop denne grænse er valgt. Under definitioner er grænsen ved BMI ≥ 25 for moderat overvægt og BMI ≥ 30 for svær overvægt.

- På side 11 står der, at nogle kommuner tilbyder hjemmebesøg fra sundhedsplejerske, men det fremgår ikke, om det er en anbefaling, at alle fremover skal gøre det.
- På side 12 kunne det i beskrivelserne om social ulighed i forekomsten af svær overvægt med fordel tydeliggøres, at der antalsmæssigt også er mange overvægtige børn med veluddannede forældre, som vist i Region Hovedstadens børnesundhedsprofil (se side 6 i Sundhed for alle børn og unge.) I forlængelse heraf bør der også trækkes på data fra Region Nordjylland og Region Hovedstadens børnesundhedsprofiler, som blandt andet fokuserer på børn og unges vægt, måltidsvaner og fysisk aktivitet (Region Nordjylland, Region Hovedstaden).
- Side 14 nederst/15 øverst - Her står det ikke så entydigt, om sundhedsplejersken skal henvise til egen læge med henblik på henvisning til regional vurdering. Det fremgår fx side 14, at almen praksis skal henvise til et regionalt tilbud ved svær overvægt hos børn.
- Vi læser flere gentagelser i publikationen. Dette er gavnligt, hvis den bruges som opslagsværk. Dog kan det virke omstændeligt flere steder. Særligt tænker vi på afsnit 5.1 og 5.2, hvor meget af interventionernes indhold går igen hos børn og voksne. Vi foreslår en bedre struktur heraf.
- På side 27 anbefales, at man til vurdering af livskvalitet bruger et spørgeskema. Som eksempel nævnes EQ-5D. Det foreslås, at her også nævnes SF-12, da spørgeskemaet finder stigende anvendelse som PRO-mål ved evaluering af indsatser i sundhedsvæsnet, og at den regionale-nationale sundhedsprofil indeholder SF-12 således, at disse data kan anvendes som referencedata i de kommunale tilbud.
- Sammenhængen mellem smerter og overvægt er stort set ikke nævnt. Der findes en del forskningslitteratur, der dokumenterer at overvægtige er mere smerteplagede end normalvægtige. Den viden, der findes om emnet, kunne indarbejdet tre steder: A. Ved omtalen af konsekvenser af overvægt. B. Ved omtalen af fordele ved vægtreduktion/vægtstabilisering – herunder som en motiverende faktor for at indgå i vægttabsforløb. C. Som en mulig barriere for at deltage i tilbud om livstilsintervention og som noget, man skal være opmærksom på ved tilrettelæggelse af forløbene, så smerter ikke afholder borgere fra at deltage i tilbuddene.

Med venlig hilsen

Thomas I. Jensen
Centerchef
Sundhed og Sociale Indsatser, Danske Regioner

Sundhed og Forebyggelse
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

SUNDHEDSSTYRELSEN
Islands Brygge 67
2300 København S

Københavns Kommunes høringssvar vedrørende livsstilinterventioner ved svær overvægt - Anbefalinger til kommunale tilbud til børn og voksne

18. november 2019

Sagsnummer
2019-0295946

Dokumentnummer
2019-0295946-1

På vegne af Københavns Kommune takker Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Børne- og Ungdomsforvaltningen for at være høringspart på anbefalingerne til livsstilsinterventioner ved svær overvægt.

Københavns Kommune hilser anbefalingerne velkommen, og ser dem som et element, der kan bidrage til at kvalificere området.

Københavns Kommune efterspørger, at anbefalingerne sætter fokus på evidensen og viden om hvordan forebyggelse og interventioner skal tilrettelægges, så de bedst muligt bidrager til at reducere den højere grad af social ulighed i forekomsten af overvægt og svær overvægt. At reducere sociale ulighed er afgørende i et kommunalt perspektiv. I forlængelse heraf efterspørges anbefalinger til, hvordan opsporing af svær overvægt hos udsatte borgergrupper kan styrkes, og hvordan interventioner kan inkludere socialt udsatte borgergrupper både på børne- og voksenområdet. Denne efterspørgsel skal ses i lyset af, at en stor del af socialt udsatte og sårbare borgere kun i begrænset omfang har kontakt til egen læge.

I Københavns Kommune prioriteres forebyggelse i et strukturelt perspektiv. Det er centralt fordi interventioner og tilbud, der skal behandle og forebygge overvægt ikke alene skal være et individrettet tilbud, der handler om den enkeltes livsstil. Det handler i lige så høj grad om at påvirke eller skabe de rette rammebetingelser i borgernes hverdagsliv, så for eksempel skolen, arbejdspladsen eller byrummet understøtter et sundt og aktivt liv. Til eksempel har Københavns Kommune i efteråret 2019 lanceret en mad og måltidsstrategi, der sætter fokus på sammenhængen mellem sundhed, mad og fællesskaber.

Sundhed og Forebyggelse
Afdeling for Strategisk Folkesundhed
Sjællandsgade 40, Bygning H, 3. sal
2200 København N

EAN-nummer
5798009290359

Tilbud til børn med svær overvægtigt

Det er er positivt, at anbefalingerne giver en fælles retning for hvornår barnets BMI skal defineres som svær overvægt, da det kan styrke en mere ensartet tilgang på tværs af sektorer. Københavns Kommune vil dog gerne give en opmærksomhed på, at afsnittene, der berører indsatsen til børn, ikke er konsistente i forhold til, om anbefalinger er gældende alle børn med overvægt eller alene gælder for børn med svær overvægt. Københavns Kommune efterspørger, at anbefalingerne på børneområdet retter sig mod alle børn med udfordringer med overvægt generelt og ikke kun svær overvægt.

Københavns Kommunens indsatser til børn med overvægt samt svær overvægt indgår elementer om fysisk aktivitet, kost og støtte til adfærdsændringer, som også er beskrevet i de kommende anbefalinger. Tilbuddet til børn med svær overvægt dækker i Københavns Kommune også de 2-5 årige, og har eksisteret siden 2016. Her er der sparsomme, men gode erfaringer med at opnå vægttab og ændret livsstil hos barn og familie.

I forhold til opsporing og henvisning af børn i alderen 2-5 år fremgår det af anbefalingerne, at det alene er almen praksis, der har ansvaret for opsporing og henvisningen. I København er det erfaringen, at kommunen modtager få henvisninger fra almen praksis. Det er praksispersonalet på skoler, daginstitutioner og sociale døgntilbud, som har den daglige kontakt til børn og familier, og de spiller derfor en afgørende rolle opsporing og henvisning til de relevante kommunale tilbud, såfremt de klædes på til dialogen med familien.

Tilbud til voksne med svær overvægt

Det fremgår af anbefalingerne, at livsstilinterventioner til voksne med svær overvægt skal kombinere elementer omkring kost og fysisk aktivitet og suppleres med støtte til adfærdsændringer for at opnå størst mulig effekt af indsatsen.

Ernæringsindsatser og tilbud om træning er centrale delelementer i de rehabiliteringsforløb, som Københavns Kommune tilbyder borgere med kræft, diabetes, KOL og hjerte- og karsygdomme. Anbefalingerne vil på tværs af kommunens ernæringsindsatser og motionstilbud give anledning til en kvalitetssikring af indsatserne, så disse opnår størst mulig effekt i forhold til at understøtte vægttab og ændringer af adfærd hos målgrupperne. I den forbindelse efterspørger Københavns Kommune viden og anbefalinger til, hvordan den ændrede adfærd bedst muligt fastholdes hos målgruppen, samt anbefalinger til, hvordan personalet på for eksempel plejehjem eller sociale døgntilbud kan støtte op om livsstilsinterventionerne.

Københavns Kommune ser frem til at modtage den endelig version af anbefalinger, og indgår gerne i en eventuel videre proces i forhold til at styrke et forpligtende samarbejde om opsporingen af børn med svær overvægt på tværs af kommuner og almen praksis.

Venlig hilsen

På vegne af Københavns Kommune

Katja Kayser
Administrerende direktør
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

From: Tatjana Hejgaard
Sent: 19. november 2019 15:38 (UTC +01)
To: Charlotte Markussen
Subject: Fwd: Høringssvar overvægtsstrategi

Høringssvar

Sendt fra min iPhone

Start på videresendt besked:

> **Fra:** Claus Bogh Juhl <Claus.Bogh.Juhl@rsyd.dk>
> **Dato:** 18. november 2019 kl. 08.37.12 GMT
> **Til:** "thv@sst.dk" <thv@sst.dk>
> **Emne: Høringssvar overvægtsstrategi**
>
> Jeg vedhæfter hermed enkelte kommentarer til overvægtsstrategien
>
> Venlig hilsen/Best regards
>
> Claus Bogh Juhl
> Overlæge, Ph.D., Klinisk Lektor
> Medicinsk Afdeling, Endokrinologisk Klinik, Sydvestjysk Sygehus
> Haraldsgade
> DK-6700, Esbjerg
> claus.bogh.juhl@rsyd.dk
> +45 6086 7172

Overordnede kommentarer:

1. Det er meget positivt og højt værdsat at der udarbejdes en national strategi mod en af vor tids største sundhedsudfordringer
2. Jeg mener det skal fremgå mere tydeligt at indsatsen mod overvægt skal målrettes personer med fedmerelateret sygdom eller øget risiko for at udvikle sådan, eller med andre ord at indsatsen skal centreres mod sygdomme og ikke mod kilo. Dette vil afspejles i udredningsindsatser, behandlingsindsatser og forskningsprioriteringer. Som pendant til type 2 diabetes skifter vi i stigende grad fokus fra behandling af det glykæmiske niveau til behandling og forebyggelse af diabetiske komplikationer.
3. I dokumentet omtales det nationale videncenter (Århus) samt etablering af regionale behandlingscentre. Mens jeg fuldtud anerkender styrken i det nye videncenter i Århus, der finansieres gennem en finanslovsbevilling kan jeg være bekymret over dets centrale placering i strategien. Formuleringen ”Desuden bør behandlingscentrene (egen indsætning: i de øvrige regioner) have et tæt koordinerende samarbejde med det kommende videnscenter i forhold til forskning, viden og data samt formidling”. Der lægges således op til en landsdækkende centralisering, der, selvom det næppe er intentionen, kan modvirke innovative tiltag og nytænkning i de øvrige regioner. Tilsvarende mener jeg ikke det er realistisk at ét videnscenteret også ”fungerer som et formidlingscenter ved at være samarbejdspartner for almen praksis, kommuner og hospitaler”. Det er ikke realistisk at ét center står centralt overfor alle kommuner og praktiserende læger i Danmark. Jeg er naturligvis meget enig i at centrene i meget høj grad skal samarbejde, og det er min opfattelse at dette også er tanken i den øvrige del af dokumentet.
4. Jeg synes ikke det giver mening at foretage beregninger for et, to eller fem behandlingscentre. Mens det for sjældne sygdomme kan give mening at oprette ét nationalt center, giver dette næppe mening ved så hyppig en tilstand som fedme.
5. Det er både en styrke og en svaghed at der lægges op til regionale behandlingscentre. Hvis ikke dette realiseres giver dele af strategien ikke mening. Man kan overveje om der eksplicit skal gøres opmærksom på at et ”center” bør integreres i de stedlige endokrinologiske afdelinger. Måske bør man overveje et andet ord end ”center” idet det associeres med bygninger og infrastruktur, mens der formentligt snarere bliver tale om formaliserede indsatsområder integrereret i de stedlige endokrinologiske afdelinger

Side 5 h. spalte: ”I 2025 skal stigningen i udviklingen af svær overvægt være toppet” foreslås ændret til ”I 2025 antallet af mennesker med svær være toppet”

Side 5: Delmål: Foreslår at der også inkluderes tilvejebringelse af evidens for indsatser til reduktion af fedmerelateret sygdom hos personer med svær overvægt, herunder livsstilsindsatser og strukturelle indsatser (som relevant omtales senere)

Side 6: ” Der er behov for opgøret med stigmatiseringen både blandt befolkningen, men også blandt personale i sundhedsvæsenet.” Rent sprogligt hedder det ”både – og”, ikke ”både – men”

Side 7: ”en egentlig national taskforce”: Jeg er bekymret for denne formulering. Jeg mener ikke vi har brug for flere styrelser og kontrolmekanismer der kan resultere i en stivnet og konform indsats, der baserer sig på eksisterende indsatser og modvirker innovative nye tilgange til fedmeproblematikken.

Side 8: Enig i at der *ikke* i strategien skal arbejdes for fedme anerkendes som en sygdom.

DSKE
DANSK SELSKAB for KLINISK ERNÆRING

18-11-2019

Selskabets kommentarer til:
”Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne”

Oplægget har været i høring hos alle selskabets medlemmer. Hermed en redigeret sammenskrivning.

Overordnet kommentarer:
Den mangler en retning og flere ”bør” i stedet for ”kan”.
Der kunne med fordel udvikles et forløbsprogram eller noget tilsvarende mere handlingsanvisende, når nu der ikke er udsigt til en National handlingsplan.

”*Anbefalinger vedr. livsstilsintervention til børn og voksne med svær overvægt*” er et vigtigt værktøj, som skal være med til at hjælpe kommuner og regioner med at fordele og løfte opgaven omkring behandling af overvægtige.

En af de store udfordringer er ganske rigtigt som der står på s. 3 ” et uensartede tilbud på tværs af landet”. Dette gælder både kommunalt og regionalt med borgeren/patienten som den store taber, der ofte lander mellem 2 stole hvor ingen har/tager ansvaret.
Nærværende høringsudgave handler dog udelukkende om den kommunale indsats selv om der i arbejdsgruppens kommissorium (bilag 1) står:
”*Formålet med indsatsen er at udarbejde anbefalinger vedr. tilbud om livsstilsintervention til børn og voksne med svær overvægt til kommuner og regioner.”*

I indledningen s. 3 står:
”Anbefalingerne er målrettet de kommuner, der ønsker at kvalificere deres indsats og tilbud på området ud fra et evidensbaseret grundlag inden for de lovmæssige rammer…… Opgave- og ansvarsfordeling for indsatser, der går på tværs af sektorer, aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne.

Opsporing og henvisning af voksne
Det kan med fordel overvejes at udvikle en stratificering eller en henvisningsalgoritme for at understøtte og sikre ensartede tilbud?

s.17 + 31(pkt. 5.3): Overvægtige gravide:

Måske en henvisning til : ”Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) guideline: Den overvægtige gravide – Sandbjerg 2017
https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/589c4939c534a5c46bb02cec/1486637374599/Den+overvaegtige+gravide++San+dbjerg_2017_Final_rettet.pdf

s. 18Tilbud om livsstilsintervention sigter mod, at der opnås:

 En mere hensigtsmæssig (energireduceret) kost
Dette indbefatter *ikke* måltidserstatninger som anbefalet på s. 26,
Disse produkter er omfattet ”*Bekendtgørelse om kosterstatninger til vægtkontrol”* og kost-erstatning kan vel næppe kaldes en livsstilsintervention?
Det bør fjernes fra teksten. Det bør ligeledes fjernes fra teksten vedr. de gravide (s. 31)

Konkrete tekstforslag:

Ift. Ældre:
S. 5: **For raske ældre (65 år eller derover) gælder de samme BMI-grænser som for andre voksne.**
PROBLEM: der er ingen evidens for at vægttab hos raske ældre er sundhedsgavnligt, men derimod er i høj risiko for at miste muskelmasse og blive såkaldt sarkopene eller sarkopene overvægtige.

Forslag til ændret tekst s. 5: For raske ældre (65 år eller derover) gælder de samme BMI-grænser som for andre voksne, men det skal bemærkes at raske ældre med moderat overvægt har størst overlevelse.

s. 26 **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 ud- gangspunkt i De officielle Kostråd for ældre. For denne gruppe er det særligt vigtigt at forsøge at bevare den fedtfri masse[3,87].**
PROBLEM: der er ingen evidens for at vægttab hos raske ældre er sundhedsgavnligt, men derimod er i høj risiko for at miste muskelmasse og blive såkaldt sarkopene eller sarkopene overvægtige. De seneste anbefalinger fra ESPEN 2018, fraråder brug af kalorierestriktion til ældre (ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics (2018). Dorothee Volkerta,*, Anne Marie Beckb, Tommy Cederholmc, 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)

Forslag til ændret tekst: *Evidensen viser, at den sundhedsprofessionelle også hos raske ældre borgere bør vejlede om en sund, varieret og proteinrig kost med udgangspunkt i De officielle kostråd for ældre (https://altomkost.dk/publikationer/publikation/pub/hent-fil/publication/raad-om-mad-naar-du-er-over-65-aar/). Energirestriktion frarådes. For denne gruppe er det særligt vigtigt at forsøge at bevare den fedtfri masse (ref), hvor fokus på proteinrig kost, uden energirestriktion i samspil med fysisk træning anbefales.*

s. 26. Nuværende tekst: Livsstilsintervention ved svær overvægt

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 sam- tale med borgeren bør det afdækkes, om borgeren har behov for og et ønske om ener- girestriktion 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. Energireduktion kan benyttes i en kortere eller længere periode alt efter behovet, men det er væsentligt, at der sker en evaluering af indsatsens effekt på vægttab, både løbende og efterføl- gende(86). Det er vigtigt, at borgeren informeres om, at det er borgeren selv, der skal købe pulveret, og at det vil have indflydelse på vægtudvikling og vægttab, så snart man stopper med den skrappe energireduktion.

PROBLEM: I denne anbefaling er det fokus på netop livsstilsinterventioner og ikke på slankekure. Måltidserstatninger er netop slankekur og hører dermed ikke hjemme i denne anbefaling.

Forslag til ændret tekst: I forbindelse med diætbehandling og diætvejledning kan borgeren tilbydes en sund, energireduceret kost efter De officielle Kostråd, med fokus på fiberrige korprodukter, frugt og grønt, samt reduceret indtag af fedt og sukker.

Venlig hilsen

Jens Rikardt Andersen
Formand, Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

FAXE KOMMUNE

Center for Sundhed & Pleje

Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse

Postadresse:
Frederiksgade 9 - 4690 Haslev

Telefon 56203000

www.faxekommune.dk

Kontoradresse:
Præstøvej 78
4640 Faxe

Direkte 56204969
bbang@faxekommune.dk

Dato 8. marts 2019

Høringssvar: Livsstilsintervention ved svær overvægt, version 21. oktober 2019

Det er med stor interesse, at Faxe Kommune har læst høringsudkastet og særligt da vi i Faxe Kommune har en stor udfordring i forhold til overvægt hos vores borgere.

Vi har nedenstående kommenter til høringsudkastet:

- Målgruppen ønskes nærmere beskrevet, da der kan være tvivl om hvornår der tænkes på forebyggelse, overvægt, stabiliserende overvægt eller svær overvægt. Dette også set i relation til publikationens overskrift som omhandler svær overvægt.

- Vi savner en definition; af vægtvedligeholdelse og vægttabsvedligeholdelse samt kostvejledning og diætbehandling.

- Der nævnes i publikationen mange forskellige faggrupper fx behandler og personale, uden at disse er nærmere definerede. Endvidere savner vi, at også faggrupper med psykologiske kompetencer nævnes da mange borgere med overvægt også har psykologiske udfordringer.

- Flere steder nævnes en klinisk diætist, her mener vi at fagbetegnelsen bør være bredere, således at også andre tilsvarende anerkendte uddannelser kan anvendes fx professionsbachelor i ernæring i sundhed samt kandidat i human ernæring.

- Det undrer os at der ikke er de samme gældende anbefalinger for de 2-5 årige som der er for de 5 til 18 årige i forhold til henvisning til børneafdeling med henblik på udredning og behandling.

- På s. 11 nævnes forebyggende hjemmebesøg i småbørnsalderen. På den baggrund mener vi at tilbuddet i publikationen *Overvægt* bør revideres, således at det er på grundniveau.

- Vi savner konkrete anbefalinger målrettet overvægtige unge (16-18 årige), da denne målgruppe er i en særlig livssituation.

Vi ser frem til den endelige publikation.

Med venlig hilsen

Tina Norking, Centerchef i Center for Sundhed & Pleje

Dorte Baunsgaard, Ledende Sundhedsplejerske og
Birgitte Espenhein Bang, Leder af Faxe Sundhedsfremme og Sundhedsfremme

From: Malene Panduro Christensen
Sent: 11. november 2019 10:32 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Hej

Overordnet en meget gennemarbejdet udkast ang. livsstilintervention ved svær overvægt.

Jeg har en bemærkning :

s. 14
"Alle kommuner er desuden *forpligtet til*, at måle og veje børn midt i skoleforløbet."

Det er ikke korrekt, at vi er forpligtet til det.

I "Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge" s. 120 står der, at **....ud over lovbestemte Ind-og udskoling *anbefales* flg. Undersøgelser.....**

12.4.1 Undersøgelser og samtaler
Ud over de lovbestemte ind- og udskolingsundersøgelser anbefales følgende undersøgelser:
• Synsprøve i 6. eller 7. klasse
• Højde og vægt i 1. klasse samt mindst en gang på mellemtrinnet (4., 5. eller 6. klasse).

Venlig hilsen

Malene Panduro Christensen
Leder af Sundhedstjenesten

Middelfart KOMMUNE

Familie og Forebyggelse
Middelfart Kommune
Nytorv 9
5500 Middelfart
http://www.middelfart.dk/

Telefon + 45 8888 5500
Direkte + 45 8888 5332
Mobil +45 24476909

From: Perle MacDonald
Sent: 12. november 2019 13:54 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Subject: Høring: Livsstilsintervention ved svær overvægt j.nr. 1-1810-146/1

Hillerød Kommunes høringssvar vedr. "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"

- I høringsudkastet er gennemgået forskellige anbefalinger til hhv. børn, voksne og familier med svær overvægt eller som er berørt af det. Det er positivt, at anbefalingerne tager højde for, at der ved svær overvægt er behov for en langvarig og tværgående indsats. Fx er det positivt, at der er fokus på indsatser for hele familien. I den forbindelse er det vigtigt at bemærke, at den enkelte borger selv bestemmer om de vil deltage eller ej, dette gælder også borgere på fx plejehjem.
- En opkvalificering af den kommunale indsats, som foreslået i anbefalingerne, vil medføre en betragtelig opgaveudvidelse og dermed et øget behov for kvalificeret sundhedspersonale (sundhedsplejersker, sygeplejersker og terapeuter), hvilket vil medføre en øget økonomisk udfordring for kommunerne.
- Forud for en evt. monitorering af indsatserne er det vigtigt inden implementeringen og i samarbejde med kommunerne, at afdække, hvilke data der kan genereres uden manuel optælling.

De bedste hilsner

Perle MacDonald
Chefkonsulent
Fællessektionen Ældre og Sundhed

Job, Social og Sundhed
Trollesmindeallé 27, 3400 Hillerød
Tlf: +45 7232 3416
E-mail: pema@hillerod.dk
www.hillerod.dk

Fra: Charlotte Markussen <CHMR@SST.DK>
Sendt: 21. oktober 2019 13:43
Cc: Charlotte Markussen <CHMR@SST.DK>
Emne: Høring: Livsstilsintervention ved svær overvægt

Kære Kommune,

Hermed fremsendes udkast til "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne" med henblik på høring.
Se vedlagte høringsbrev samt høringsliste.

Høringsfrist: Mandag den 18. november 2019, kl. 12.00

Høringssvar bedes fremsendt elektronisk på mail til fob@sst.dk. I mailens emnefelt anføres: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1. Af hensyn til behandling af indkomne høringssvar beder vi om, at der kun sendes ét samlet høringssvar pr. høringspart.

Evt. henvendelser vedr. høringen rettes på mail til fob@sst.dk.

Vi ser frem til at modtage jeres svar og takker for interessen.

Venlig hilsen
Niels Sandø

_____

Niels Sandø
Enhedschef
Forebyggelse

SUNDHEDSSTYRELSEN

Region Syddanmark

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Tværsektorielt Samarbejde
Kontakt: Stine Bjerregaard
stine.bjerregaard@rsyd.dk
Direkte tlf.nr.: 51 64 10 55

Den 12. november 2019

Høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsens "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"

Sundhedsstyrelsen har den 21. oktober 2019 fremsendt høringsudkast til "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne".
Region Syddanmark fremsender hermed sit høringssvar.

Generelle bemærkninger

Region Syddanmark anser det for positivt, at Sundhedsstyrelsen har iværksat en indsats, der skal bidrage til videreudviklingen af tilbud om livsstilsinterventioner til børn og voksne med overvægt. Det er samtidig positivt, at denne publikation påpeger, at en livsstilsintervention består af en bred vifte af tiltag, ikke kun måltidsvaner og fysisk aktivitet, men også bl.a. søvn, stress og psykosociale problemstillinger. Dertil er det også betydningsfuldt, at anbefalingerne fokuserer på motivationsarbejde, adfærdsændring og involvering af flere aktører i indsatsen til børn og voksne med overvægt.

Vi finder det ligeledes gavnligt, at samle evidensen og det faglige grundlag for de bedste livstilsinterventioner i en række anbefalinger således, at organisatorisk ensartet praksis af høj kvalitet, kan understøttes. Vi har dog en bekymring om, hvorvidt anbefalingerne adskiller sig i tilstrækkelig grad fra øvrige nationale anbefalinger og faglige vejledninger, til at de sundhedsfaglige medarbejdere vil erhverve en ny viden, der kan omsættes til praksis, fra denne publikation.

Region Syddanmark finder det positivt, at nærværende anbefalinger tager udgangspunkt i den systematiske litteraturgennemgang af danske livstilsinterventioner samt viden og praksiserfaring fra arbejds- og følgegruppens eksperter på området. Vi anerkender denne arbejdsmetode, men ønsker samtidig at påpege risikoen for at anbefalingerne bliver retrospektive fremfor at sætte nye standarder for praksis. Der er behov for udviklingsarbejde, der kan afprøve nye organiseringsformer og samtidig understøtte forskning på de områder, hvor evidensgrundlaget er spinkelt – eksempelvis hvordan interventionen organiseres til at sikre varige vægttab.

Jf. ”kortlægning af livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt i kommuner og regioner” (SIF, 2017), peger Adipositasudvalget under Dansk Pædiatrisk Selskab på overvægt som en kronisk sygdom med et langvarigt behandlingsbehov. Denne tilgang fremgår ikke direkte af nærværende anbefalinger, men der henvises ofte til Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”. Vi vil foreslå, at I er mere konkrete i anbefalingen om, hvorvidt overvægt skal håndteres som en kronisk sygdom eller ej. Det nævnes bl.a. i *“Danish clinical guidelines for examination and treatment of overweight and obese children and adolescents in a pediatric setting”,* som I også refererer til.

Region Syddanmark anser det for positivt, at der jævnligt i publikationen påpeges gældende lovgrundlag – særligt med henblik på opsporing og henvisning. Publikationen kan med fordel yderligere anbefale, at der gøres en særlig indsats for dette i det lokale, tværsektorielle samarbejde. En ensartet praksis vil også i denne sammenhæng være væsentlig, således det er synligt hvilke præcise tilbud, der kan henvises til.

Specifikke bemærkninger

Ad afsnit 1.3.1. I dette afsnit noterer I BMI-grænser for raske ældre. Forekomsten af kronisk sygdom er særlig stor blandt ældre mennesker, og flere ældre har op til mange kroniske sygdomme. Vi vil anbefale at tilføje hvilke forbehold, der skal tages i forhold til BMI-grænser for syge ældre.

Ad afsnit 3.3. Sætningen ”Samme data viste en stærk sammenhæng mellem overvægt og svær overvægt i 3- og 5-års-alderen” tydeliggør ikke hvilken sammenhæng der ses. Vi foreslår, at sætningen omskrives. Linje et i afsnit to er en gentagelse fra den indledende tekst om målgrupper og vi foreslår at I sletter den.
Det er fornuftigt, at adskille målgruppen af børn i alderen 2-5 år fra denne publikation. Men herfra skal lyde en opfordring til fremadrettet at arbejde videre på beskrivelser af indsatser hertil, da *”langt de fleste børn, der i en tidlig alder har en uhensigtsmæssig vægtudvikling og udvikler svær overvægt som 3-årige, også vil være overvægtige eller svært overvægtige som unge”*, som det står i publikationen. Den tidlige opsporing er afgørende for forebyggelsen af overvægt.

Ad afsnit 3.4. Borgere med spiseforstyrrelser, herunder tvangsoverspisning, er ikke en del af målgruppen, men ”*beskrives kort i afsnit 3.5.1, 4.1, 4.2, 5, 5.1.1 og 5.2.1*” (side 10).
Vi finder dog ikke en særlig beskrivelse af målgruppen i ovennævnte afsnit, men derimod nævner I blot gruppen og henviser til afsnit 3.4. Vi foreslår derfor en udfoldelse af afsnit 3.4, herunder også en tilføjelse af dokumentation af forekomsten af borgere med tvangsoverspisning. Beskrivelsen af tvangsoverspisning i afsnit 5 kan eventuelt bibeholdes, så frontmedarbejderne husker det i intervention og opsporing.
Et opmærksomhedspunkt er her, at sikre tilbud til borgere med spiseforstyrrelse, således de ikke bliver tabt i henvisningen mellem almen praksis og psykiatrien.

Ad afsnit 3.5.1. Her dokumenterer I primært data for svær overvægt med undtagelse af afsnittet om ulighed i sundhed, hvor kun overvægt nævnes. Er det en fejl? Der forefindes tal på svært overvægtige også. Vi undrer os, hvorfor der ikke er benyttet tal fra Skolebørnsundersøgelsen fra 2018. Her er tallene 16 og 8 procent fremfor 15 og 4 procent.

Ad afsnit 4.2. Region Syddanmark anser det for positivt, at anbefalingerne påpeger at se på udviklingen i BMI og ikke et øjebliksbillede. Vi undrer os over, at den praktiserende læge kun må påtale en patients overvægt såfremt patienten selv bringer det op. Hvor stammer den anbefaling fra?
Igen vil vi anbefale en tværsektoriel indsats, således at de praktiserende læger ikke blot opfordrer borgeren til at kontakte det kommunale sundhedscenter, men at det organisatorisk tilrettelægges, så borgeren kontaktes af en sundhedsprofessionel.

Ad afsnit 4.2.1. Det er vigtigt at have alternative tilbud til svage ældre, eksempelvis dem, som ikke kan komme hen til kommunens sundhedstilbud. Vi foreslår at udfolde denne del.

Ad afsnit 4.3. Jævnfør vigtigheden af den tidlige opsporing, finder vi det meget tjenligt, at anbefalinger vedrørende gravide med overvægt også indgår i denne publikation.

Ad afsnit 5. Overordnet indleder I her med et godt generelt og beskrivende afsnit vedr. livstilsinterventioner. Dog kunne vi ønske en tydeligere formulering af, at forældre og familie skal inddrages i indsatsen til børn. Elementerne i interventionen udfolder I detaljeret efter afsnittet her, og derfor har vi en bekymring om, hvorvidt den sundhedsfaglige medarbejder erhverver særlig ny viden i netop dette indledende afsnit. Derudover finder vi enkelte gentagelser fra indledningen, så vi foreslår en opstramning af dette afsnit.

Ad afsnit 5.1 og 5.2. Vi anerkender opdelingen af børn og voksne såfremt det er tiltænkt at publikationen skal bruges som et opslagsværk, men der er en række gentagelser i beskrivelsen af delelementerne. Disse kunne med fordel samskrives, og herunder udpege de særlige hensyn til henholdsvis børn og voksne. Dette vil medvirke til mere letlæselige anbefalinger. For en mere letlæselig publikation, se også bemærkningen vedr. afsnit 5.1.3 og 5.2.3.
Vi finder det meget positivt, at den foreningsbaserede idræt benævnes. Det er i god tråd med en øget indsats for at inddrage civilsamfundet.

Ad afsnit 5.1.5 og 5.2.5. Region Syddanmark finder det positivt, at der i publikationen påpeges at flere forskellige faggrupper inddrages i indsatsen for både børn og voksne. Overvægt er en kompleks udfordring, med mange påvirkende faktorer. Vores forslag er, at lade den sociale ulighed fylde mere, herunder at udfolde hvordan dette kan håndteres i praksis.

Eventuelt kan inkluderes figurer til at forklare kompleksiteten af overvægt. Vores forslag er figur 1 fra *Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research, K. K. Davison and L. L. Birch.* Denne viser determinanter for barnets vægt.

Ad afsnit 5.1.3 og 5.2.3. Vi mener, at det praktiske vedrørende format og omfang med fordel kan synliggøres skematisk med tid, elementer osv. Sådan kan det blive tydeligt for frontmedarbejderne hvordan en indsats konkret kan organiseres i praksis. Vi anerkender, at det er svært at lave udførlige anbefalinger, da der også skal være plads til at tilpasse indsatsen de lokale forhold. Samtidig ønsker vi at understrege, at anbefalingerne nødig skulle få en for overordnet og diffus karakter. Et sådan skema vil være gavnlig i sammenfatningen af anbefalingerne i det kommende afsnit 2.

I forlængelse af interventionens format ønsker vi at påpege udfordringen i opfølgningsdelen. Det er essentielt, at en opfølgning finder sted, men herfra er vi bekymrede i forhold til "bare" at tilbyde borgeren et nyt forløb. Det kan være gavnligt, men hvad er anbefalingen hvis/når det sker igen og igen? Hvordan forebygger vi, at borgere med overvægt hænger fast i de samme forløb? Eller hvordan organiserer vi indsatsen så det undgås?

Ad afsnit 5.4. Vi kan kun tilslutte os vigtigheden af monitorering og evaluering af en given indsats. Vi finder dog afsnittet meget overordnet og foreslår derfor at udfolde det. Især kan nævnes regionernes rådgivningsfunktion samt at regionernes ekspertise vedrørende kvalitet, forskning, monitorering og evaluering anbefales bragt i spil. Således kan regionerne tage en aktiv rolle i at facilitere tværkommunale netværk og samarbejde med forskningsinstitutioner på dette område.

Det er et spændende arbejde, og vi ser frem til at læse den endelige publikation.

Venlig hilsen

Kurt Æbelø
Afdelingschef
Tværsektorielt Samarbejde
Region Syddanmark

Hvidovre Kommune, Hvidovrevej 278, 2650 Hvidovre

Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse
fob@sst.dk

Hvidovre Kommune
Hvidovrevej 278
2650 Hvidovre

Center for Sundhed og Ældre
Udvikling og Administration
(SOÆ)

Telefon: 3639 3870

E-mail: sae@hvidovre.dk

Sagsnr.: 19/35728

Dato: 13-11-2019

Rådhusets åbningstider:

Mandag-onsdag:	10:00-14.30
Torsdag:	13:00-17.30
Fredag:	10:00-13.30

Høringssvar fra Hvidovre Kommune vedrørende "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne".

Med brev dateret den 18. oktober 2019 sender Sundhedsstyrelsen "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne" i høring med deadline for høringssvar den 18. november 2019. Hvidovre Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar. Høringen er behandlet administrativt. Bemærkninger fremgår af det følgende.

Indledningsvist bydes anbefalingerne velkomne. De skaber et fælles udgangspunkt, der kan bidrage til større ensartethed i indsatsen for svært overvægtige. Det er et område i udvikling, så det vil være en fordel, at der er opmærksomhed på at opdatere anbefalingerne, når det er relevant.

Sondringen mellem kan- og skal-opgaver i kommunalt regi er bl.a. baseret på, om der er indgået aftaler om området eller er lovgivningsmæssige bindinger. Der anbefales med afsæt i dette at revurdere brug af kan og skal i anbefalingerne.

Specifikke bemærkninger:

- Positivt at afdækningen af en eventuel spiseforstyrrelse er et opmærksomhedspunkt, og at BED patienter fremhæves som en gruppe, der har behov for et andet tilbud end livsstilsintervention i kommunalt regi (s. 10, 19, 26)

- Hvis det i forbindelse med spiseforstyrrelse, fx BED forventes, at det kommunale sundhedspersonale skal kunne screene patienten for en spiseforstyrrelse, foreslås det beskrevet nærmere (s. 10, 19, 26)

- Det er godt at andre faktorer såsom søvn, stress, psykiske problemer mm. indgår som opmærksomhedspunkter i indsatsen, samt at indsatsen skal optimeres ved at tilpasse den til borgernes psykosociale tilstand (s. 18, 27-28)

- Godt at have fokus på det tværfaglige samarbejde, så indsatsen kan optimeres for den enkeltes funktionsevner, præferencer, ressourcer, sociale situation, psykiske behov og reaktionsmønster (s. 18)

- Vigtigheden af diætvejledning efter evt. indtagelse af energirestriktive pulverdiæter kan med fordel fremgå tydeligere, da risikoen for vægtøgning efter endt pulverdiæt er stor og kræver tæt opfølgning (s. 26)

- Positivt at livsstilsinterventionen anbefales værende af længere varighed, da der herved tages hensyn til at det tager lang tid at ændre livsstil samt at det tager tid at få livsstilsændringer forankret i hverdagen (s. 28). Det fremgår, at interventionen bør være af 12 måneders varighed og derefter opfølgning efter 12 måneder. Det kan overvejes at beskrive, om der anbefales nogen form for kontakt/intervention i den mellemliggende periode (s. 29)

- Positivt at der er beskrevet, at svært overvægtige børn er sårbare børn, der skal have hjælp. Det kunne overvejes at understrege dette flere steder i vejledningen (hh til § 12 s. 15)

- Positivt at der er skrevet om monitorering af overvægtstilbud. Det kunne være hensigtsmæssigt med en ensartethed på parametre for effekt, så kommunerne kan lære af hinanden og sparre omkring udvikling af metoder (s. 32)

Med venlig hilsen

Mette Odgaard Holck

From: Marianne Skrubbeltrang
Sent: 13. november 2019 11:20 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Cc: Jytte Egetoft Thøgersen;Rikke Albrektsen;Trine Olesen;Helle Yding Kooij;Birgitte Cortz Ammitzbøll;Lone Hestvang
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Til Sundhedsstyrelsen
Her fremsendes administrativt høringssvar fra Frederikshavn Kommune på udkast til "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"
Anbefalingerne for både børne- og voksenområdet er klare og i overensstemmelse med vores erfaringer i kommunen. Vores praksis på området er i overensstemmelse med anbefalingerne. Der ses således heller ikke at være noget direkte udgiftsdrivende for kommunerne i anbefalingerne.
Vi har således ikke indvendinger eller bemærkninger.

Med venlig hilsen
Marianne Skrubbeltrang

Chefkonsulent
Center for Sundhed og Pleje

Direkte: 98455207 / 29483157
mskr@frederikshavn.dk

Frederikshavn Kommune
Rådhus Allé 100
9900 Frederikshavn

Telefon: 9845 5000
www.frederikshavn.dk

Randers Kommune
Sundhed, Kultur og Omsorg
Laksetorvet
8900 Randers

Telefon +45 8915 1515

www.randers.dk

Sundhedsstyrelsen
fob@sst.dk

14-11-2019 / 29.09.00-G01-358-19

Høringssvar

Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne.

Randers kommune vil indledningsvis gerne kvittere for de af sundhedsstyrelsen fremsendte anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne vedr. svær overvægt. De faglige anbefalinger er et vigtigt bidrag til at understøtte kommunernes sundhedsfremmende og forebyggende opgaver efter sundhedsloven og til at understøtte faglige ensartede og relevante indsatser til borgerne indenfor området svær overvægt.

Randers kommune har følgende generelle og specifikke kommentarer til det fremsendte udkast.

I forhold til målgrupper og indhold i indsatserne:

- Randers kommune hilser det velkomment at BED er fremhævet flere gange i anbefalingerne. Det er en problematik som vi ofte oplever i kommunerne. BED blev anerkendt som ny diagnose i WHO´s diagnosemanual ICD-11 i maj måned 2019, hvilket forhåbentlig på sigt vil betyde mere fokus på BED i både kommuner og regioner i forhold til at udvikle behandlingstilbud til målgruppen. I forhold til BED står der på side 20 at det bør afdækkes, om barnet har en spiseforstyrrelse, fx tvangsoverspisning (BED). Her kunne der med fordel knyttes et par sætninger mere på. Både om hvorledes man afdækker dette, og om hvorvidt man bør afstå fra at iværksætte en livsstilsintervention i sådanne tilfælde.
- Det er positivt at der i anbefalingerne lægges stor vægt på adfærdsændringer, som en forudsætning for at kunne opnå varigt vægttab.
- Det ville være ønskeligt med et særligt afsnit i anbefalingerne, som forholder sig til vejledning af borgere af anden etnisk baggrund end dansk, som for eksempel kan have helt andre spisevaner og kultur omkring måltider end etnisk danske borgere.
- I afsnit 5.1.3 og 5.2.3 – format omfang og livsstilsinterventioner til børn og voksne - kan formuleringen i første linje med fordel udfoldes, så det er

tydeligere hvornår man anbefaler gruppe hhv. individbaserede indsatser og hvor der er evidens for bedst effekt.

I forhold til sammenhængen mellem indsatserne på hhv. hospital og kommunerne:

- På side 9 i anbefalingerne er der skitseret en række situationer hvor børn skal henvises til hospitalernes børneafdeling med henblik på udredning og behandling. Det er er vigtigt, at disse anbefalinger også er afstemt med hospitalernes børneafdelinger, så der er fælles forståelse af, hvornår hospitalet hhv. kommunen har opgaven. Tilsvarende at sundhedsplejens hhv. egen læges opgave i forhold til vurdering af kompliceret overvægt udfoldes mere i samme afsnit.

Med venlig hilsen

Christina Breddam
Sundhedschef

Høringssvar vedr. livsstilsintervention ved svær overvægt

Fra Ringkøbing-Skjern Kommune. Høringsvaret er udarbejdet af repræsentanter fra den kommunale sundhedspleje og sundhedscenter.

Helt generelt synes vi at det er godt, at der i udgivelsen ud over kost og motion også er fokus på søvn, stress, stillesiddende aktivitet, alkohol og rygning. Derudover synes vi, at vi i forvejen gør mange af de ting, som foreslås i publikationen, og efterspørger i stedet mere fokus på, hvad skal vi gøre når det ikke fungerer? For eksempel hvordan motiverer vi folk til at deltage, når de ikke selv synes de har et problem? Eller hvad gør vi, når de ikke responderer på de tiltag, der sættes i værk? Hvordan skal vi motivere fx en familie, hvis familiens egen motivation er dalende/fraværende uden at risikere i stedet at bygge en dårlig samvittighed op? Set fra vores synspunkt er publikationen ikke så hjælpsom, fordi den i store træk understreger det, vi godt ved i forvejen, men ikke kommer med bud på, hvad vi skal gøre når det, der i teorien er bedst, ikke fungerer

Specifikke dele af publikationen:

- Det er vigtigt at der er fokus på opfølgning efter et forløb, om end vores erfaring med den type opfølgninger er at det kan være vanskeligt at få folk til at deltage.
- Rigtig godt med fokus på orientering til borgeren egen læge efter et forløb er afsluttet.
- S. 15: "Børn og unge med overvægt eller svær overvægt er børn med særlige behov, og de skal tilbydes en særlig indsats gennem hele skoleforløbet". Hvis familien ikke tager imod eller ikke responderer på et tilbud om livsstilsintervention kan det være vanskeligt at fastholde familien i et forløb igennem hele skoletiden og nok heller ikke hensigtsmæssigt at blive ved med at skubbe til familiens dårlige samvittighed hvis de ikke magter at udføre en livsstilsændring.
- S. 16: "I kommunalt regi vil det være de sundhedsprofessionelle i kommunen, fx i sundhedscenter, der kan identificere voksne med svær overvægt. " Sundhedscenter bør ikke være første prioritet i forbindelse med opsporing. På sundhedscentret kommer folk ofte først når de er identificeret med et problem. Selv når folk kommer på sundhedscentret med et andet problem end overvægt vil de, de fleste steder under alle omstændigheder få tilbudt en form for livsstilsintervention. Der er mere interessant hvordan folk ledes hen til sundhedscentret. Det kan fx være gennem jobcenter eller gennem div. sociale medarbejdere, som har kontakt med borgerne af andre årsager end faktorer som i forvejen kræver en livsstilsintervention. Derimod giver det god mening at de sundhedsfaglige medarbejdere henviser til praktiserende læge ved mistanke om komplikationer/følgesygdomme ud over overvægt.
- S. 18: "Der er evidens for, at et tilbud om livsstilsintervention som udgangspunkt bør bestå af elementerne kost, fysisk aktivitet og adfærdsændring samt for børn forældre/familieinvolvering. For voksne kan det være relevant at invitere til, at ægtefælle eller samlever inddrages. I tilbuddet er det desuden vigtigt at have fokus på søvnlængde og –kvalitet, stilesiddende tid, rygning samt evt. stress." I formuleringen kan det fremstå som om søvn, stillesiddende aktivitet og stress kun er væsentlige i tilbud til voksne.
- S. 20: "Fysisk aktivitet skal være en del af hverdagen og hverdagsaktiviteter som fx at gå, løbe eller cykle til og fra skole, skal indarbejdes i hverdagen." Kom gerne med andre eksempler end at cykle til skole. Nogle børn har op til 15 km til skole og det er måske lige i overkanten af hvad der kan forventes at de gør i hverdagen. Eksempler på aktivitet i hverdagen kunne være en aftengåtur, brug af aktivitets-apps i stedet for passive spil, forældre inviterer børnene til leg, børn der hjælper med huslige pligter mv.

- S. 22f: "…livsstilsinterventioner over 12 måneder hos børn i den samlede aldersgruppe (5-18 år) ikke har vist at have effekt udover resultater opnået ved 6 måneders intervention. I interventioner med varighed op mod 2 år kan vægttab eller vægtvedligeholdelse fastholdes indenfor denne periode, men efter end intervention ses ofte, men ikke altid, en vægtøgning…Efter endt intervention og tilbud vurderes barnets vægtudvikling og BMI med henblik på at beslutte, om barnet skal fortsætte i en videre intervention eller afsluttes i kommunen." Hvis der ikke kan forventes effekt ved et tilbud ud over de 6-12 måneder hvad skal så være pointen med at fortsætte/tilbyde et nyt forløb ved afslutning?
- S. 23: " I tråd med evidensen, bør kontakten til barnet i løbet af den samlede intervention som minimum være 26 timer." Vi antager at der i denne udregning indgår tid til fysisk aktivitet. Dette mener vi dog godt kan foregår udenfor selve interventionen, fx i forenings- og fritidsliv. Hvis der i den beregnede tid kun et tænkt på direkte rådgivning/undervisning synes vi det lyder som et stort tidsforbrug. Det samme er naturligvis gældende for voksne, hvor den samme udregning er brugt.

From: Samfundsanalyse
Sent: 14. november 2019 11:07 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Til Sundhedsstyrelsen

Ældre Sagen har ingen bemærkninger til ovenstående høring.

Venlig hilsen

Pia Westring
Afdelingssekretær/PA
Samfundsanalyse
Direkte: 33 96 86 29
Mobil: +45 21 19 59 53
pw@aeldresagen.dk

Ældre Sagen Snorresgade 17-19 · 2300 København S · Tlf. 33 96 86 86

Læs vores persondatapolitik

Fra: Charlotte Markussen [mailto:CHMR@SST.DK]
Sendt: 21. oktober 2019 14:14
[redacted]
Cc: Charlotte Markussen; Tatjana Hejgaard
Emne: Høring: Livsstilsintervention ved svær overvægt

Kære Høringspart,
Hermed fremsendes udkast til "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne" med henblik på høring.
Se vedlagte høringsbrev samt høringsliste.

Høringsfrist: Mandag den 18. november 2019, kl. 12.00

Høringssvar bedes fremsendt elektronisk på mail til fob@sst.dk. I mailens emnefelt anføres: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1. Af hensyn til behandling af indkomne høringssvar beder vi om, at der kun sendes ét samlet høringssvar pr. høringspart.

Evt. henvendelser vedr. høringen rettes på mail til fob@sst.dk.

Vi ser frem til at modtage jeres svar og takker for interessen.

Venlig hilsen
Niels Sandø

_____

Niels Sandø
Enhedschef
Forebyggelse

SUNDHEDSSTYRELSEN

Høringssvar fra Midtklyngen
Svær overvægt, j.nr.1-1810-146/1

FURESØ KOMMUNE

Til: Sundhedsstyrelsen, fob@sst.dk,
Kopi til: Midtklyngen
Fra: Anette Helt Hansen, Center for Social og Sundhed, Furesø på vegne af Midtklyngen

12. november 2019

Kontaktperson:
AHHA
E-mail: ahha@furesoe.dk
Dir. tlf.: 72164333

Åbningstider:
Mandag-fredag kl. 10-14
Torsdag dog kl. 10-18

Høringssvar: Svær overvægt, j.nr.1-1810-146/1

Tak for muligheden for at afgive høringssvar på udkast til:
"Livsstilsinterventioner ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne".

De 9 kommunerne i Planområde Midt i Region Hovedstaden afgiver hermed et fælles høringssvar.

Vi vil gerne indlede med at kvittere for den positive ambition om at formulere anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne, der er ramt af svær overvægt. Overordnet set er disse anbefalinger et kærkomment redskab i den kommunale praksis i forhold til at kunne planlægge nødvendige driftsopgaver målrettet borgere med svær overvægt. Med vores høringssvar ønsker vi at bidrage til en videre kvalificering af det udsendte materiale. Anbefalingerne er derfor vurderet ud fra et fagligt, organisatorisk og økonomisk perspektiv.

For overskuelighedens skyld har vi nedenfor valgt at disponere vores høringssvar under følgende hovedoverskrifter: Evidens; Livsstil balanceret med livsvilkår; Generelt vedrørende målgruppen; Målgruppen børn; Målgruppen voksne; Cost-benefit balance; Generelt fagligt og afslutningsvis: Arbejdsgruppe og høringsliste.

Evidens
Af gode grunde hviler anbefalingerne på en begrænset evidens. Man kan overveje at gøre tydeligere i teksten, hvornår de enkelte anbefalinger hviler på evidens, og hvornår der mere er tale om "common sense" eller "god praksis". Det vil være ønskeligt, at det i anbefalingerne er hurtigt at skabe sig et overblik over, hvilke anbefalinger, der kan uddrages på baggrund af bagvedliggende evidens. Læseren skal i det nuværende udkast selv dissekere teksten for at finde frem til anbefalinger. Nogle steder er formuleret, at "anbefalingen er", andre steder er anvendt bør-formuleringer. Sidstnævnte skaber tvivl om, om der i disse sammenhænge er tale om en anbefaling. Høringsudkastet efterlader et indtryk af, at de anbefalinger, der kan uddrages af teksten, alene er af generel

almen karakter. Dette gælder eksempelvis anbefalinger i forhold til fysisk aktivitet og ernæringsscreeninger. Det er uklart om høringsudkastet anbefaler pulverkur, som intervention – og hvis det gør, hvilken evidens understøtter denne anbefaling? Mange afsnit indledes med "Evidensen" – vi savner generelt tydelighed omkring hvilken evidens, der henvises til. Er det eksempelvis evidensen for sammenhængen mellem fysisk aktivitet og overvægt, overvægt og dødelighed eller andet? Helt gennemgående savnes der en stringent tydelighed på at anbefalingerne hviler på evidens, hvor sygelighed og dødelighed mindskes for den svært overvægtige borger i forhold til den enkelte anbefaling. Det vil være ønskeligt, at høringsudkastet gennemskrives, så det fremstår mere konsistent, hvilke anbefalinger, der reelt er gældende, herunder hvilken evidens anbefalingen understøttes af. Eventuelt vil dette kunne vises i en skematisk oversigt, hvor der også skabes overblik over anbefalinger for de forskellige målgrupper, der fremgår af høringsudkastet. Man kan desuden overveje, om der – fx ligesom det praktiseres i de Nationale Kliniske Retningslinjer – skal indarbejdes en vurdering af evidensens tyngde.

Livsstil ønskes balanceret med livsvilkår

I et helhedsperspektiv vil vi gerne pege på, at høringsudkastet generelt bliver for smalt ved et så ensidigt fokus på livsstil. I forhold til indsatser omkring svær overvægt er det ønskeligt, at livsstil suppleres med et samtidigt fokus på livsvilkår. Herved åbnes op for, at indsatser mod svær overvægt ikke alene skal ses i et individperspektiv, men også i et strukturelt perspektiv. Set i denne kontekst bør de strukturelle indsatser diskuteres bredere og der bør være konkrete anbefalinger til strukturelle indsatser, som jo ikke alene er en kommunal opgave.

Generelt vedrørende målgruppen for anbefalingerne

Høringsudkastet søger at favne anbefalinger om svær overvægt til flere målgrupper, målgrupper opdelt i aldersgrupper. Dette er i udgangspunktet en fornuftig opdeling. Det kan virke forstyrrende, at der flere steder i teksten inkluderes "moderat overvægt" (fx på side 9 og 13). Man kan overveje at holde sig til svær overvægt, der jævn før anbefalingernes titel og indledning er formålet med anbefalingerne.

Målgruppen: Børn (fagligt og organisatorisk)

I forhold til målgruppen børn skal man i teksten lede efter, at det er forældrenes / familiens ansvar. Flere steder i teksten er skrevet, at der i forhold til interventioner mod svær overvægt hos børn skal være involvering af forældre / familie. Det bør fremgå tidligt og tydeligt af anbefalingerne, at interventionen i forhold til børn er et forældre / familie ansvar og ikke det enkelte barns ansvar. Eksempelvis skrives i anbefalingerne i afsnit 5.1.1 under forældre / familieinvolvering, at der med børn/unge 9-18 år kan afholdes individuelle

samtaler og madlavningskurser. Her skal anbefalingerne skærpes i forhold til, at det ikke allerede skal være fra 9 års alderen, men tidligst fra 13 års alderen, og at det er forældrenes ansvar.

I 5.1.1 under adfærdsændringer og beskrivelsen af motivering vil det være ønskeligt, at anbefalingerne også kommer med ideer til løsninger i forhold til rekruttering og fastholdelse af social udsatte/belastede familier.

Det bør desuden nævnes at eksempler på et værktøj ikke bør stå i teksten, når der er henvist til flere værktøjer sidst i anbefalingerne. Eks 5.1.1 afsnit 8 (trivsel og livskvalitet), samt at det kan være problematisk at nævne nogle værktøjer og ikke alle der findes på dansk – hvem vælger ud – og hvorfor denne beslutning?

Det bør i anbefalingerne eksplicit nævnes hvilke spiseforstyrrelser der udelukker "denne" type intervention (fx på side 9) i afsnittet "Målgruppe". Nogle spiseforstyrrelser fremgår af ICD11 og andre gør ikke.

På side 20 står: "For større børn bør den fysiske aktivitet bestå af kombineret aerob træning og styrketræning, og for yngre børn er det vigtigt, at der indgår leg og bevægelse". Dette udsagn kan af praktikere fortolkes således, at en intervention for større børn bør indeholde egentlig fysisk træning frem for leg og bevægelse. Dette forekommer hverken evidensbaseret eller som "common sense".

På side 22, i afsnit 5.1.2. Andre faktorer af betydning for effekt af livsstilsintervention til børn. Vi foreslår, at det inkluderes, at indsatsen for børn og unge ses som en helhedsorienteret indsats, hvor søvn og trivsel indgår som en fast del af indsatsen.

I forhold til anbefalingerne for børn med svær overvægt er det ønskeligt, at det fremstår tydeligere hvilke anbefalinger, der er for interventionen i et samarbejdende perspektiv, da flere aktører på tværs af sektorer er involveret, eksempelvis praktiserende læger, børneafdelinger, sundhedsplejen.

Målgruppen: Voksne (fagligt og organisatorisk)
Bemærkning vedrørende fysisk aktivitet, s. 26: I udkastet står følgende: *"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".*

Det forekommer misvisende, at anbefale fokus på energireduktion initialt, frem for fysisk aktivitet, idet øget fysisk aktivitet synes at være en af de væsentligste faktorer i relation til bl.a. appetitregulering, sygdomsforebyggelse og øget

dødelighed associeret med svær overvægt. Det vil sige, at uanset om borgeren har et vægttab eller ej, så vil et øget aktivitetsniveau og en forbedret kondition med stor sandsynlighed have gavnlig effekt på borgerens liv.

Det foreslås derfor, at der lægges vægt på introduktion til ikkevægtbærende fysisk aktivitet allerede i opstarten af en livsstilsintervention, også for borgere med meget højt BMI, samt at formuleringen *"Jo højere BMI borgeren har",* defineres mere præcist, f.eks. med kriterierne for inddeling af overvægt og svær overvægt i Sundhedsstyrelsens håndbog om fysisk aktivitet og forebyggelse, hvor svær overvægt inddeles i Klasse I, II og III (Sundhedsstyrelsen 2018:176).

Bemærkning vedrørende opsporing og henvisning af voksne, s. 16: For at kommunale medarbejdere fra "*andre arenaer*" end sundhed kan opspore og henvise voksne med overvægt til en livsstilsintervention, kræver det i vores optik et udbygget internt kendskab til sundhedsforvaltningens driftstilbud, samt, optimalt set, en introduktion til hvordan overvægt italesættes i en ikke-sundhedsrelateret setting. Da dette kan virke stigmatiserende og grænseoverskridende, kan det være svært at gennemføre opsporing og henvisning i praksis fx for en jobcentermedarbejder, hvor fokus ikke naturligt er på sygdomsforebyggelse. Samtidig er det netop disse arenaer, der er centrale i forhold til tidlig opsporing af overvægtsrelaterede kroniske sygdomme i kommunalt regi. Jf. lov om sygedagpenge § 13 C, stk. 6 skal jobcentermedarbejderen tilbyde borgeren mestring af job og sygdom. Det foreslås derfor, at der tages højde for dette i anbefalingerne, samt at best practice / evidens på feltet beskrives.

Generelt i forhold til cost-benefit balance
Vi savner en højere grad af synlighed omkring muligheden for at opnå et varigt vægttab ved forskellige typer af interventioner. Forventeligt vil alene en meget lille målgruppe opnår varigt vægttab, hvorfor det for langt den største målgruppe vil handle om at stabilisere vægt og arbejde med at bevare / forbedre sundhed inden for en given vægt. Vi vurderer dette relevant med henblik på en reel mulighed for en cost-benefit-vurdering af indsatserne.

Bemærkning vedrørende format, omfang og varighed, samt kompetencer s. 28-31: Det kræver tilførsel af ressourcer, hvis kommuner, der ikke i forvejen har en livsstilsintervention, skal kunne implementere et forløb i en kommunal setting på baggrund af sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Anbefalingen går på, at et forløb bør være af 12 måneders varighed, hvilket er 9 måneder længere end fx forløbsprogrammerne, dog med en langt mindre intensitet. Det anbefales at borgeren har kontakt med den sundhedsprofessionelle minimum 26 timer om året, hvilket svarer til 1 time

hver 14. dag. Samtidig beskrives i anbefalingerne, hvordan der ses en dosisresponseffekt, idet effekten er højere, jo flere sessioner den enkelte borger tilbydes. Ved fortsat behov for støtte og vejledning efter endt forløb, anbefales det at borgeren tilbydes et nyt forløb. Det vil sige, at det er et ressourcemæssigt omfangsrigt tilbud i forhold til de sundhedsprofessionelles tid. Det anbefales, at der afholdes en afklarende samtale, samt en opfølgningssamtale efter 12 måneder, hvilket kræver yderligere ressourcer til indkaldelse, planlægning og afholdelse.

Vedrørende kompetencer, går anbefalingerne på, at der bør inddrages sundhedspersonale med *forskellige* kompetencer. Eksempelvis anbefales kostelementer varetaget af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist, og for elementer om fysisk aktivitet anbefales, at den sundhedsprofessionelle har specifik viden om træning målrettet borgere med svær overvægt. Det tværfaglige perspektiv og samarbejde synes nødvendigt, men er også økonomisk ressourcekrævende.

Generelt fagligt
Høringsudkastet underbygger ikke tydeligt sammenhæng mellem vægttab og lavere dødelighed for svært overvægtige børn/voksne. Antagelsen ser ud til at være, at et vægttab er tilrådeligt, hvis man forudsætter at den nye vægt er stabil og livslang. Sandsynligheden for at vedligeholde et stort vægttab på længere sigt fremgår ikke af høringsudkastet. Vi savner klarhed over hvilken evidens, der er for at opnå et varigt vægttab overfor at skabe en tilstand af yo-yo-vægt. I forhold til målgrupperne for anbefalingerne kan det derfor undre, at det ikke fremgår, at der er taget stilling helbredsmæssige konsekvenser ved yo-yo-vægt. Er anbefalingen stort vægttab eller er anbefalingen at skabe en stabil vægt? Det bør fremgå tydeligere hvilke metoder, der evidens for virker på længere sigt, og hvorvidt et mindre eller større vægttab er tilrådeligt i forhold til dødelighed og sundhed.

Arbejdsgruppe og høringsliste
Vi har en bekymring i forhold til at arbejdsgruppen ikke opleves bredt nok repræsenteret. Dette kommer bl.a. tydeligt til udtryk i sidste afsnit i 5.1.2, hvor, det i udkastet savnes, at der er tages fagligt nuanceret stilling til, at der kan være mange andre årsager til for lidt søvn, fx barnets mentale sårbarhed, udefra kommende årsager til bekymringer m.m.. Dette er desuden bredt gældende, når der i udkastet skrives om motivation, og når coaching som metode nævnes. Hvor er den faglige dybde i forhold til eksempelvis begreber som selvværd og body image forstyrrelser repræsenteret. Hvor er snitfladen til at en tilstand af overvægt kræver en terapeutisk indsats overfor coaching, rådgivning og sparring? Når der skal arbejdes videre med anbefalingerne efter høringsrunden vil det fra vores perspektiv være gavnligt at udvide arbejdsgruppen, så faglighed

inden for mental sundhed / psykologi indgår i det videre arbejde. Vi undrer os over, at der ikke er referencer til den udviklede og veldokumenterede "Holbækmodel", som benyttes af rigtig mange kommuner i en indsats mod børn og unges overvægt.

I forhold til ovenstående forhold omkring arbejdsgruppen er det glædeligt, at Dansk Psykologforening er på høringslisten. Til gengæld savner vi, at Steno Diabetes Center bliver repræsenteret på Høringslisten. Dette, da de gennem flere år har forsket i svær overvægt.

På vegne af Midtklyngen
Anette Helt Hansen
Områdeleder, Center for Social og Sundhed

Høringssvar vedrørende: Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
Cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 14. november 2019

Ref.: UG
E-mail: ug@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende:
Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringspart vedrørende ovennævnte høring.

De stigende tal for overvægt og svær overvægt viser, at der er brug for et skærpet fokus på området. Rapporten har inddelt målgruppen af overvægtige og svært overvægtige i yderligere i tre målgrupper, hvortil vi har bemærkninger til afsnittene vedrørende børn og voksne (herunder ældre).

Interventioner bør altid tage udgangspunkt i det enkelte menneskes mål og ønsker og hvad der er meningsfuldt og betydningsfuldt for den enkelte. Det er derfor positivt at læse, at denne tilgang er tilstede i anbefalingerne, idet vi mener, at den ikke kan fremhæves for meget.

Ligeledes er det positivt, at anbefalingerne også har et fokus på opsporing af behov for konkrete livsstilsinterventioner og dermed også får den forebyggende del med. Det bør dog fremhæves, at det skal være nemt og let tilgængeligt for både den henvisende og den henviste at finde frem til relevante tilbud i kommunen.

Målgruppen af børn:

Til børn og unge som er omfattet af problemstillingen svær overvægt, finder vi, at der er behov for at tilrettelægge indsatser, som omhandler hverdagsaktiviteter med involvering af hele familien. Mange praksisindsatser har et isoleret fokus på kost og motion, og mindre på integrering af livsstilsforandringer i hverdagslivet med henblik på høj grad af compliance. Familierne bør anerkendes som eksperterne i deres eget liv. Skal vaner, roller og mønstre i familien ændres, skal familierne målrettet inddrages i at se muligheder og begrænsninger så en helhedsorienteret tilgang til sundhed og livsstilsændringer forankres i familien.

Vi ser derfor de udarbejdede anbefalinger som en særdeles vigtig indsats tidligt i livet, så også antallet af voksne (herunder ældre) mennesker med svær overvægt reduceres.

Målgruppen af voksne (herunder ældre):

Vi har opdelt vores kommentarer imod fire komponenter: 'Livskvalitet og trivsel', 'hverdagsliv og vaner', 'pårørende og sociale relationer' og 'relevante faggrupper'.

Livskvalitet og trivsel: Rapporten har i sin nuværende form et overvejende biomedicinsk fokus, hvilket naturligvis også er relevant for målgruppen ift. de forøgede risici, som overvægt kan medføre. Livskvalitet og dårlig trivsel på grund af stigmatisering og nedsat tro på egne evner i vægttabssammenhæng er imidlertid også væsentlige elementer ift. at lykkes med et vægttab. Vi vil derfor anbefale, at formålet med livsstilinterventioner ikke isoleret rettes imod selve vægttabet, men imod de parametre, som giver øget livskvalitet, forbedret trivsel og styrket "self-efficacy". Konkret anbefaler vi, at det indskrives under punkt 1.3.4, under punkt 3.5.1, samt under punkt 5.2.

Hverdagsliv og vaner: For mennesker med overvægt og svær overvægt er mange faktorer i hverdagen påvirket. Anbefalingerne kunne derfor med fordel have et større praktisk fokus mhp. at implementere varige vægttabsinterventioner til målgruppens hverdagsliv. Vi anbefaler derfor, at konkrete aktiviteter som madlavning, motion, besøg i hjemmet mv. får plads i anbefalingerne. Som ergoterapeuter har vi god viden om, at det er ved at *udføre* de konkrete livsstilsændrende handlinger, at forandringer fastholdes.

Vi vil desuden påpege, at nogle mennesker, som konsekvenser af fysiske gener af overvægt, er i risiko for ikke at kunne fastholde en arbejdspladstilknytning. Usikkerheden om den fortsatte arbejdspladstilknytning kan give stressrelaterede problemstillinger. Dette stiller derfor krav om en højere grad af helhedsorienteret og tværfaglig forebyggende indsats.

Det fremgår i afsnit 3.5.2 at overvægt hos ældre kan medføre alvorlige konsekvenser for funktionsevne, helbred og livskvalitet. De ældre mennesker er ofte ramt af en eller flere følgesygdomme som følge af overvægten og kan som konsekvens heraf have vanskeligt ved at udføre nødvendige og betydningsfulde hverdagsaktiviteter, vedligeholde sociale relationer samt være fysisk aktive.
Jf. afsnit 5.2.1 anbefales ældre fysisk aktivitet ved moderat til hård intensitet, som en del af indsatsen til at opnå vægttab. Men mange ældre mennesker, som har multisygdomme, er ikke i stand til at være fysisk aktive på dette niveau. Det kan derfor være særdeles vanskeligt for den ældre med svær overvægt og følgesygdomme at opnå et vægttab.

I afsnit 5.4.2 "Særlige hensyn omkring voksne" mener vi, at det vil være relevant at nævne som eksempel, at det kan være uhensigtsmæssigt for den ældre svækkede patient at foretage livsstilsændringer med vægttab i forbindelse med sygdomsforløb.

I afsnit 3.5.1 om karakteristika: "Andelen af ældre med svær overvægt er ikke så høj i hjemmepleje og på plejecentre som blandt ældre i eget hjem". Vi finder, at formuleringen er uklar, idet ældre i eget hjem jo netop kan være modtagere af hjemmehjælp. Mon den tilsigtede mening er, at der er forskel i gruppen af ældre der modtager hjemmehjælp og dem, der ikke gør?

Pårørende og sociale relationer: Vi bifalder, at der i anbefalingerne er et fokus på betydningen af inddragelse af pårørende i form af ægtefæller eller samlever, som der henvises til under punkt 5. Vi mener imidlertid, at anbefalingerne ville

styrkes, hvis der kom konkrete referencer, som underbyggede relevansen af at inddrage pårørende. Tilsvarende under punktet om adfærdsændring (s. 27). Flere undersøgelser dokumenterer, hvor meget vi som mennesker er påvirkede af vores pårørende og vores sociale relationer.

Relevante faggrupper: Evidensen underbygger, at vægttabsinterventioner i højere grad er effektive ved tværfaglige og flerstrengede interventioner. Vi vil derfor stærkt anbefale, at der fokuseres på vigtigheden af et tværfagligt samarbejde i anbefalingerne.

Hertil vil vi fremhæve, at der er en tværfaglig forskergruppe (med ergoterapeuter i spidsen) fra Syddansk Universitet, som siden 2017 har arbejdet med at udvikle en ny evidensbaseret livsstils- og vægttabsintervention - DO:IT (Danish Obesity Intervention Trial).

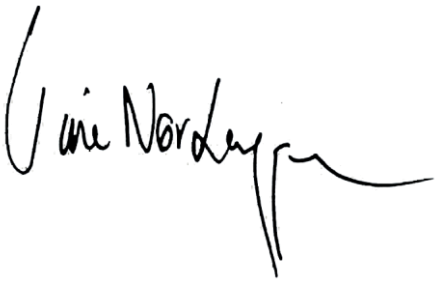
I arbejdet er bla. fortaget dybdegående interviews af 35 overvægtige og svært overvægtige mennesker, der stod på venteliste til en kommunal vægttabsintervention. Interviewene pegede særligt på to faktorer:

1. At mennesker med problemstillingen svær overvægt godt ved hvad der hensigtsmæssigt, - og uhensigtsmæssigt at spise. De fremhæver, at deres øgede kalorieindtag er forbundet med uhensigtsmæssige vaner, men at de samtidig ikke kan overskue, hvordan de får ændret deres hverdag.

2. At de er så tæt forbundet med deres sociale relationer men ikke har de fornødne redskaber til at påvirke relationerne mod en accept af konsekvenserne af en ændret livsstil og omstilling af vaner i hverdagen. Disse to faktorer vil derfor blive omdrejningspunktet i den DO:IT intervention, som forskergruppen på SDU afprøver i 2020.

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle uddybende kommentarer i forhold til høringssvaret, og vi ser frem til at følge det fortsatte arbejde.

Med venlig hilsen



Tina Nør Langager, formand for Ergoterapeutforeningen

14.11.2019

Angående: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1.

Brøndby Kommune har forskellige bemærkninger til udkastet til *Livsstilsintervention ved svær overvægt* fra Sundhedsstyrelsen.

Det er meget positivt at der kommer fokus på tilbud til børn og voksne med overvægt. Her er lidt mere detaljerede overvejelser eller forslag.

På side 16 afsnit 4.2. - opsporing af voksne med overvægt. De skriver i afsnit 3, at det i kommunalt regi vil være sundhedsprofessionelle i kommunen som opsporer. Her kan man også nævne sundhedsplejersken, eftersom vi kommer i kontakt med forældrene.

På side 17 afsnit 4.3.2. - under graviditet. Her kan nævnes vejledning om kost- og motionsvaner ved graviditetsbesøg af sundhedsplejersken.

På side 20 afsnit 5.1.1 - elementer i en livsstilsintervention til børn. I andet afsnit beskrives fokuspunkter ud over madens energiindhold. Her kan også nævnes opmærksomhed på, hvad lommepenge bruges til. Vi tænker også om der skal nævnes opmærksomhed på, hvad barnet tilbydes af mad i skole og institution (kagedage, indhold i madboder osv.). Og fokus på kommunens måltidspolitik.

På side 23 om sessionernes varighed og antal. Det er svært at forstå, hvad der menes med sessionernes indhold. Skal hver kontakt indeholde alle elementerne, dvs. samtale, kostvejledning og bevægelse? Det vil man ikke kunne nå på 30 minutter. Ej heller på 60 minutter. Eller kan man dele indholdet op? Dvs. samtale og vejledning for sig og bevægelse for sig. Dette afsnit bør gøres mere tydeligt og konkret.

På side 24 afsnit 5.1.5. om kompetencer.
Vi har i kommunen haft en drøftelse af, hvad der egentlig menes med ”Kostelementet bør varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist.” Det er klart, at på voksen området er en klinisk diætist at foretrække. Men på børneområdet tænker vi, at en sundhedsplejerske med f.eks. diplomuddannelse i ernæring vil kunne stå for kostelementet, og vil også kunne supervisere andre sundhedsplejesker. Det kunne også være en grundig uddannelse i Holbæk modellen. Det er klart, at en "almindelig" sundhedsplejerske, eller fysioterapeut eller sygeplejerske ikke vil kunne gøre det. Det kræver (eller der ses gerne) en opnået specialviden.

Det samme kunne siges om bevægelsesområdet: En "almindelig" sundhedsplejeske eller skolelærer eller pædagog bør ikke gøre det, men der skal en særlig viden til, kursus, uddannelse eller andet. Det kunne måske også foregå under supervision af en, der har specialviden på det område.

Det uklare er her, hvor meget uddannelse der skal til for at kunne varetage området eller for at kunne supervisere andre? En bacheloruddannelse? En diplom eller master uddannelse? Et længerevarende kursus? Et weekend kursus? Det skal jo nok være en uddannelse med et vist forløb med læring samt øvelse i anvendelse af en indsats. Men der er her en gråzone. Hvornår er noget tilstrækkeligt?

BALLERUP KOMMUNE

SOCIAL OG SUNDHED
Forebyggelsesenheden

Rådhuset
Hold-an Vej 7
2750 Ballerup
Tlf: 4477 2000
www.ballerup.dk

Dato: 14. november 2019

Tlf. dir.: 4477 2561
E-mail: asn1@balk.dk
Kontakt: Anne Marie Søndergaard

Høringsvar fra Ballerup Kommune vedr.
"Livsstilsinvervention ved svær overvægt"

Overordnede kommentarer

Det er meget vanskeligt at finde frem til de foreslåede anbefalinger. Det kunne have været særdeles hensigtsmæssigt at man havde gjort forsøget på at udfylde anbefalinger frem for at lade det afsnit stå tomt.

Overordnet set mener vi, at der mangler at blive taget højde for det, som kan betegnes som det fedmefremmende samfund. Massiv forskning viser, at overvægt er kompleks og bl.a. en konsekvens af det fedmefremmende samfund. For at kunne løse problematikkerne bag det fedmefremmende samfund er det i højere grad vigtigt at fokusere på strukturelle indsatser, som forebygger ift. eksempelvis højere tilgængelighed af kalorier, flere fristelser, overspisnings-kultur, lovgivning om reklamer for slik, sodavand og m.m. målrettet børn og unge på sociale medier, fradragsberettiget medarbejdermotion i arbejdstiden og designer fødevarer som "snyder" os til at spise for mange kalorier.

Det overordnede indtryk er, at der lægges op til anbefalinger, som lægger hovedvægten på individbaserede, til dels gruppebaserede interventioner, frem for strukturel forebyggelse, som i højere grad vil kunne tage højde for det fedmefremmende samfund.

Der savnes input fra erfaringer med strukturel forebyggelse fra fx Amsterdam og mere lokalt fx ift. Svendborg projektet. Der vil både kunne sættes ind strukturelt på nationalt plan og mere lokalt strukturelt plan (kommuneniveau) med en tidlig forebyggelses- og sundhedsfremmende indsats ift. at forebygge inaktivitet og stillesiddende adfærd, som virker befordrede på overvægt. Det kunne fx være ift. at sikre en højere grad af glædesorienteret bevægelse og aktivitet hos børn og unge, lettere adgang til sund mad i skoletiden, fokus på digitale vaner mv. Dette kunne implementeres med større succes, hvis der indtænkes adfærdsdesign/nudging, så indsatserne tilrettelægges med fokus på den unge målgruppe og at der tænkes i at gøre det let, attraktivt, socialt og gerne sjovt at spise og bevæge sig sundere.

Kommentarer ift. individ og gruppebaserede interventioner
I langt de fleste tilfælde fører de fleste såkaldte livsstilsinterventioner kun i en kortere periode (under interventionen) til succes – og succes defineres som vægttab, selvom vægttab ikke lig med sundhed. I værste fald – og ret ofte – fører interventionerne og manglende varige målopfyldelse ift. at vægttab sjældent lykkes i det lange løb til skam og skyld hos borgeren, som så efterfølgende håndterer denne skyld og skamfølelse ved at forsætte sit hidtidige liv med bl.a. vægtøgning til følge.

I de senere år er der kommet flere forskningsresultater frem, der peger på, at hvis fokus på vægt og kortvarige indsatser med "restrict-binge" tankegang til følge slippes - til fordel for et fokus på en mere vægtneutral sundhed med fokus på glæden ved bevægelse og spisning gør det, at borgerne bliver sundere og mere tilfredse med sig selv og deres liv. Det kan fx være mere mindfulnessbaserede teknikker, som kan støtte borgerne i at finde egne handlekompetencer frem og eksempelvis i stedet for vægttab fokusere på vægtneutral sundhed. Disse forskningsresultater ses ikke afspejlet i det foreliggende materiale.

Tilsvarende savnes ift. individ- og gruppebaserede interventioner ligeledes, at der under adfærdsændringer i højere grad tænkes viden hos den sundhedsprofessionelle ind, som handler om adfærdsdesign/nudging, selvbestemmelsesteori, sundhedspædagogik generelt og vanedannelse, som kan være mulige veje til, at borgeren i højere grad får succes med at leve det liv, som de selv har defineret som sundt.

Med venlig hilsen

Anne Bech
Leder af Forebyggelse
Ballerup Kommune

14.11.2019

Kommentarer til rapporten:

"Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne."

Generelt stiller vi os undrende overfor at der i arbejdsgruppen ikke har været en repræsentant fra prof. Bachelor indenfor Ernæring og Sundhed, som ofte er den faggruppe som har erfaring med at arbejde med overvægt i kommunen.

Generelt: udover at skrive at de 10 kostråd skal følges, bør det suppleres med at man i nogle tilfælde efter en faglig vurdering må fravige kostråd til raske, men i stedet følge diætprincipper til en diagnose, hvor andre kliniske retningslinjer og rammeplaner bør følges.

- **Punkt 1.3.4.** Ordene kost og ernæring kan med fordel anvendes i stedet for ordet mad, eftersom vi vurderer ordet mad som for snævert et ord i den sammenhæng den bliver brugt i rapporten.
- **Under afsnittet "Tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt"**; kost og ernæring (eller mad) nævnes ikke som en vigtig del af et kommunalt tilbud til overvægt. Dette stiller vi os undrende overfor.
- **Punkt 5.2.1:** der nævnes både diætbehandling og diætvejledning. Diætvejledning er en del af en diætbehandling, så det giver ikke mening at skrive begge ord*. Det er desuden kun kliniske diætister der kan diætbehandle, så der udelukker man andre prof. Bachelorer som kostvejleder.
  Supplerende under dette punkt: for at sikre den langsigtede effekt af et vægttab skal der være fokus på at det skal være en livsstilsændring og ikke en kur man følger. Der bør desuden være fokus på vaner som kan holde på lang sigt ved den enkelte i et vægttabsforløb.
  Kommentar under dette punkt: det er vigtigt at de borgere der er i forløb bliver rådet til hvordan de skal forholde sig i forhold til evt. pulvershakes, eftersom disse ikke vil være egnede til alle, og fordi de kun anbefales i en begrænset periode for at sætte gang i et vægttab.
- **I afsnit 5.2.1:** under overskriften: "adfærdsændring", udover adfærdsændringsteknikker benytter man sig i ligeså høj grad af sundhedspædagogik og kommunikation i arbejdet med overvægtige.
- **Afsnit: 5.2.5:** bør i stedet stå: "Således bør kostelementet varetages af fagpersoner med kompetencer svarende til en professionsbachelor i Ernæring og Sundhed". Der er nemlig ingen andre end diætister er er autoriserede indenfor kostfaget, derfor giver den nuværende formulering ingen mening.

Med venlig hilsen

Kostteamet, Brønderslev kommune

*FAKD. Terminologiliste for kliniske diætister 2008.

From: Louise Jensen
Sent: 15. november 2019 14:13 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Cc: Anne-Mette Dalgaard;Karen Skønager
Subject: Høringssvar vedr. 'Livsstilsintervention ved svær overvægt

Kære Sundhedsstyrelse

Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar på *Livsstilsintervention ved svær overvægt*.

Anbefalingerne er et godt og gennemarbejdet materiale, der afdækker området og best practice for målgruppen. Fra Tønder Kommune afgives følgende høringssvar:

4.1 Opsporing og henvisning af børn
Anbefalingen går blandt andet på *"I andre tilfælde henvises til kommunale forebyggelsestilbud, Julemærkehjem eller andet."* (side 15), mens der på side 18 står skrevet *" Der er evidens for, at et tilbud om livsstilsintervention som udgangspunkt bør bestå af elementerne kost, fysisk aktivitet og adfærdsændring samt for børn forældre/familieinvolvering*".
Anbefalingen suppleres med, at der bør være en opmærksomhed både på overgang fra Julemærkehjem og til evt. deltagelse i kommunalt tilbud, samt på forældreinvolvering, når barnet kommer hjem fra ophold på Julemærkehjem.

5.1.3. Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til børn
Sessionernes varighed og antal
Anbefalingen lyder: *"I tråd med evidensen bør kontakten til barnet i løbet af den samlede intervention (som anbefales 12 måneder) som minimum være 26 timer, hvilket svarer til 30. min. kontakt om ugen eller 60 min. hver 14 dag*".
Anbefalingen er ressourcekrævende for både børn/familier og sundhedspersonale, og vil betyde en væsentlig nedgang i antallet af børn, vi kan håndtere med de nuværende ressourcer.

5.2.3. Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til voksne
Vejledningsform
Der kan dog være individuelle forskelle der betyder, at IT-vejledning kan være et ligeså godt valg som ansigt-til-ansigt vejledning. Vejledning på en digital platform kan være mere fleksibel i relation til tidspunkt for vejledningen og det samlede tidsforbrug for vejledningen både for den enkelte borger og for sundhedspersonale. Digital vejledning kan også imødekomme problematikker for fremmøde til vejledning, hvor offentlig transport er borgerens eneste mulighed for transport, og hvor den offentlige transport samtidig er sparsom. Derudover kan IT-vejledning bidrage til at sikre en mere håndholdt indsats, hvor borgeren bliver fulgt tættere med flere og hyppigere konsultationer, end det ofte vil være tilfældet med ansigt-til-ansigt vejledninger.

Venlig hilsen

Louise Jensen
Sundhedskonsulent
Sundhedsafdelingen
Sundhed og Arbejdsmarked

Tønder Kommune

Wegners Plads 2 - 6270 Tønder
Tlf. +45 74 92 94 45 - Mobil +45 23 43 02 56 - E-mail loujen@toender.dk

Kræftens Bekæmpelse

15. november 2019

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
E-mail: sst@sst.dk, fob@sst.dk

Sagsnr. 1-1810-146/1

Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 3525 7500
Fax +45 3525 7701
www.cancer.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Høringssvar fra Kræftens Bekæmpelse vedrørende Sundhedsstyrelsens vejledning til kommunerne: *Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne*

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstyrelsens anbefalinger til kommunernes arbejde med livsstilsinterventioner ved svær overvægt.

På grund af overvægtsproblemets størrelse og alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser, både for borgerne og samfundet, hilser Kræftens Bekæmpelse Sundhedsstyrelsens anbefalinger velkomne.

Kræftens Bekæmpelse vil rose det grundige arbejde, der ligger bag udviklingen af anbefalingerne. Der er en grundig identifikation, afgrænsning og estimering af målgruppernes størrelse, belysning af lovgrundlaget for regionernes og kommunernes arbejde med svær overvægt, ud over de væsentlige anbefalinger for arbejdet med livsstilsinterventioner til de forskellige målgrupper (børn, voksne, herunder ældre samt gravide). Anbefalingerne bygger på den evidens, der er tilgængelig på området på nuværende tidspunkt og beskriver meget relevante temaer som opsporing og henvisning, delelementerne i livsstilinterventionen, format, omfang, varighed og opfølgning af livsstilsinterventionen, særlige hensyn ift. målgruppen samt krav til sundhedspersonalets kompetencer.

Vi har dog nogle væsentlige kommentarer til udkastet:

Organisering af kommunale tilbud; herunder varetagelsen af opsporing og henvisning til tilbuddene. Anbefalingerne savner en beskrivelse af, hvordan kommuner og regioner kan organisere tilbuddene på en hensigtsmæssig måde. Uden konkretisering og gode eksempler på hvordan opgaverne kan gribes an fra kommunernes og regionernes side og uden forslag til en relevant rollefordeling, risikerer man, at kommuner og regioner vil varetage opgaven på uhensigtsmæssig vis, der både kan kompromittere kvaliteten og omkostningerne ved tilbuddene. Eksempler på hvor der kunne være behov for præcisering af organisering og

rollefordelingen (hvem gør hvad, hvordan og hvornår?) er afsnittene 4.1, 4.2, 5.1.3 og 5.2.3. Noget af det, der kan støtte konkretisering af opgaverne for de forskellige sundhedsprofessionelle, er danskernes forventninger til mødet med det danske sundhedsvæsen i forbindelse med svær overvægt. I Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelses rapport om danskernes viden om og holdninger til overvægt, forventer 87 pct. af danskerne, at deres praktiserende læge taler med deres patienter om overvægt (Lourenço S et al 2019).

Uddannelse af sundhedspersonale
Det er centralt for tilbuddenes kvalitet, at det personale, der varetager opgaverne, har de fornødne kompetencer. Her er det vores erfaring, at personalet ikke altid har viden om eller kompetencer til at varetage opgaver, der omhandler livsstilsintervention, fordi det ikke er en del af deres grunduddannelse. Derfor er det nødvendigt, at både grunduddannelserne ajourføres med nyeste viden og at personalet tilbydes efter- og videreuddannelse. Endvidere er der behov for, at Sundhedsstyrelsen udvikler vejledninger til det sundhedspersonale (jordemødre, sundhedsplejersker, praktiserende læger, andet praksispersonale og personale på kommunernes institutioner), som varetager disse opsporinger, henvisninger og livsstilsinterventioner. Det kan evt. ske i samarbejde med de faglige selskaber.

Kvalitetsvurdering og monitorering af de kommunale tilbud
Der lægges i anbefalingerne op til, at kommunerne selv etablerer en monitorering af deres tilbud og i den forbindelse selv udpeger relevante indikatorer (jf. afsnit 5.4). Det finder Kræftens Bekæmpelse ikke tilstrækkeligt til at sikre en passende kvalitet af tilbuddene om livsstilsintervention. Der bør være fælles indikatorer for måling af aktivitetens omfang og kvalitet, der sikrer, at borgere, uanset hvor de er bosat, får samme tilbud.

Opbygning af evidens om effektive livsstilsinterventioner i forbindelse med svær overvægt
Problemets omfang og alvor kalder på, at vi hele tiden forbedrer de offentlige tilbud; i dette tilfælde de kommunale tilbud til livsstilsintervention til børn og voksne. Den eksisterende evidens på effektiv livsstilsintervention er fortsat sparsom. Derfor er der fortsat behov for at indsamle ny viden om, hvad der kan forbedre kvaliteten og effektiviteten af tilbuddene og samtidig sikre, at der på længere sigt ikke opstår utilsigtede sideeffekter (f.eks. øget mistrivsel eller fejlbehandling blandt borgerne). Det peger igen på, at der behov en fælles monitorering af de kommunale tilbud, men også at der etableres mere forskning i, hvorledes man kan udvikle og forbedre de kommunale tilbud.

Konkrete kommentarer til anbefalingerne

- Vi foreslår, at der på s. 10 tilføjes, at anbefalingerne vedrører kommunernes tilbud
- Der mangler en definitionen af ordet ”sliktid” på s. 20
- Vi foreslår, at afsnittet om fysisk aktivitet og gåture for ældre (afsnit 5.3) s. 32 gentages i tilsvarende afsnit for voksne (5.2.1) s. 26

- Nederst s. 20 og øverst s. 27, vedrørende mulighederne for at fortsætte i den foreningsbaserede idræt: vi foreslår at supplere med kommunernes mulighed for at yde tilskud til den foreningsbaserede idræt for borgere med særlige behov eller begrænset økonomisk formåen

- Ift. at begrænse den stillesiddende aktivitet foreslår vi, at man begrænser skærmtid. Her kan man overveje at tage læsningen ud, idet det kan være kontraproduktivt ift. behovet for og nødvendigheden af at kunne læse

Er der behov for yderligere uddybning af høringssvaret, stiller vi os gerne til rådighed.

Med venlig hilsen

Mette Lolk Hanak
Forebyggelseschef

Sundhedsstyrelsen
Islandsbrygge 67
2300 København S

Landbrug & Fødevarer FmbA

Axelborg, Axeltorv 3
DK 1609 København V

T +45 3339 4000
F +45 3339 4141
E info@lf.dk
W www.lf.dk

CVR DK 25 52 95 29

Høringssvar fra Landbrug & Fødevarer til udkast til "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"

Landbrug & Fødevarer er blevet gjort bekendt med, at der er udsendt en høring over anbefalinger til kommunale tilbud til interventioner ved svær overvægt. Landbrug & Fødevarer er meget engageret i bidrage med løsninger til de samfundsmæssige problemstillinger, hvor fødevareerhvervet har viden, og kan bidrage med konstruktivt. Sundhedspolitik, med særligt fokus på den rolle som kost og ernæring indtager, er et højt prioriteret område for Landbrug & Fødevarer. Vi skal derfor anmode om fremadrettet at blive inkluderet i høringer som vedrører sundhed, hvor der kan være et element af kost og ernæring.

Generelle bemærkninger

Landbrug & Fødevarer skal gøre opmærksom på det arbejde, der foregår i Rådet for Sund mad, hvor der bl.a. arbejdes på programspor, der skal udvikle initiativer og indsatser, som bl.a. sigter mod at forebygge overvægt. Landbrug & Fødevarer finder det afgørende, at myndighederne samtænker indsatser, hvor der er betydelige overlap.

Overordnet finder Landbrug & Fødevarer det dog problematisk, at mad og måltider ikke har en mere prominent rolle i den danske sundhedsindsats. Styrket fokus på mad og måltider er en nødvendig del af løsningen på flere af de sundhedsudfordringer, vi står overfor. Dette kommer tydeligt til udtryk ved overvægt og svær overvægt, hvor den rette kost og ernæring er altafgørende, både i forebyggelse og behandling. Landbrug & Fødevarer mener derfor, at det bør fremgå af sundhedsloven, at mad og måltider er et aktivt og prioriteret virkemiddel, når det kommer til forebyggelse, behandling og rehabilitering i Danmark.

Specifikke bemærkninger

Landbrug & Fødevarer finder det generelt positivt, at der sættes fokus på livsstilsinterventioner og ikke alene kortvarige indsatser. Vi har dog en bekymring om hvorvidt kommunerne allokerer tilstrækkelige ressourcerne, og om de aktuelle tilbud dækker behovene.

- Overordnet er det vigtigt, at der sættes ind så tidligt som muligt. Desto tidligere der sættes ind desto bedre, herunder er det også vigtigt at tænke hele familien ind i indsatserne. Vi finder det derfor positivt at anbefalingerne allerede dækker fra 5års alderen.
- Vi skal gøre opmærksom på at julemærkehjem har begrænsede pladser – det er vigtigt, at kommunerne også prioriterer andre tilbud.
- Der er behov for opmærksomhed i forhold til stigmatisering og fedme. Især når der er tale om børn, er det vigtigt, at der kommunikeres på en måde, som ikke forværrer situationen og fx fører til madlede, spiseforstyrrelser eller lignende. Børn kan have meget uheldige reaktioner på at få at vide at de er tykke eller overvægtige.

- I opsporingen af børn nævnes brug af 5års undersøgelsen, som tilbydes alle børn. Det bemærkes, at der netop kun er tale om et tilbud, som forældrene selv skal bestille tid til, hvor der ikke per automatik kommer ikke en indkaldelse. Der er desværre en risiko for at især socialt udsatte grupper, hvor der også er den største forekomst af overvægt, ikke benytter sig af tilbuddet om en 5års undersøgelse. At benytte 5årsundersægelsen som screening kan på den baggrund være problematisk. Dette kunne løses ved at sende indkaldelser og evt. opfølgning ud til særligt udsatte grupper.
- Landbrug & Fødevarer finder det positivt, at der lægges op til individuelle vurderinger. Det er vigtigt at læger, sundhedsplejersker og andet sundhedspersonale er klædt på til opgaven, og at der afsættes tilstrækkeligt tid til det. I anbefalingerne fremgår det, at sundhedsprofessionelle skal kende til de kommunale tilbud – der mangler umiddelbart, en løsning på, hvordan dette sikres.

Fsva. implementering og monitorering af anbefalingerne, kunne der med fordel udvikles en ”best pratice” model på dette område. Dette kunne fx være skitsering af helt konkrete aktiviteter, som kan avendes i de enkelte kommuner. Landbrug & Fødevarer finder anbefalingerne gennemarbejdede og gode. Men når det hele er op til fortolkning og hver kommune skal opfinde deres eget, så vil der ganske givet være noget som virker bedre end andet.

Med venlig hilsen

Theis Bødker Jensen
Chefkonsulent

Erhvervspolitik, Afd. for Fødevare- og veterinærpolitik

D +45 3339 4059
E thbj@lf.dk

TÅRNBY KOMMUNE

NOTAT

DATO: 13-11-2019 SAGS NR.: 19/28504 DOK. NR.: 301799/19 SAGSBEH.: Sanne Dåsbjerg

Hermed fremsendes høringssvar til "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"

Anbefalingerne er fine som en overordnet retningslinje for indsatser til svært overvægtige. Overskriften og indledningen lægger op til, at anbefalingerne er meget handlingsanvisende, men når vi læser anbefalingerne i deres fulde længde, virker de til at skulle lande på en beslutningstagers bord. Vi er således i tvivl om, hvem anbefalingerne målrettes, og hvordan de i deres nuværende form bidrager til kvalificering af eksisterende tilbud. Som de er nu, kunne vi godt bruge et supplement med guidelines/best practice til de sundhedsprofessionelle, ligesom vi godt kunne bruge en indikation af, hvad der kan være best practice ift rammer/tidsforbrug, da de anbefalede 26 timer årligt ligger langt fra de rammer, der arbejdes under i praksis.

Eksempelvis ser antallet af vejledningstimer pr borger i SundhedsCenter Tårnby sådan ud:

Børne vægttabsklinikken / Holdbæk metoden: 1 time opstart samt seks 30 minutters vejledning til opfølgning. I alt 4 timer.

Sundhedsrådgivning: 1 time opstart samt tre 30 minutters individuel vejledning i alt 1,5 timer til opfølgning. I alt 2,5 timer.

Sund livsstil: Madlavningshold, træning og individuel diætist vejledning. 15,5 time pr. borger i alt i forløbet.

Forløbsprogram Diabetes og KOL med fokus på vægttab, fuldt forløb: ca. 20 timer indeholder: Træning, sygeplejerskevejledning, madlavningshold og individuel diætist vejledning. Det er de færreste som kommer op i de 20 timer.

Enkelte kommentarer til indhold

- Ældre, side 26: Ældre anbefales sund kost *"sund, energireduceret, fiberrig kost med lavt indehold af fred og sukker*" – der nævnes ikke noget om protein, som ellers hører til i de officielle anbefalinger for ældre

- Voksne, side 26: Der er er relativt langt skriv om VLCD/pulverdiæt, som i praksis sjældent benyttes, og som blot er 1 blandt mange metoder til vægttab. Det kunne være et forslag enten at undlade dette i de overordnede anbefalinger, eller at uddybe mange andre vægttabsmetoder – helst med fokus på de langtidsholdbare af slagsen (herunder psykologiske metoder til vaneændring og –fastholdelse).

From: Helle Nergaard Grønbæk
Sent: 15. november 2019 15:30 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Subject: Høringssvar

Vedrørende høringsudkastet "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"

Tak fordi jeg har måtte læse med.
Jeg fremsender her mit høringssvar. I starten af dokumentet har jeg redegjort for *udgangspunktet* for mine kommentarer: jeg er psykolog, jeg har tidligere arbejdet med målgruppen børn, unge og familier med svær overvægt, men er siden april overgået til andet arbejde og anden målgruppe (Voksne med type 2-diabetes). Derfor har jeg ikke kommenteret på anbefalingerne til voksne, og nogle af mine kommentarer vil måske være uaktuelle.

Det er meget gennemarbejdede og tiltrængte anbefalinger, der er beskrevet i høringsudkastet. Jeg håber, at mine spredte kommentarer vil kunne være med til at kvalificere det yderligere.

Mvh. Helle

Helle Nergaard Grønbæk
Psykolog, Specialist i sundhedspsykologi

Direkte tlf. +45 2966 2044
Steno Diabetes Center Copenhagen
Niels Steensens Vej 2
2820 Gentofte

Web: www.SDCC.dk

Kommentarer/svar på høringsudkast om *Livstilsintervention ved svær overvægt – anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne.*

De følgende kommentarer er fokuseret på livsstilsinterventioner *for børn og unge*, da det er den gruppe, jeg tidligere har beskæftiget mig med. I perioden 2001 til 2018 har jeg arbejdet med livsstilsinterventioner ved svær overvægt i familiebehandling og i behandling af børn og unge.

Jeg er psykolog og har i fem år drevet et familieorienteret behandlingsprojekt i Københavns kommune, PluzKids (2002-2007), dernæst har jeg arbejdet som psykolog i Enheden for overvægtige børn og unge, Holbæk Sygehus (2008-2018). Jeg er derfor ikke 100% opdateret ift. de seneste 1½ års udvikling.

Generelle kommentarer:

Det er et meget flot, gennemarbejdet og meget tiltrængt høringsudkast/anbefalinger.

Mange rigtig gode anbefalinger:

- At skelne mellem overvægtsbehandling og behandling af spiseforstyrrelser.
- At tænke og planlægge i længere varende forløb og ikke helt-afsluttede forløb.
- At interventionerne skal tage udgangspunkt i det enkelte barn/unge/families behov og funktion.
- At inkludere opmærksomhed på søvn, stress og andre psykosociale forhold.
- At anbefale et tværfagligt team til interventionerne med børn og unge og familier.

Mangler anbefalinger om:

- Hvordan er samarbejdsrelationerne mellem livsstilsinterventionerne hos egen læge, sygehus, kommunale tilbud – hvad med psykiatrien, private initiativer (eks. Julemærkehjem). Hvad med at lave forløbsbeskrivelser, der ikke stopper, når barnet/den unge har fået en henvisning til f.eks. en børneafdeling, men følger barnet. Så barnet for eksempel kan komme på Julemærkehjem, og blive fulgt efterfølgende af enten kommunalt tilbud eller på børneafdeling.
- Det er positivt at der skelnes mellem børn og unge med simpel overvægt og børn og unge med spiseforstyrrelser. Men hvor skal børn med tvangsoverspisning eller andre spiseforstyrrelser henvises til? Der var i 2018 ikke mulighed for at få henvist børn med tvangsoverspisning til psykiatrien i Region Sjælland. (Bemærk: Jeg kender ikke tilbud i resten af landet).
- Supervision af sundhedsprofessionelle; børn og unge med svær overvægt kan have mange psykosociale vanskeligheder og når man arbejder med familier, kan der være

forløb og situationer, som bør superviseres, både for effektivitetens skyld, men også for både familier/børn og unges og sundhedsprofessionelles skyld).

Herunder komme mere specifikke kommentarer til enkelte afsnit:

Om opsporing

Fra side 15:

> Såfremt almen praksis i forbindelse med 5-års-undersøgelsen opsporer et barn med svær overvægt (BMI-for-alder ≥ 99-percentilen) eller med overvægt (BMI-for-alder ≥ 90-percentilen) og samtidig mistanke om kompliceret overvægt (se afsnit 3.1) henvises barnet til en børneafdeling med henblik på udredning og behandling[8,15,32]. Et barn med

Her vil jeg henvise til (Eg et al., 2016), som beskriver et uens behandlingstilbud på de forskellige børneafdelinger.

Eg, M., Cortes, D., Johansen, A., Frederiksen, K., Lorentzen, V., Larsen, L. M., . . . Vámosi, M. (2016). Limited availability of childhood overweight and obesity treatment programmes in Danish paediatric departments. *Danish medical journal, 63*(9).

Vedrørende lægens screening for spiseforstyrrelse:

> Hvis barnets kurve er på vej op, bør lægen vurdere, om der er andre risikofaktorer til stede, og tilbyde barnet og familien udredning og en opfølgende indsats[7,15,32]. Lægen bør desuden udelukke en eventuel spiseforstyrrelse, fx tvangsoverspisning (BED). Ved mistanke om en spiseforstyrrelse håndteres dette i henhold til afsnit 3.4. Barnet og familien kan henvises til sundhedstjenestens tilbud til børn med særlige behov eller andre tilbud i kommunen målrettet børn med svær overvægt[32].

1. Det er en rigtig god pointe at få screenet for spiseforstyrrelse (tvangsoverspisning eller bulimi), så børn/unge, med disse forstyrrelser, ikke forgæves og kontraindiceret går i overvægtsbehandling.
2. Men det er, så vidt jeg er orienteret ikke noget, der sker automatisk, at egen læge vurderer spiseforstyrrelse/tvangsoverspisning.
3. Jf. afsnit 3.4 skal vurderingen om barnet/den unge har en spiseforstyrrelse fører til at barnet/den unge evt. bliver henvist til den regionale psykiatri. Hvor i børne/unge psykiatrien? (Som ovenfor: jeg kender kun Region Sjælland).

Fra side 16:

regninger viser, at et barn har udviklet overvægt eller svær overvægt, skal sundhedsplejersken inddrage forældrene, bevare objektiviteten, informere, motivere og fastholde forældrene i forhold til, at en fælles indsats vil være med til at sikre barnets trivsel og sundhed. Hvis der er mistanke om underliggende sygdom, et syndrom, følgesygdom til over-

I stedet for at skrive 'bevare objektiviteten' – kan der stå: 'fagligt og professionelt arbejde med barnet og familien' eller 'fagligt og professionelt arbejde med relationen til barnet og familien'.

Fra side 22:

Trivsel og livskvalitet
De sundhedsprofessionelle bør løbende være opmærksomme på barnets trivsel. Det gælder både i forhold til somatiske symptomer, som fx hoved- og mavepine, ondt i ryggen og påvirket humør, men også i forhold til social trivsel, som fx forholdet til familie og venner, ensomhed, pjækkeri, mobning og egen mobbeadfærd, kropsopfattelse, selvværd og selvtillid[7]. Til vurdering af livskvalitet er der udviklet forskellige spørgeskemaer og værktøjer, fx PedsQL[75-78]. For de børn, der har trivselsproblemer, og som oplever drilleri og mobning i klassen pga. svær overvægt, anbefales det, at kommunen sikrer den nødvendige hjælp til både barnet og klassen[2].

Det er rigtig godt – og meget passende, at være opmærksomme på børn og unges trivsel (i livsstilinterventioner ved svær overvægt). Der skal dog en bredere værktøjskasse eller hjælp til de børn/unge/familier, der mistrives end f.eks. som det er beskrevet at involvere kommunen *i forbindelse med mobning*. Det er et rigtig godt eksempel: at der i kommunalt regi, skal sikres at barnet får den nødvendige hjælpe ift. mobning.

MEN, børn og unge med svær overvægt kan, som beskrevet, have nogle svære trivselsproblemer, psykiske lidelser (angst, fobier, depressive symptomer, spiseforstyrrelser mv.), neuropsykologiske problemstillinger (opmærksomhedsforstyrrelser, ADHD mv.), udviklingsforstyrrelser og svære opvækstvilkår. Derfor bør der generelt være et styrket samarbejde mellem sundhedsprofessionelle (i livsstilsinterventionen) og børne- og unge psykiatrien og den kommunale forvaltning (socialrådgiver, kontaktpersoner, sociale foranstaltninger mv.). Indeholdende i livsstilsinterventionerne, vil jeg ligeledes anbefale, at der er et bredt tværfagligt team, som dækker områderne: medicinske, mad og motion, det psykologiske og det socialfaglige, for at sikre barnets/de unges trivsel og udvikling.

Fra side 22:

behovsvurdering. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle forholder sig til det enkelte barn og familien og ved fx manglende vægttab hos barnet ikke begrunder det med manglende motivation hos familien, men arbejder videre med at motivere barnet og familien[68,71]. I behovsvurderingen tages udgangspunkt i det enkelte barns grad af svær overvægt og målsætninger, hvor sidstnævnte kan være andet end vægttab (BMI-z-score-reduktion) og vægtvedligeholdelse[69,70].

Det er meget præcist beskrevet og er en særdeles vigtig pointe at påpege: sundhedsprofessionelle skal forholde sig til det enkelte barn og familien!

Det skal de sundhedsprofessionelle for: 1. ikke at stigmatisere familier og børn med overvægt, som nogle, der ikke ønsker eller magter at tabe sig. Og 2. fordi familien/barnet ***er*** motiveret for vægttab, men måske er det for svært, uoverskueligt, eller måske passer målsætningerne ikke til barnet og familien (på nuværende tidspunkt, måske fordi andet overskygger eller målsætningerne er for høje).

Fra side 23:

5.1.2. Andre faktorer af betydning for effekt af livsstilsintervention til børn

Andre faktorer som psykosociale forhold, søvn og stress kan have betydning for, hvorvidt barnet opnår et vægttab (BMI-z-score-reduktion) eller vægttabsvedligeholdelse.

Kort søvn og dårlig søvnkvalitet er associeret med overvægt[79,80], og der ses sammenhæng mellem god søvn og vægttab[81]. Der bør derfor være opmærksomhed på det enkelte barns søvnvaner, og at der ved behov fokuseres på, hvordan man kan opnå en god søvn ved fx at opsætte regler for skærmtid [7,26].

Stress gennem længere tid ser ud til at være associeret med overvægt, og hvorvidt et vægttab kan lykkes. Da der kan være en sammenhæng, bør stress også være et opmærksomhedspunkt i den første samtale og indsatsen[82,83].

Såfremt det vurderes, at barnet får for lidt søvn, har dårlig søvnkvalitet eller for meget stillesiddende tid, fx i forbindelse med skærmtid, kan forældrene og den sundhedsprofessionelle sammen opsætte regler og mål for skærm- og sengetid og for fysisk aktivitet i fritiden.

Super godt, at der er opmærksomhed på psykosociale forhold, søvn og stress.

Det er rigtig godt med anbefalinger til, hvordan man i interventioner kan arbejde med søvn (bl.a. med at arbejde med skærmtid).

Men i forhold til 'psykosociale forhold og stress' – så er der kun beskrevet anbefalinger om at *være opmærksom* på disse områder, men ingen anbefalinger om handling (intervention, viderehenvisning, samarbejde med andre instanser mv). Selvom bedre søvnkvalitet og øget fysisk aktivitet givet vis vil have en positiv indvirkning på 'psykosociale forhold og stress' – så er der mange andre faktorer i 'psykosociale forhold og stress', som ikke er beskrevet/anvist/givet anbefalinger.

Fra side 23: (om varigheden af livstilsintervention)

end livsstilsinterventioner af kortere varighed hos større børn (12 år og derover), mens livsstilsinterventioner over 12 måneder hos børn i den samlede aldersgruppe (5-18 år) ikke er vist at have effekt ud over resultater opnået ved 6-måneders intervention[3]. I interventioner med en varighed op mod 2 år kan vægttab eller vægttabsvedligeholdelse fastholdes indenfor denne periode, men efter endt intervention ses ofte men ikke altid vægtøgning[3]. På denne baggrund anbefales det, at livsstilsintervention til børn skal have en varighed på 12 måneder.

Jeg forstår ikke anbefalingen: *at livstilsintervention til børn skal have en varighed på 12 måneder*. Jeg har genlæst afsnittet i reference (3) 'Evidens for livsstilsinterventioner' og sætter afsnittet med deres konklusioner ind her:

række forskellige arenaer, som fx på sygehuse, sundhedscentre og hos praktiserende læger. Det er uklart, hvor lang tid interventionen skal forløbe over, men den internationale litteratur peger på, at det er muligt at inducere vægttab over længere perioder (op til 2 år). De peger også på, at der er en vis vægtøgning efter endt intervention i nogle, men ikke i alle studier. Det tyder også på, at vægttabsvedligeholdelsesinterventioner kan holde vægten nede over længere tid (op til 2 år), men at der er vægtøgning, når disse stoppes. Det er uvist, hvor minimal en intensitet der kan være i vægt-

Det, at der kan komme vægtøgning, når interventionen stoppes - selv efter 24 måneder, - giver vel ikke nødvendigvis den konklusion, at interventionen skal have en varighed af 12 måneder? Det er beskrevet, at man kan inducere vægttab i en længere periode (op til 2 år). OG at der er evidens for, at når interventionerne stopper, så kommer der ofte vægtøgning.

Jeg mener, at man skal arbejde meget mere med ***intensiteten*** af interventionerne end med varigheden. Således, at interventionerne kan være intensive i kortere perioder, men selve interventionen/opfølgningen/ vedligeholdelse være meget langvarig (læs = i børnealderen ud). Dette er der *heller ikke* evidens for - men der er – som jeg forstår referencen nr. (3) 'Evidens for livsstilsinterventioner' - heller ikke evidens for at interventionen skal vare i 12 måneder. (Se næste afsnit)

Fra side 24-25:

Afslutning og opfølgning
Såfremt det vurderes, at barnet har behov for at fortsætte i et tilbud om livsstilsintervention, tilbydes dette. Det bør overvejes at lade børn fortsætte, såfremt vægten er stigende, eller barnet har forhold, som tilsiger dette, fx tidligere mislykkede forsøg på vægttab, og der er behov for fortsat støtte og vejledning. Børn og familier, som har formået at fastholde de ny vaner, og hvor barnet har stabiliseret vægten, afsluttes. Der bør være mulighed for at modtage et nyt tilbud om livsstilsintervention, hvis barnet efter endt intervention igen begynder at øge graden af overvægt (BMI-z-score-øgning). Det nye tilbud tager afsæt i erfaringerne fra det afsluttede tilbud.

Dette afsnit (på side 24-25) om 'Afslutning og opfølgning' tager igen fat på spørgsmålet om **varigheden** af interventionerne og kommer måske om ved, at vi endnu ikke ved, hvad evidensen er for varigheden af livsstilsinterventionerne (beskrevet ovenfor under 'varigheden af livsstilsinterventionen'). Når forløbene tilrettelægges individuelt for børnene/de unge/familierne, **også efter en endt intensivt-livsstilsintervention**, så kan opfølgning - i form af enten et mindre intensivt forløb, et tilbud om netværksgruppe og lign. - tilrettelægges. Eller måske kan et nyt intensivt forløb tilbydes, hvis det vurderes, at barnet/unge/familien har *fortsat har behov for støtte og vejledning.* På den måde bliver det et samlet forløb for barnet/de unge/familierne med mere eller mindre intensitet – efter behov. Dette er meget relevant.

Fra side 25: (særlige hensyn omkring børn)

etnisk baggrund end dansk, fx på grund af sproglige eller kulturelle hensyn. Indsatsen bør derfor altid tage udgangspunkt i en individuel vurdering af det enkelte barns behov, herunder fysiske og kognitive formåen samt sproglige kompetencer. Hvor der er særlige hensyn, bør de relevante fagprofessionelle inddrages, så der er tale om en tværfaglig indsats. De særlige hensyn i forhold til mad, måltider og fysisk aktivitet for speci-

Indsatsen bør, som beskrevet, altid tage udgangspunkt i en individuel vurdering af det enkeltes barns behov. Da svær overvægt beskrives som en tilstand, der både implicerer børn/unge og familiers helbred, livskvalitet og livsstil (kost, fysisk aktivitet/stillesiddende tid, søvn, psykosociale vilkår) må det som udgangspunkt være en *tværfaglig indsats*, **ikke** kun ved de særlige behov som beskrevet. Dette er også fint beskrevet i afsnittet 5.1.5. om 'Kompetencer ved livsstilsintervention til børn.'

Fra side 26:

> For at understøtte relations- og netværksdannelse børnene og familierne imellem og i forholdet til den sundhedsprofessionelle bør den sundhedsprofessionelle mestre relationskompetencer[68,69,71].
>
> Sundhedspersonale involveret i interventionen bør have forskellige kompetencer, hvilket er særlig vigtigt for indsatser til børn med psykosociale problemer[3].

Til dette tilføjes, at supervision af den tværfaglige gruppe af sundhedsprofessionelle, der arbejder med indsatser til børn/unge/familier med psykosociale problemer, bør være til rådighed. Både for *effektiviteten* af indsatsen, *kvalificering* af indsatsen, for at *undgå udbrændthed* (og f.eks. talen og indstillingen om at 'det er familierne der ikke er motiverede'), og for at *undgå stigmatisering* mv.

Sundhedsstyrelsen

Dansk Sygeplejeråd

Den 14. november 2019

Høring over "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og vokse"

Dansk Sygeplejeråd vil gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar til "Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalingerne for kommunale tilbud til børn og voksne".

Det er gode overordnede anbefalinger, men de kunne med fordel suppleres af flere konkrete eksempler på indsatser, der fokuserer på og tager højde for den enkeltes helhedssituation. De anbefalinger, der på nuværende tidspunkt foreligger, kan være svære at omsætte i praksis.

Dansk Sygeplejeråd mener ikke, at livsstilsinterventioner er tilstrækkeligt til at imødekomme den stigende udfordring med svær overvægt i samfundet. Det kræver forskellige typer af indsatser. Her mener Dansk Sygeplejeråd bl.a., at anbefalingerne bør suppleres med anbefalinger til strukturelle tiltag. Det kan være med til at understøtte den individbaserede tilgang til livsstilsinterventioner.
Det kan f.eks. være tiltag, der skal sikre, at børn i dagtilbud og skoler bevæger sig mindst en time hver dag og at sund kost er let tilgængeligt i dagtilbud, grundskoler, uddannelsesinstitutioner og på arbejdspladser. Det kan også være indsatser for mobbefri skoler og arbejdspladser, som skal øge trivslen.
Sammen med de individbaserede anbefalinger, kan strukturelle tiltag være med til at fastholde den enkelte i en sundere hverdag.

Med venlig hilsen

Grete Christensen
formand

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

From: Birgitte Holm Andersen (Favrskov Kommune)
Sent: 16. november 2019 15:55 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Cc: Maria Friis Hansen (Favrskov Kommune)
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Til Sundhedsstyrelsen

Vi har læst det fremsendte høringsudkast til Livsstilsinterventioner ved svær overvægt og har følgende bemærkninger:

- Den rette indsats til ældre borgere vil afhænge af alder og eventuelle geriatriske problemstillinger. Det anbefales derfor, at afsnittene omkring ældre (+ 65 årige borgere) nuanceres, så der i højere grad skelnes mellem raske og syge borgere. Herunder bør det beskrives, at man skal være påpasselig med vægttab hos syge ældre.

- Afsnit 3.4. Det fremgår, at borgerens egen læge kan henvise børn og voksne med alvorlige symptomer på tvangsoverspisning (BED) til den regionale psykiatri. Det er oplevelsen hos diætister i Favrskov Kommune, at der ikke er reel mulighed for dette. Afsnittet bør uddybes, så det fremgår tydeligt, hvordan en borger kan få behandling for tvangsoverspisning.

- Afsnit 5.2.1. Det anbefales, at "ernæringsscreening" erstattes med "ernæringsudredning". Ernæringsscreening er en metode, som bruges til at vurdere om borgere er i ernæringsmæssig risiko for underernæring. I den beskrevne situation er der ikke tale om en screening, men en udredning, hvor det afklares, hvordan behandlingen skal tilrettelægges. Det anbefales desuden, at "diætvejledning" erstattes med "vejledning". Der findes ikke decideret "diæt"-vejledning, men "diætbehandling", som omfatter vejledning, instruktion og undervisning.

- Afsnit 5.3.2. Det er uhensigtsmæssigt, at det anbefales, at vejledning foregår ansigt-til-ansigt fremfor telefonisk eller IT-baseret baseret på den usikre evidens. Der sker pt. stor udvikling på området og flere løsninger kombinerer digital og personlig vejledning. Favrskovs egne målinger peger på samme effekt af ansigt-til-ansigt-forløb og et digitalt vejledningsforløb med en indledende personlig samtale.

Med venlig hilsen

Birgitte Holm Andersen
Sundhedschef
Sundhed
Direkte: 8964 2401 - Mobil: 4064 6164
Besøgsadresse: Torvegade 7, 8450 Hammel, DK

Hovednummer: 8964 1010
Postadresse: Skovvej 20, 8382 Hinnerup, DK
EAN: 5798 0045 04994
Favrskov Kommune

Fra: Charlotte Markussen <CHMR@SST.DK>
Sendt: 21. oktober 2019 13:47
Cc: Charlotte Markussen <CHMR@SST.DK>
Emne: Høring: Livsstilsintervention ved svær overvægt

November 2019

Høringssvar til Sundhedsstyrelsens rapport:

"Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"

I mere end 20 år har jeg arbejdet som diætist og har derfor en betydelig praksiserfaring med at hjælpe borgere med vægttab og sundhed, som jeg håber Sundhedsstyrelsen vil tage med i deres betragtninger.

Grundlæggende er jeg enig i, at der mangler anbefalinger for, hvordan man rundt omkring i landet griber denne problemstilling an. I dag anvendes vidt forskellige metoder fra kommune til kommune, fra klinik til klinik og sågar fra behandler til behandler;

Low-carb/Keto, kalorie-tælling, Sense, Madmentor-modellen, Bloksukker-kuren, Vanecoach-modellen, personlig kostplan, Holbækmetoden. Metoder som alle stiller klienten et vægttab i sigte, og som hver især modsiger hinanden.

Den grundlæggende problemstilling er, at det selv med de bedste og længste interventioner, er meget svært at hjælpe folk til et betydeligt vægttab. Min erfaring gennem 20 år i klinikken er fuldstændig den, vi kan læse i litteraturen:

1. En hel del af klienterne taber sig pænt i løbet af de første 3-6 måneder
2. Herefter står vægttabet stille, går lidt op og ned de næste mange måneder, indtil klienten giver op.
3. I løbet af 2-5 år tager klienten de tabte kilo på igen.
4. Ganske få klienter taber sig rigtig meget. Men også blandt dem, kommer en meget stor andel tilbage efter nogle år og har taget det hele og måske mere på.

Som beskrevet i rapporten fra Lind et al, er et blivende vægttab på 3 kg formentlig det, man kan opnå i gennemsnit med selv meget omfattende livsstilsintervention. Det ligger meget langt fra de forventninger, klienten og for den sags skyld også behandleren har.

Denne manglende realitetsviden for begge partere, ser jeg, medfører et unødvendigt stort tilbage-/frafald. Det resulterer i en given op hos klienten, som forårsager en virkelig uhensigtsmæssig livsstil. Det er ikke fordi, klienten ikke vil være sund. Efter gentagne mislykkede vægttabsforsøg og uindfriede forventninger, er det dog ikke svært at forstå, at de mister troen på, at de overhovedet kan finde ud af at det.

Med den viden vi i dag har om den sundhedsskadelige effekt af såvel stigmatisering i samfundet, som internaliseret stigma, er det en rigtig uheldig spiral: Den meget store fokus på resultatet på vægten og de urealistiske forventninger til vægttabets størrelse, ender med at være medårsag til, at patienten i perioder lever meget usundt. Det ender i en såvel rigtig dårlig fysisk og mental tilstand, som i sidste ende underminerer borgerens sundhed.

Sund livsstil – ikke slankekure

Med Sundhedsstyrelsens rapport ønsker man at skabe nogle nye anbefalinger, som kan hjælpe borgere til at lægge livsstilen om til varige vaner for at opnå mere sundhed og trivsel for den enkelte og som ikke skal være en slankekur. Det glæder mig at læse.

Imidlertid er det indiskutabelt nødvendigt med et ikke ubetydeligt kalorieunderskud for at opnå et måleligt vægttab. Rapporten afdækker dog også helt rigtigt, de redskaber vi har, men som alle er afprøvet uden varig succes. Anbefalingerne til kommunerne indeholder derfor ikke noget nyt, som kommunerne ikke allerede har afprøvet.

Jeg vil foreslå, at de nye anbefalinger suppleres med informationer og retningslinjer for, hvordan kommunerne griber det an, når fokus skal være på sund livsstil og ikke slankekur.

Som en vigtig del af dette, at få oplyst borgere og aktører i kommunerne om, hvad de realistisk kan forvente af vægttabsforsøg samt at få formildet viden om, hvad der virkelig batter for borgerens sundhed (fysisk aktivitet, alkohol, rygning, mental sundhed, frugt og grønt). Det er også vigtig at få formidlet viden om konsekvenserne af stigmatisering helt ud til den enkelte behandler. Et emne, der desværre er helt fraværende i den nye rapport fra SST.

I min praksis, har jeg efter mange år med traditionel kontrolvejning af mine klienter, sat vægten i baggrund. Det har åbnet op for en helt anden dialog med klienten, som får mod og optimisme til igen at arbejde med deres sundhed. Især er det afgørende for mine klienter at vide, at deres "mislykkede" vægttabsforsøg, ikke skyldes deres manglende viljestyrke.

Tilsvarende har man for nyligt på Sydvestjysk Universitet startet et projekt op, hvor patienterne ikke evalueres på deres vægttab. I den internationale litteratur er der også flere lovende studier som viser, at en tilgang uden fokus på vægten, er mere effektiv i at forbedre forskellige aspekter af fysisk og psykisk adfærd end den traditionelle vægtfokuserede tilgang.

Som noget nyt og uafprøvet kunne anbefalingerne fra SST, derfor opfordre til, at borgerens fremgang evalueres på deres adfærd og ikke på et vægttab. Ligesom jeg ser et stort behov for at anbefalingerne tydeligt beskriver, hvordan kommunerne griber deres arbejde an, så det ikke bidrager til yderligere stigmatisering.

Jeg har såvel teoretisk som praktisk erfaring i, hvordan denne model for sundhedsfremme kan gribes an, som jeg gerne deler med Sundhedsstyrelsen.

Bedste hilsner

Inger Bols,

Aut. klinisk diætist

From: Frank Spring
Sent: 17. november 2019 20:26 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Til rette vedkommende

Der er en enkelt udtalelse fra Lejre vedr. høringen om materialet vedr. svær overvægt. Den følger hér:

Svar fra:
Gitte Bülow
Ernæringskonsulent, afdeling Sundhed
Center for Velfærd og Omsorg

Jeg har læst materialet igennem og glæder mig over de meget grundige anbefalinger og argumenterne herfor.

Jeg har kun en enkelt kommentar til anbefalingerne, som omhandler opsporing og italesættelse af overvægtsproblematik over for borgeren.
Her læser jeg, at den praktiserende læges ansvar for italesættelsen afhænger af, om patienten selv bringer emnet på bane, eller om konsultationen direkte vedrører vægt.
Det mener jeg er et problem.
Mange borgere med vægtproblematik stoler mest på egen læge, og ikke alle er i kontakt med andet sundhedspersonale, som faktisk direkte anbefales systematisk at screene for vægtproblematik ved kontakt med borger.

4.2. Opsporing og henvisning af voksne

Den praktiserende læge bør tale om vægt
og kropssammensætning med patienten og om patientens tanker omkring dette, ***hvis patienten selv bringer sin vægt på banen***, eller hvis patientens konsultation er relateret til
svær overvægt.

4.2.1. Opsporing og henvisning af ældre

Det anbefales, at medarbejdere på plejecentre, i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen
identificerer ældre med svær overvægt. For at identificere ældre med svær overvægt kan
medarbejdere i kontakt med ældre ***systematisk spørge ind til den ældres vægt og vægtudvikling***.

Med venlig hilsen
Frank Spring
Teamleder
Center for Børn og Læring
Tlf.: 4646 4646
Mob.: 2041 3377
E-mail: frsp@lejre.dk

Høringssvar

Faglig 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 høringsudkastet:

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 Fødevareinstituttet; 2015.

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

Fødevareinstituttet. Forebyggelse af tab af fysik, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer. Søborg: Fødevareinstituttet; 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 Cederholmc, 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 bioimpendans 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:
Fødevareinstituttet. Forebyggelse af tab af fysik, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer. Søborg: Fødevareinstituttet; 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 plejekrævende ældre som værende målgruppen? I det indledende afsnit redegøres netop for, at der er færre plejekrævende ældre end ikke-plejekrævende ældre, der er svært overvægtige. Denne "anbefaling" medfører en stor risiko for fejlernæring og underernæring, som følge 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

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

ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics (2018). Dorothee Volkerta,*, Anne Marie Beckb, Tommy Cederholmc, 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

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 ernæringsscreening**…"** Her må gerne præciseres hvad ernæringsscreening 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. Ernæringsscreening 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 ernæringsscreening (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 ernæringsscreeningen, 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 vægttab. Styrketræning er netop vigtigt for at bibeholde så meget muskelmasse som muligt under vægttabsforløbet, således at energibehovet ikke reduceres mere end højest nødvendigt ifm. vægttab. 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 vægttab 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 ernæringsscreening, 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"

Såfremt arbejdsgruppen ønsker dele af ovenstående uddybet er de meget velkomne til at kontakte FaKD ved bestyrelsesmedlem Randi Tobberup eller næstformand Trine Klindt på mail: rt@diaetist.dk / tk@ddiaetist.dk

På vegne af FaKDs bestyrelse
Randi Tobberup og Trine Klindt

København 17 november 2019

På vegne af Adipositasudvalget, Dansk Pædiatrisk Selskab

Høringssvar: *Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne.*

Overordnet set afspejler udkastet til *"Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"* at overvægt er kompliceret og kompliceres yderligere af multiple opfattelser og betragtninger. En konsekvens er, at anbefalingerne mangler konkrete værktøjer til de sundhedsprofessionelle/behandlerne, hvilket man kan frygte bliver en betydelig barriere for den senere implementering i kommunerne, hvilket er helt afgørende såfremt man vil sikre en effektiv og langtidsholdbar behandlingsløsning.

Generelle kommentarer:

Referencen *"Svær overvægt, udredning og behandling hos børn og unge i pædiatrisk regi"* udarbejdet af Dansk Pædiatrisk Selskab i 2016 (1) er gennemgående anvendt i anbefalingerne. Denne reference er baseret på to fundamentale betingelser, som slet ikke er nævnt eller berørt i Anbefalingerne, nemlig 1. at svær overvægt er en sygdom og 2. fedtmassen er endokrinologisk reguleret. Vi mener, at det er afgørende for at kunne forstå, udrede, diagnosticere, behandle og forebygge overvægt/svær overvægt, at man anerkender at svær overvægt er en kronisk progressiv sygdom i overensstemmelse med en række førende autoritære organisationer såsom WHO, American Medical Association, Canadian Medical Association og European Association for the Study of Obesity (2–6). Ligeledes er det vigtigt, at man forstår fedtmassens endokrinologi, som giver vigtige grundforståelser af energihomeostasen og de deraf følgende fysiologiske adaptationer til vægtændringer - fysiologiske adaptationer som bør indtænkes i både forebyggelse og behandling af svær overvægt.

En afgørende videnskabelig indvending er, at udkastet til Anbefalingerne overordnet er baseret på rapporten "*Evidens for livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt*" fra 2018, som primært har set på systematiske reviews af RCT studier og dermed fravælger vægtige resultater fra observationelle studier. I et nyere integrativt overview af de 6 seneste systematiske Cochrane reviews omhandlende overvægtsinterventioner, publiceret i International Journal of Obesity i 2018 af Louisa Ells et al.(7), konkluderes følgende:

"It is also important to acknowledge the limitations of RCT evidence when evaluating complex interventions. It may therefore be important to consider additional observational studies, where gaps remain in the RCT evidence."

Netop i konklusionen henledes der opmærksomhed på, at står man med svage RCT-resultater, så bør man være opmærksom på andre niveauer i evidenshierarkiet, hvilket er relevant for Anbefalingerne, idet de på nuværende tidspunkt udførte RCT studier internationalt set, er af meget lav kvalitet. Yderligere er der i skrivende stund udført meget få RCT-studier i Danmark. Under RCT-studier, i evidenshierarkiet, rangerer longitudinelle studier.
Derfor kan man med fordel drage nytte af en række longitudinelle studier udført i både primær- og sekundærsektoren, med tusindvis af danske børn, observeret i op til flere år, uden

fravælgelseskriterier, som viser, at 65-85% af børnene/de unge reducerer deres grad af overvægt(8–10). Derudover ses samtidige reduktioner i forhøjet blodtryk (11–13), kolesteroler (14), fedtlever (15), forældrenes grad af overvægt (16), appetit, niveau af mobning samt bedring af livskvalitet og kropsopfattelse(17,18). Disse resultater er opnået med mediant 5 timer af sundhedsprofessionel tid per patient per år.

Generelt bør der i anbefalingerne, ligesom i den moderne videnskabelige litteratur, anvendes et respektabelt sprog, som i sin enkelthed går ud på, at individer ikke omtales som værende en tilstand/sygdom (eks: "overvægtige mænd" eller "17% af de 9-13-årige er svært overvægtige"), men i stedet omtales som havende en tilstand/sygdom (eks: "mænd med overvægt" eller "17% af de 9-13-årige har svær overvægt").

Mere specifikke kommentarer:

1. I indledende afsnit blandes børn, unge, voksne, ældre og gravide sammen. Det kunne med fordel allerede her deles op i børn/unge, voksne/ældre samt gravide for at lette læsningen.
2. 3.2. Afgrænsning: Der er ikke evidens for at udelukke børn og unge med en spiseforstyrrelse fra behandling af deres overvægt. De bør naturligvis samtidig henvises til relevant instans for behandling af denne, men dette kan ske sideløbende med behandling af deres overvægt. (Se i øvrigt vedhæftede metaanalyse, som viser at prævalensen af spiseforstyrrelse falder undervejs i et intensivt vægttabsbehandlingsforløb) (19).
   Anbefalingerne bør ikke gå på at udelukke borgere med BED. Derfor bør formuleringen ændres fra "*Borgere med spiseforstyrrelser, herunder tvangsoverspisning kaldet Binge Eating Disorder (BED), har behov for et andet tilbud end livsstilsintervention ved svær overvægt*." til noget lignende "*Borgere med svær overvægt og spiseforstyrrelser, herunder tvangsoverspisning kaldet Binge Eating Disorder (BED), kan have behov for andre tilbud end udelukkende livsstilsintervention mod svær overvægt*."
3. 3.5.2: Komplikationer: Selvom psykosociale problemstillinger fylder en del blandt børn og unge med svær overvægt er det en underdrivelse at angive at komplikationer *kan forekomme* allerede i barndommen, når 20−51% af børn og unge med overvægt frembyder præ- eller reelt forhøjet blodtryk (20–22), 31% udviser fedt i leveren (23), 22−43% har dyslipidæmi (24,25),og 6−17% har præ-diabetes (26,27). Det bør derfor præciseres, at de fleste med overvægt i barnealderen vil formodentlig allerede i barnealderen frembyde mindst en komplikation til overvægt (og dermed vil det sandsynligvis være værre hvis man kun ser på børn og unge med svær overvægt).
4. 3.5.2: Komplikationer: Søvnapnø bør, som for voksne, nævnes blandt børn og unge med overvægt, da ca. 45% af børn og unge med overvægt har obstruktiv søvnapnø(28).
5. 4.1: Opsporing: Afsnittet vedr. opsporing af børn og unge er meget langt og kringlet formuleret. Udgangspunktet bør være at børn og unge med overvægt og svær overvægt skal henvises til relevant behandlingstilbud i kommunalt regi eller til børneafdeling. Det bliver forvirrende at der tidligere er nævnt netop kommunale tilbud og børne- og ungeafdelinger og nu pludselig beskrives regionale tilbud uden at disse uddybes. Reelt er der jo tale om hospitalsindsatser på regionernes børne- og

ungeafdelinger. Vedr. spiseforstyrrelser så se bemærkning tidligere vedr. denne gruppe af børn og unge.

6. Afsnit 5: Afsnittet sidst i introduktionen til dette afsnit leder læseren til at tro at BED udvikles som konsekvens af livsstilsinterventionen. Dette er der ingen evidens for. Hos børn og unge synes det modsatte tværtimod at være tilfældet(19). Hensyntagen til BED bør derfor væsentligt nedtones i den del af anbefalingerne som vedrører børn og unge.
7. 5.1.1: Afsnit vedr. adfærdsændring: Sætning: " Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle forholder sig til det enkelte barn og familien og ved fx manglende vægttab hos barnet ikke begrunder det med manglende motivation hos familien, men arbejder videre med at motivere barnet og familien ". Sidste del af sætningen bør omformuleres til "…arbejde videre med vægttabsindsatsen sammen med barnet og familien". Da det netop er beskrevet at det ikke er motivationen der er problemet. Tværtimod er intermitterende vægtøgning i løbet af et vægttabsprogram en del af sygdommens naturlige forløb og forventeligt.
8. Hvad angår afsnittet med "adfærdsændring", så har man tydeligvis taget det man vil anbefale til voksne (behovsvurdering der anvendes i "den afklarende samtale" til diabetes patienter og andre patienter med kronisk sygdom (ikke specifikt overvægt)), og direkte overført til børn. I de to kilder fra Steno Diabetes Center Copenhagen og SST, står der ikke noget om, at det er målrettet børn, hvilket selvfølgelig er problematisk. Ligeledes er den reference der anvendes i afsnittet omkring børn med kronisk sygdom, heller ikke henvendt til børn. I fraværet af evidens for specifikke effekter af enkelte metoder er det paradoksalt, at overvægt i anbefalingerne ikke anerkendes som en kronisk sygdom, men der alligevel henvises til en tilgang målrettet kronisk sygdom. Når der ikke er evidens for en teknik frem for den anden, så virker det underligt at man trods dette henviser til noget, der ikke er udviklet til børn.
9. 5.1.1: Uddrag fra afsnittet om kost: *"Børn med svær overvægt bør tilbydes diætbehandling, der indeholder diætvejledning med råd om en sund, fiberrig kost med lavt indhold af fedt og sukker med udgangspunkt i De officielle Kostråd (3,30). Individuel diætbehandling omfatter ernæringsscreening (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 (66)"*.
   <u>*Kommentar:*</u> Det er tankevækkende, at der henvises til en ernæringsscreening, som ikke er lavet til og målretttet mod børn, og dermed ikke oplyser om, hvordan man vurderer om børnene igennem deres kost, er sikret sufficiente mængder af makro- og mikronæringsstoffer, som skal danne udgangspunkt for ordentlig vækst og udvikling. Ligeledes mangler der en henvisning til hvordan man som sundhedsprofessionel/ behandler skal kunne vurdere hvem som er i underskud. Er det fordi man antager, at de sundhedsprofessionelle allerede besidder denne kompetence? På første side i pjecen vedrørende "De officiele kostråd", står der at man sikres behovet for vitaminer og mineraler samt sund vægt, men er disse kostråd også dækkende for børn der taber sig?
10. 5.1.1: Vedr. trivsel og livskvalitet: Her bør nævnes opmærksomhed på overgreb samt den skærpede underretningspligt.
11. 5.1.3. Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til børn: Der bør som udgangspunkt, og altid ved første samtale med barnet/familien, anbefales individbaserede indsatser, da børn og unge oftest vil have et eller flere

individfølsomme emner. Desuden er overvægt en kompleks tilstand, der kræver en høj grad af indsigt i den enkelte borgers liv for effektivt og respektfuldt at kunne håndtere og behandle overvægtsproblematikken; denne indsigt er praktisk taget umuligt at opnå via gruppebaserede forløb. Således bør anbefalingerne være "primært individbaserede indsatser med mulighed for senere at oprette tilpassede gruppeforløb som supplement".

12. 5.1.3: Omfang og varighed: Eftersom der benævnes at interventioner op til 2 år bidrager til fastholdelse og vægttabsvedligeholdelse indenfor denne periode, men at der ses vægtøgning efter endt behandling virker det ikke intuitivt korrekt at tilbyde behandling i blot 12 mdr. Det skulle ud fra ovenstående statement nærmere være 2 års behandling med mulighed for at fortsætte i tilbuddet hvis der fortsat er behov derefter.
13. 5.1.3: Sessionernes varighed: Det bliver meget bredt med angivelsen af 10-160 min sessioner, medmindre det specificeres hvad der kan klares på hvilken tid. Ligeledes virker 26 timer som meget, hvis det er direkte 1:1konfrontationstid. Det vil være ganske urealistisk at imødekomme i et kommunalt budget. Omvendt meget lidt hvis det alene fordeles på fysisk aktivitet, hvor 60 min hver 2. uge jo er langt fra nok, når anbefalingerne til børn og unge er at de skal være aktive 60 min om dagen. Det bliver vanskeligt at navigere i. Desuden beskrives der anbefalingen, med henvisning til 'reference 3', at "Der er ikke fundet noget litteratur i forhold til, om varigheden af sessionerne har en betydning for effekten af interventionen".
    5.1.3: Afslutning og opfølgning: Børn og unge som fortsat har et behandlingsbehov bør tilbydes at fortsætte i behandlingstilbuddet jf. evidensen for at vægten øges når behandlingen stoppes – i stil med andre kroniske sygdomme, der ligeledes forværres hvis behandlingen afbrydes. Hvis barnet og familien har opnået autonomi og selv varetager behandlingen, og barnet/den unge har en faldende vægtkurve – eller er stabiliseret med et BMI <90 percentilen kan barnet/den unge afsluttes og genhenvises ved behov.
14. *5.1.5. Kompetencer ved livsstilsintervention til børn:* Det er bekymrende med sætningen "Hvis elementet varetages af frivillige, skal de have specifik viden om fysisk aktivitet for børn med svær overvægt, fx ved at have gennemgået relevant instruktøruddannelse for frivillige." fordi begrebet "relevant instruktøruddannelse for frivillige" dækker så bredt, at der er stor sandsynlighed for at frivillige kan blive udsat for en sådan uddannelse, der ikke giver dem tilstrækkelig viden om overvægt. Disse instruktøruddannelser er typisk af kort varighed og kan tages af frivillige uden sundhedsfaglig baggrund. Endelig har amerikanske retningslinjer identificeret at en ringe sundhedsfaglig viden hos behandlere er en barriere for ordentlig behandling af børn og unge med overvægt.

Specifikke sproglige/grammatiske kommentarer:

1. Børneafdelinger benævnes nu i hele landet Børne- og ungeafdelinger.
2. 1.1. Baggrund og formål; Linje 7: "ikke tale slankekur…" ændres til "ikke tale om slankekur…"
3. 3.5.1. Karakteristika, Sidste sætning: Det er en uheldig formulering "…. i virkeligheden lider af BED." Foreslår at ændre til "…. Også lider af BED."

Referencer:

1. Cortes D, Holm J-C, Højgaard B, Bengtson Jacobsen R, Johansen A, Kjaersgaard M, et al. Svær overvægt, udredning og behandling hos børn og unge i pædiatrisk regi.

2. CMA recognizes obesity as a disease [Internet]. Available from: https://www.cma.ca/En/Pages/cma-recognizes-obesity-as-a-disease.aspx

3. AMA Adopts New Policies on Second Day of Voting at Annual Meeting [Internet]. Available from: https://news.cision.com/american-medical-association/r/ama-adopts-new-policies-on-second-day-of-voting-at-annual-meeting,c9430649

4. Farpour-Lambert NJ, Baker JL, Hassapidou M, Holm JC, Nowicka P, O'Malley G, et al. Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care - a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). Obes Facts. 2015 Jan 16;8(5):342–9.

5. Hebebrand J, Holm J-C, Woodward E, Baker JL, Blaak E, Durrer Schutz D, et al. A Proposal of the European Association for the Study of Obesity to Improve the ICD-11 Diagnostic Criteria for Obesity Based on the Three Dimensions Etiology, Degree of Adiposity and Health Risk. Obes Facts. 2017;10(4):284–307.

6. WHO. Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region. An overview and country perspectives (2019). 2019 May 1;

7. Ells LJ, Rees K, Brown T, Mead E, Al-Khudairy L, Azevedo L, et al. Interventions for treating children and adolescents with overweight and obesity: an overview of Cochrane reviews. Int J Obes. 2018 Nov 9;42(11):1823–33.

8. Holm J-C, Gamborg M, Bille DS, Gr Nb K HN, Ward LC, Faerk J. Chronic care treatment of obese children and adolescents. Int J Pediatr Obes IJPO Off J Int Assoc Study Obes. 2011 Aug;6(3–4):188–96.

9. Most SW, Højgaard B, Teilmann G, Andersen J, Valentiner M, Gamborg M, et al. Adoption of the children's obesity clinic's treatment (TCOCT) protocol into another Danish pediatric obesity treatment clinic. BMC Pediatr. 2015 Mar;15(1):13.

10. Mollerup PM, Gamborg M, Trier C, Bøjsøe C, Nielsen TRH, Baker JL, et al. A hospital-based child and adolescent overweight and obesity treatment protocol transferred into a community healthcare setting. Taheri S, editor. PLOS ONE. 2017 Mar 6;12(3):e0173033.

11. Hvidt KN, Olsen MH, Ibsen H, Holm J-C. Effect of changes in BMI and waist circumference on ambulatory blood pressure in obese children and adolescents. J Hypertens. 2014 Jul;32(7):1470–7; discussion 1477.

12. Mollerup PM, Lausten-Thomsen U, Fonvig CE, Baker JL, Holm J-C. Reductions in blood pressure during a community-based overweight and obesity treatment in children and adolescents with prehypertension and hypertension. J Hum Hypertens. 2017 Oct 11;31(10):640–6.

13. Holm J-C, Gamborg M, Neland M, Ward L, Gammeltoft S, Heitmann BL, et al. Longitudinal changes in blood pressure during weight loss and regain of weight in obese boys and girls. J Hypertens. 2012 Feb;30(2):368–74.

14. Nielsen TRH, Gamborg M, Fonvig CE, Kloppenborg J, Hvidt KN, Ibsen H, et al. Changes in Lipidemia during Chronic Care Treatment of Childhood Obesity. Child Obes Print. 2012 Nov 26;8(6):533–41.

15. Fonvig CE, Chabanova E, Ohrt JD, Nielsen LA, Pedersen O, Hansen T, et al. Multidisciplinary care of obese children and adolescents for one year reduces ectopic fat content in liver and skeletal muscle. BMC Pediatr. 2015;15(1).

16. Trier C, Dahl M, Stjernholm T, Nielsen TRH, Bøjsøe C, Fonvig CE, et al. Effects of a Family-Based Childhood Obesity Treatment Program on Parental Weight Status. PLOS ONE. 2016 Aug;11(8):e0161921.

17. Fonvig CE, Hamann SA, Nielsen TRH, Johansen MØ, Grønbæk HN, Mollerup PM, et al. Subjective evaluation of psychosocial well-being in children and youths with overweight or obesity: the impact of multidisciplinary obesity treatment. Qual Life Res. 2017 Jul 31;

18. Mollerup PM, Nielsen TRH, Bøjsøe C, Kloppenborg JT, Baker JL, Holm J-C. Quality of life improves in children and adolescents during a community-based overweight and obesity treatment. Qual Life Res. 2017 Feb 17;

19. Jebeile H, Gow ML, Baur LA, Garnett SP, Paxton SJ, Lister NB. Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. Obes Rev. 2019;20(9):1287–98.

20. Holm J-C, Gamborg M, Neland M, Ward L, Gammeltoft S, Heitmann BL, et al. Longitudinal changes in blood pressure during weight loss and regain of weight in obese boys and girls. J Hypertens. 2012;30(2):368–74.

21. Schwandt P, Scholze JE, Bertsch T, Liepold E, Haas GM. Blood Pressure Percentiles in 22,051 German Children and Adolescents: The PEP Family Heart Study. Am J Hypertens. 2015 Jan 5;28(5):672–9.

22. Yang Q, Zhong Y, Merritt R, Cogswell ME. Trends in High Blood Pressure among United States Adolescents across Body Weight Category between 1988 and 2012. J Pediatr. 2016 Feb;169:166-173.e3.

23. Fonvig CE, Chabanova E, Andersson EA, Ohrt JD, Pedersen O, Hansen T, et al. 1H-MRS Measured Ectopic Fat in Liver and Muscle in Danish Lean and Obese Children and Adolescents. PLoS ONE. 2015 Aug 7;10(8):e0135018.

24. Nielsen TRH, Gamborg M, Fonvig CE, Kloppenborg J, Hvidt KN, Ibsen H, et al. Changes in lipidemia during chronic care treatment of childhood obesity. Child Obes Print. 2012 Dec;8(6):533–41.

25. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of abnormal lipid levels among youths --- United States, 1999-2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2010 Jan 22;59(2):29–33.

26. Hagman E, Reinehr T, Kowalski J, Ekbom A, Marcus C, Holl RW. Impaired fasting glucose prevalence in two nationwide cohorts of obese children and adolescents. Int J Obes 2005. 2014 Jan;38(1):40–5.

27. Li C, Ford ES, Zhao G, Mokdad AH. Prevalence of Pre-Diabetes and Its Association With Clustering of Cardiometabolic Risk Factors and Hyperinsulinemia Among U.S. Adolescents: National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006. Diabetes Care. 2009 Feb 1;32(2):342–7.

28. Andersen IG, Holm J-C, Homøe P. Obstructive sleep apnea in children and adolescents with and without obesity. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. 2019 Mar;276(3):871–8.

Received: 15 February 2019 | Revised: 25 March 2019 | Accepted: 31 March 2019

DOI: 10.1111/obr.12866

WILEY obesityreviews

Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis

Hiba Jebeile[1,2] | Megan L. Gow[1,2] | Louise A. Baur[1,2] | Sarah P. Garnett[1,2] | Susan J. Paxton[3] | Natalie B. Lister[1,2]

[1] The University of Sydney, Children's Hospital Westmead Clinical School, Westmead, Australia

[2] Institute of Endocrinology and Diabetes and Weight Management Services, The Children's Hospital at Westmead, Westmead, Australia

[3] School of Psychology and Public Health, La Trobe University, Melbourne, Australia

Correspondence
Hiba Jebeile, The University of Sydney, Children's Hospital Westmead Clinical School, Westmead, Australia.
Email: hiba.jebeile@health.nsw.gov.au

Summary

This review aimed to investigate the impact of obesity treatment, with a dietary component, on eating disorder (ED) prevalence, ED risk, and related symptoms in children and adolescents with overweight or obesity. Four databases were searched to identify pediatric obesity treatment interventions, with a dietary component, and validated pre-post intervention assessment of related outcomes. Of 3078 articles screened, 36 met inclusion criteria, with a combined sample of 2589 participants aged 7.8 to 16.9 years. Intervention duration ranged from 1 week to 13 months, with follow-up of 6 months to 6 years from baseline. Prevalence of ED was reported in five studies and was reduced post-intervention. Meta-analyses showed a reduction in bulimic symptoms (eight studies, standardized mean difference [SE], −0.326 [0.09], $P < 0.001$), emotional eating (six studies, −0.149 [0.06], $P = 0.008$), binge eating (three studies, −0.588 [0.10], $P < 0.001$), and drive for thinness (three studies, −0.167 [0.06], $P = 0.005$) post-intervention. At follow-up, a reduction in ED risk (six studies, −0.313 [0.13], $P = 0.012$), emotional eating (five studies, −0.259 [0.05], $P < 0.001$), eating concern (three studies, −0.501 [0.06], $P < 0.001$), and drive for thinness (two studies, −0.375 [0.07], $P < 0.001$) was found. Structured and professionally run obesity treatment was associated with reduced ED prevalence, ED risk, and symptoms.

KEYWORDS

dieting, disordered eating, pediatrics, weight loss

1 | INTRODUCTION

Over the past 40 years, the worldwide prevalence of childhood obesity has increased.[1] In 2016, it was estimated that 337 million children and adolescents (5-19 y) had overweight or obesity, with 5.6% of girls and 7.8% of boys with obesity.[1] Childhood obesity is associated with a range of comorbidities including cardiovascular, metabolic, and orthopaedic complications.[2] Of particular concern is the predicted increase in early onset type 2 diabetes, which when diagnosed during childhood is associated with earlier complications and has a higher risk of

Abbreviations: BED, binge eating disorder; BN, bulimia nervosa; ED, eating disorder

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.
© 2019 The Authors. *Obesity Reviews* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of World Obesity Federation

mortality than type 1 diabetes.[3,4] In contrast, eating disorders (ED) are generally rare[5] but carry one of the highest mortality risks of any psychiatric disorder.[6] The prevalence of any ED was reported to be 1.4% in a US sample of 4524 children aged 9 to 10 years.[7] Similarly, a lifetime prevalence of 1.7% for anorexia nervosa, 0.8% for bulimia nervosa (BN), and 2.3% for binge eating disorder (BED) was reported in a Dutch sample of 1584 adolescents,[8] on the basis of the most recent *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*Fifth Edition*) criteria.[9]

Lifestyle intervention, often with dietary, physical activity, and/or behavioral components, is the first-line treatment for childhood obesity. However, dieting, as a self-reported practice to control weight, has been associated with an increased risk of disordered eating and the development of ED in observational studies. For example, Project EAT, a longitudinal cohort of 2516 adolescents in the United States, reported up to an eight times increased risk of binge eating following reported dieting behaviors.[10] Similarly, an Australian cohort of 888 adolescents followed for 3 years found that adolescents who reported dieting had a five- to 18-fold increased risk of developing an ED.[11] However, these studies were in predominantly healthy weight adolescents and may not be generalizable to a population of young people seeking treatment for obesity or where weight management is medically indicated.

Considering the cornerstone component of childhood obesity treatment involves dietary change, often coupled with energy restriction,[2] it is important to examine the safety implications of these interventions and the impact on ED risk and the development of clinical ED. A 2005 narrative review of five studies assessing the relationship between pediatric obesity treatment and ED[12] concluded that professionally administered weight loss programs for pediatric overweight or obesity have minimal risk of precipitating ED and that significant improvements in psychological status were observed.[12] However, to our knowledge, this relationship has not been systematically examined. Therefore, the aim of this systematic review with meta-analysis was to assess the impact of obesity treatment, with a dietary component, on the prevalence of ED, ED risk, and related symptoms in children and adolescents with overweight or obesity.

2 | METHODS

The protocol[13] for this review was registered with PROSPERO (CRD42017069496), accessible at https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=69496, and has been reported according to Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA)[14] guidelines.

2.1 | Eligibility criteria

Eligible studies recruited treatment-seeking children and/or adolescents (≤18 y), with overweight or obesity (defined as body mass index [BMI] above a healthy weight range, BMI z-score > 1, clinical diagnosis, or study population reported as having overweight or obesity). Intervention studies were eligible for inclusion including randomized controlled trials, nonrandomized controlled trials, noncontrolled trials (pre-post studies), and retrospective medical record reviews. Interventions included a nutrition education or prescriptive dietary component and excluded case reports, bariatric surgery, pharmacotherapy, and online interventions. Interventions conducted in residential camps, community, and hospital settings were included, as were individual-, family-, and group-based programs. Studies were required to report on the prevalence of clinical ED, ED risk, and/or ED-related symptoms including bulimic symptoms, binge eating, emotional eating, drive for thinness, and/or eating concern, using a validated assessment tool. Outcome data needed to be reported at pre-intervention and post-intervention or follow-up or as a mean change across the intervention period. Explicit weight maintenance periods were included within the intervention period if there was ongoing contact with study personnel. Data at the latest follow-up were collected when reported, this being defined as a period within which there was no contact with study personnel and no intervention delivery.

Excluded studies focused on prevention of overweight or included healthy weight participants. Interventions relating to the treatment of ED or psychological morbidity were also excluded, as were studies treating secondary or syndromic causes of obesity. No limitation was placed on intervention duration, length of follow-up, or date, but this review was limited to studies published in the English language.

2.2 | Search strategy

A systematic search of published literature up to August 2018 was undertaken using the electronic databases MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, and PsychINFO. Keywords were searched as both Medical Subject Headings (MeSH) of the National Library of Medicine and as independent search terms, for example, overweight, obesity, weight loss, diet therapy, calorie restriction, ED, disordered eating, binge eating, and bulimia (Table S1). Relevant truncations and adjacencies were used to enhance results by allowing variations of search terms. The search was limited to studies in children and adolescents. Hand searching of reference lists was conducted to identify studies that may have been missed.

Removal of duplicates and screening of eligible studies were conducted using Covidence online software (Veritas Health Innovation Ltd, Australia). Records were first assessed by title and abstract and then full text. All records were independently assessed for inclusion in duplicate on the basis of the defined criteria. Discrepancies were resolved through discussion by H. J and M. L. G. or N. B. L.

2.3 | Data extraction

Data were independently extracted from eligible studies by one reviewer and cross-checked for accuracy by a second reviewer. Extracted data included sample characteristics, BMI classification,

and baseline psychopathology; intervention setting, intensity, and design; tools used to assess outcome measures; and pre-, post-intervention, and follow-up data for both ED-related and weight-related outcomes (BMI and BMI z-score were primarily extracted where available; if not reported, other relevant weight-related outcomes were extracted). If data pertinent to the review were not reported, authors were contacted to obtain this. Studies were excluded if the author could not be contacted after two attempts or the required data could not be obtained.

2.4 | Risk of bias

Studies were assessed for quality using the US Academy of Nutrition and Dietetics Quality Criteria Checklist: Primary Research[15] by two reviewers, with discrepancies resolved through discussion (H. J and M. L. G.). The checklist allows an objective rating (positive, neutral, or negative) to be given to each study. Publication bias was assessed by visual inspection of a funnel plot and use of the classic fail-safe N statistic[16] with interpretation based on the tolerance level suggested by Rosenthal.[17]

2.5 | Data synthesis

Meta-analyses were performed to determine the difference in means of outcome measures from baseline to post-intervention and follow-up using the Comprehensive Meta-analysis (CMA) package, version 3.0 (Biostat, Englewood, New Jersey), and presented in the form of forest plots. As a range of tools were used to report outcome measures, a standardized mean difference (SMD) was used to calculate an effect size (where 0.2 = small effect, 0.5 = medium effect, and 0.8 = large effect),[18] allowing outcomes to be combined in meta-analysis. All intervention arms of a study were included in the meta-analysis of outcome measures. Where included studies reported data that were unable to be included in meta-analysis, a narrative synthesis of results was conducted. A meta-analysis of randomized controlled trials including a no-treatment control group was conducted to assess intervention effect where at least two studies reported data. Moderator analysis was conducted to identify intervention characteristics that may impact on ED risk and ED-related symptoms. Categorical moderators were used where at least two studies were available in each group to allow comparison, including setting (inpatient/camps, tertiary hospital outpatient, community, and school), intensity (daily, weekly/biweekly, monthly, and >monthly contact with the study team), physical activity component (no physical activity component reported, education only, and structured exercise program), energy prescription (no, nutrition education only; yes, prescribed energy target), inclusion of ED-related content, and involvement of a psychologist, counsellor, or therapist in the intervention delivery. Meta-regression was used to assess the association between change in ED risk with continuous variables including mean age at baseline, duration of intervention (wk), and the effect size for change in weight-related outcomes. Heterogeneity between studies was assessed using the I^2 statistic. A random-effect model was used because of assumed heterogeneity between studies. *P* values of ≤0.05 were considered statistically significant.

3 | RESULTS

3.1 | Included studies

Of 3078 articles identified during the literature search, 36 articles representing 29 studies, published between 2000 and 2018, were included (Figure 1). Study characteristics are summarized in Table S2. In brief, 18 articles reported on noncontrolled trials (pre-post),[19-36] 17 on randomized controlled trials,[37-53] and one on a nonrandomized controlled trial.[54] Studies were conducted in the United States,[19,32,33,42,44-47,52,53] Belgium,[20-22,35,36,38] Brazil,[23-27] Australia,[37,39,48,49] the United Kingdom,[29,34,41] the Netherlands,[31,43,50] Canada,[40] Iran,[51] Israel,[30] Romania,[54] and Spain.[28] Interventions were conducted in tertiary hospital outpatient[19,23-29,32,40,43-45,47-49,52,54] or hospital inpatient treatment programs,[20-22,35,36] community settings,[33,34,37,39,46,50,51] primary care facilities,[41,42] a combination of a residential component and tertiary hospital outpatient program,[30,31,38] or within a school-based health clinic.[53] The participant sample size of each study ranged from 17 to 220 children or adolescents with overweight or obesity, with a combined sample of 2589 participants. At baseline, the mean age ranged from 7.8 to 16.9 years, mean BMI from 27.4 to 44.8 kg/m^2, and a mean BMI z-score from 2.00 to 3.42. Intervention duration ranged from 1 week to 13 months, with a follow-up of 6 months to 6 years from baseline reported in 19 studies.[19-22,29,31,33,36-38,40-42,44-50,52,54]

3.2 | Intervention design

Interventions were led by multidisciplinary teams,[20-27,30,31,34-36,38,41-43,48,49,51] defined as two or more health professionals (physician, dieticians/nutritionists, exercise physiologists, personal trainers, and psychologists/therapist and nurse) in 14 studies. Personnel involved in delivering the intervention were not reported in five studies,[29,32,33,46,47] with the remaining studies delivered by a single health professional or trained consultant.

Nutrition education included a range of topics relating to following a balanced diet, including fruit and vegetable intake, healthy snacks, reducing intake of sugar-sweetened beverages and/or fat, and portions sizes. A prescriptive energy target ranging from 1000 to 1900 kcal/d was reported in 10 studies.[20-22,30,33,35,36,38,42,44,47-49] A moderate calorie restriction of 10% to 40% was prescribed for 3 weeks in the study by De Miguel-Etayo et al, followed by transition to a flexible meal plan.[28] Physical activity education focused on goal setting for increased activity each week and a reduction in sedentary behaviors. Supervised exercise classes were provided in 14 studies,[20-27,30-33,35,36,38,43,46,48,49,51] and one study[50] did not report the inclusion of a physical activity component. All interventions involved behavior modification strategies, including problem solving, goal setting, self-

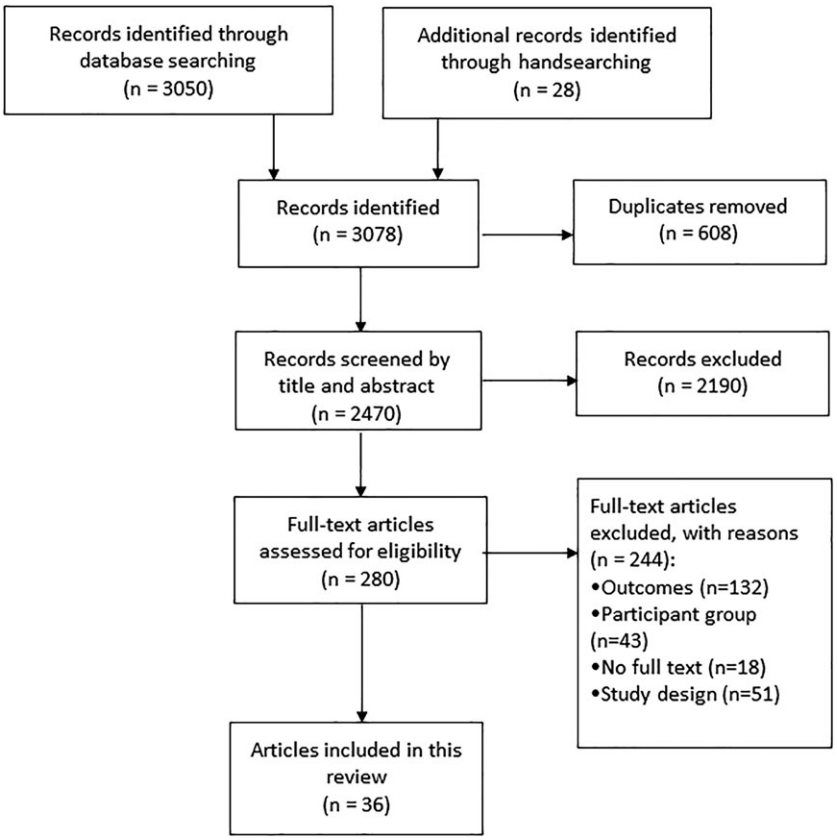


FIGURE 1 Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) flow diagram of the literature search and screening process

monitoring, and stimulus control, with some studies addressing ED specifically,[23-27] eating behaviors,[28,30,31,39,42,50,54] and/or body image[23-27,30,37,42,46,47] during these sessions. A psychologist, counsellor, or therapist was reported to be involved in intervention delivery in 17 studies.[20-27,30,31,34-36,38,39,41-44,50,52,54]

Outcomes were reported using 20 validated assessment tools[55-76] and included the prevalence of ED, ED risk, bulimic symptoms, binge eating, emotional eating, drive for thinness, and eating concern.

3.3 | Risk of bias assessment

Of the 36 studies that met the inclusion criteria, 11 studies obtained a positive quality rating and 25 a neutral rating (Table S2). Studies received a neutral quality rating if the intervention did not have a comparator group or if participant selection processes were poorly described.

3.4 | Prevalence of diagnosed eating disorders

The change in prevalence of BN or BED between pre- and post-intervention was reported in five studies.[22,23,35,36,42] All studies reported a resolution of BN or BED for some participants. No studies reported on anorexia nervosa.

Diagnosis of BN and BED was assessed following a 10-month hospital inpatient treatment program in two studies.[35,36] Van Vlierberghe et al[35] reported that of 76 participants at baseline, one had BN and five had BED, all of which had resolved post-intervention. Similarly, from 110 participants who completed the 24-month follow-up measures in the study by Braet et al,[36] a reduction in BN from 3% at baseline to 1% at both post-intervention and 24-month follow-up was reported, as was a reduction in BED from 32% at baseline to 5% at post-treatment, and 1% at 24-month follow-up. DeBar et al[42] reported a reduction in the prevalence of binge-related ED in study completers in both the intervention (12.4% to 2.2% to 0%, n~100) and usual care control group (12.8% to 4.8% to 1.3%, n~100) from baseline to post-intervention and 12-month follow-up. Carnier et al[23] reported an 89% decreased prevalence of adolescents with obesity and ED following a 12-month interdisciplinary intervention but did not report data by disorder. The development of BED was reported in one study. Goossens et al[22] reported that of 56 participants assessed at the 6-year follow-up timepoint, following a 10-month inpatient treatment program, no participants had BED at baseline, and three participants had developed BED at the 6-year follow-up.

3.5 | Eating disorder risk

The total score on tools measuring ED risk, ED pathology, or disordered eating attitudes/behaviors was used to report on overall ED risk. Seven different assessment tools[60,61,65-68,74] were used across 13 studies.[20,29,30,32,33,37,41,44-47,52,53] A significant reduction in ED risk was reported in three studies[20,41,53] and no change in six

studies[30,32,37,46,47,53] post-intervention. The work of Edwards et al[29] was the only study to report a significant increase in ED risk. The authors attributed this increase to the scores on the dieting behavior subscale, specifically, the items "I stay away from foods with sugar in them," "I eat diet foods," and "I have been dieting," all of which increased (all $P < 0.05$). Items assessing abnormal eating behaviors and attitudes (food preoccupation, anorexia, or bulimia) were not changed significantly during treatment.[29] Four studies reported follow-up data only, reporting no change[33,44,45] or a significant reduction in ED risk.[52]

Meta-analysis of the intervention arms from nine studies,[20,29,30,32,37,41,46,47,53] with a combined sample of 491 participants, found no change in ED risk post-intervention (Figure 2A; SMD [SE], −0.10 [0.10], $P = 0.317$, I^2 86%). A follow-up measure of up to 4.6 years from baseline was reported in six studies,[20,33,44-46,52] with a combined effect of −0.31 [0.13], $P = 0.012$, I^2 88% (Figure 2B) representing a reduction in ED risk. Funnel plots appeared symmetrical, and the classic fail-safe N statistic estimated that 91 unpublished studies would be required for $P > 0.05$ at follow-up, and therefore, publication bias is unlikely. Moderator analysis found that intervention intensity ($P < 0.001$) and inclusion of ED-related content ($P = 0.021$) had a significant effect on ED risk. Studies with daily contact had a larger effect on ED risk post-intervention (two studies, −0.47 [0.10], $P < 0.001$), compared with studies with weekly/biweekly contact (six studies, 0.08 [0.07], $P = 0.30$). Studies that reported inclusion of ED-related content (four studies, 0.08 [0.05], $P = 0.096$) had a smaller effect on ED risk than studies without ED-related content (six studies, −0.26 [0.14], $P = 0.062$), although neither group showed a significant change. There was no effect based on use of energy prescription, inclusion of a physical activity component, or involvement of a psychologist. Meta-regression found a small correlation between intervention duration and change in ED risk ($R^2 = 0.29$, $P = 0.05$), where longer interventions had a greater reduction in ED risk. There was no effect based on participant age at baseline.

Two studies reported on participants with scores above a clinical cut-point for ED risk. Epstein et al[44] reported a reduction to below clinical cut-points at the 24-month follow-up from an elevated score at baseline in six children. Scores remained elevated from baseline in six children and increased to above the clinical cut-points in seven children. Follansbee-Junger et al[46] reported a downward trend in the number of youth with scores in the clinical range from baseline to 10-month follow-up in both the intervention (12.5% to 8.6%) and waitlist groups (31.6% to 13.3%).

3.6 | Eating disorder–related symptoms

3.6.1 | Bulimic symptoms

The change in bulimic symptoms was measured using six different assessment tools[56,66,67,70,71,74] reported in eight studies[24,25,28,30,34,37,39,41] at post-intervention only, two studies[22,44] at follow-up only, and one study[36] at both timepoints. Eight studies[22,24,25,28,34,36,41,44] reported a significant reduction in bulimic symptoms, and three studies[30,37,39] reported no change post-intervention. Meta-analysis of the intervention arm from eight studies,[25,28,30,34,36,37,39,41] with a combined sample of 375 participants, found a reduction in bulimic symptoms post-intervention (Figure 3A; −0.33 [0.09], $P < 0.001$, I^2 72%). This change was no longer statistically significant at follow-up of up to 6 years from baseline (Figure 3B; −0.25 [0.24], $P = 0.30$, I^2 94%), as reported in three studies.[22,36,44] Publication bias is unlikely (funnel plot symmetry, fail-safe N = 105 studies). Moderator analysis and meta-regression found no effect by participant age, duration of the intervention, inclusion of ED-related content, use of energy prescription, inclusion of a physical activity component, or involvement of a psychologist.

Two studies reported on participants with scores above a clinical cut-point for bulimic symptoms.[21,25] Braet et al[21] identified seven children at baseline with elevated scores, five of which had returned to normal at post-treatment. Similarly, Carnier et al[25] reported the presence of some bulimic symptoms in all enrolled adolescents at baseline, with a significant reduction post-intervention to 63% in boys and 70% in girls.

3.6.2 | Binge eating

The prevalence of binge eating was reported in five studies.[22,25,26,35,36] A reduction in the prevalence of binge eating between

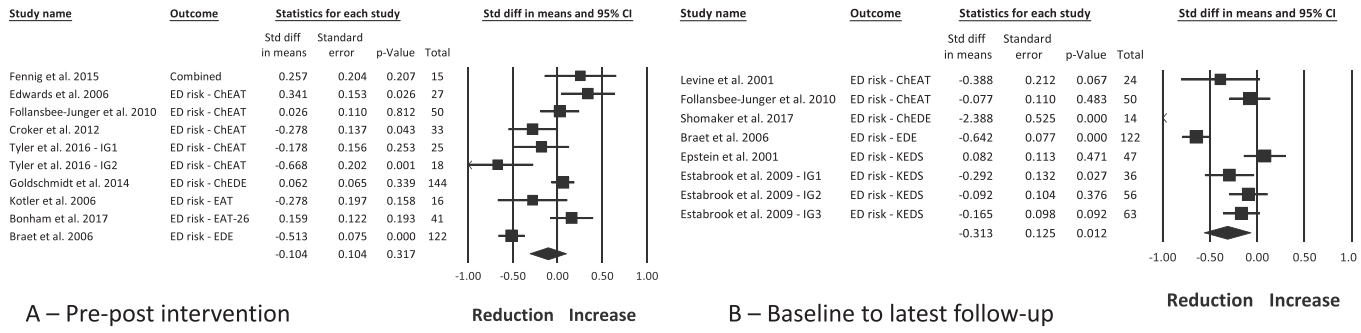


FIGURE 2 Meta-analysis of the change in eating disorder risk between pre- and post-intervention (A) and between baseline and the latest follow-up timepoint (B), following obesity treatment with a dietary component in children and adolescents with overweight and obesity.
ChEAT, Children's Eating Attitudes Test; ChEDE, Child Eating Disorder Examination; EAT, Eating Attitudes Test; EAT-26, Eating Attitudes Test-26 items; EDE, Eating Disorder Examination; IG, intervention group; KEDS, Kids Eating Disorder Survey

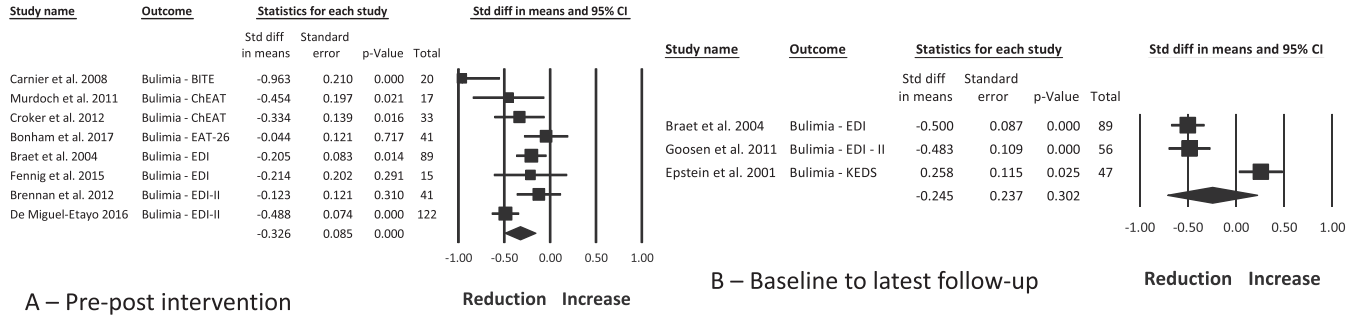


FIGURE 3 Meta-analysis of the change in bulimic symptoms between pre- and post-intervention (A) and between baseline and the latest follow-up timepoint (B), following obesity treatment with a dietary component in children and adolescents with overweight and obesity. BITE, Bulimic Investigatory Test; ChEAT, Children's Eating Attitudes Test; EAT-26, Eating Attitudes Test-26 items; EDI, Eating Disorder Inventory; EDI-II, Eating Disorder Inventory-second edition; KEDS, Kids Eating Disorder Survey

pre- and post-intervention was reported by Braet et al[36] (54% to 19%) and Van Vlierberghe et al[35] (30.3% to 12.9%) following a 10-month inpatient treatment program and by Damaso et al[26] (6% to 2%) following a 24-week multidisciplinary tertiary hospital outpatient program. Goossens et al[22] reported an overall reduction in objective (eight to four participants) and subjective binge eating (nine to one participants) but also the development of these behaviors in four participants of 47 enrolled in the study. Carnier et al[25] reported the change in BED symptoms by sex. At baseline, 63% of boys and 25% of girls presented with BED symptoms, and following a 12-month interdisciplinary intervention, these values decreased significantly to 25% and 10%, respectively, with a reported decrease in symptom severity.

The severity or frequency of binge eating was measured using three different assessment tools[55,60,61] in four studies.[20,24,27,35] All studies reported a reduction in binge eating. Meta-analysis of the intervention arm from three studies,[20,27,35] with a combined sample of 198 participants, found an overall combined effect representing a significant reduction in binge eating post-intervention (Figure 4; −0.59 [0.10], $P < 0.001$, I^2 41%). Publication bias is unlikely (funnel plot symmetry, fail-safe N = 74 studies). Braet[20] reported a sustained significant reduction in binge eating at follow-up of 36 months from baseline (−0.49 [0.07], $P < 0.001$).

3.6.3 | Emotional eating

The change in emotional eating was measured using five different assessment tools[59,63,64,72,73,75] and reported in two studies[43,51] at post-intervention only, two studies[38,54] at follow-up only, and five studies[19,31,36,40,48,49] at both timepoints. Three studies reported a reduction[19,40,43] and four studies reported no change[36,38,51,54] in emotional eating, and one study[31] reported a reduction in boys but not girls. One study[48,49] reported no change in emotional eating post-intervention and a reduction at follow-up. Meta-analysis of the intervention arm from six studies,[19,31,36,43,48,49,51] with a combined sample of 508 participants, found a small combined effect indicating a reduction in emotional eating (Figure 5A; −0.15 [0.06], $P = 0.008$, I^2 47%). This was maintained at follow-up of up to 36 months from baseline in six studies[19,31,36,38,48,49,54] (Figure 5B; −0.21 [0.06], $P = 0.001$, I^2 47%). Publication bias is possible post-intervention (funnel plot symmetry, fail-safe N = 22 studies) but unlikely at follow-up (funnel plot symmetry, fail-safe N = 43 studies). Moderator analysis found a significant effect for use of an energy prescription ($P = 0.05$), whereby studies without an energy prescription, providing nutrition education only, had a small reduction in emotional eating (four studies, −0.22 [0.07], $P = 0.003$), compared with studies with an energy prescription that did not have an effect on emotional eating

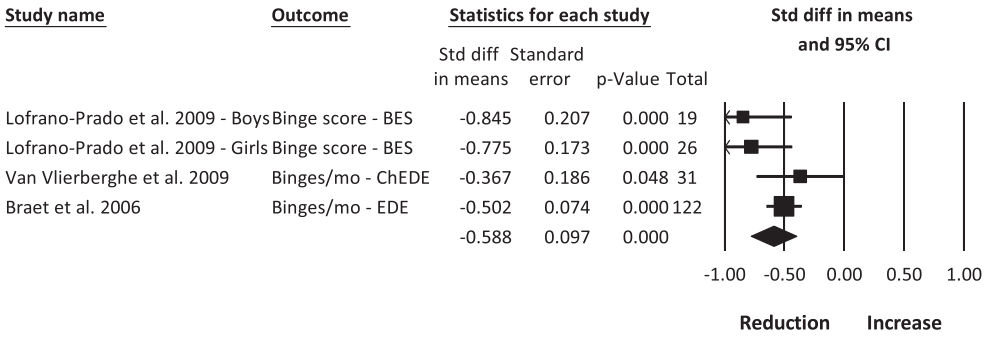


FIGURE 4 Meta-analysis of the change in binge eating between pre- and post-intervention following obesity treatment with a dietary component in children and adolescents with overweight and obesity. BES, binge eating scale; ChEDE, Child Eating Disorder Examination; EDE, Eating Disorder Examination

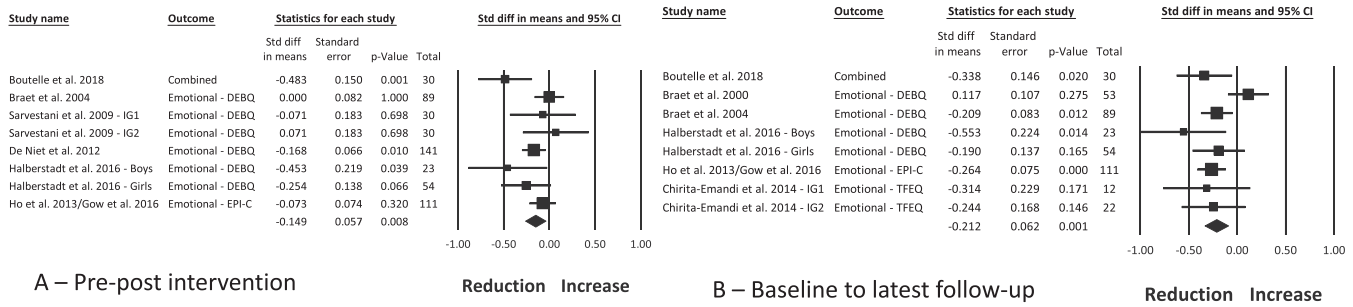


FIGURE 5 Meta-analysis of the change in emotional eating between pre- and post-intervention (A) and between baseline and the latest follow-up timepoint (B), following obesity treatment with a dietary component in children and adolescents with overweight and obesity. Combined, combined subscales of the emotional eating scale; DEBQ, Dutch Eating Behaviour Questionnaire; EPI-C, Eating Pattern Inventory for Children; IG, intervention group; TFEQ, Three-Factor Eating Questionnaire

(two studies, −0.04 [0.06], P = 0.067). There was no effect based on age of participants at baseline, duration of the intervention, inclusion of ED-related content or a physical activity component, or involvement of a psychologist.

3.6.4 | Drive for thinness

Drive for thinness was measured using two versions of the Eating Disorder Inventory[70,71] in four studies,[22,28,36,39] two[28,39] reporting no change, and two[22,36] a significant reduction. Braet et al[36] reported that those who withdrew from the study had significantly higher baseline scores on drive for thinness. Meta-analysis of the intervention arm from three studies[28,36,39] with a combined sample of 252 participants found a small effect on drive for thinness post-intervention (Figure 6A; −0.17 [0.06], P = 0.005, I^2 27%), representing a reduction in this outcome. This was maintained at follow-up in two studies[22,36] of the same 10-month inpatient treatment program (Figure 6B; −0.38 [0.07], P < 0.001, I^2 0%). Publication bias is possible post-intervention (funnel plot symmetry, fail-safe N = 6 studies) and could not be calculated at follow-up because of the small number of included studies.

3.6.5 | Eating concern

The change in eating concern was measured using four different assessment tools[60,61,68,69] and reported in five studies.[22,30,35,36,50] Two studies[30,50] reported no change and two studies[35,36] reported a significant reduction in eating concern post-intervention. One study[22] reported follow-up data only, reporting a reduction in eating concern at 6 years from baseline. Meta-analysis of the intervention arm from four studies,[30,35,36,50] with a combined sample of 194 participants, found no change post-intervention (Figure 7A; −0.19 [0.13], P = 0.13, I^2 72%). However, the change became statistically significant at follow-up of up to 6 years from baseline in three studies[22,36,50] (Figure 7B; −0.50 [0.06], P < 0.001, I^2 0%). Publication bias at follow-up is unlikely (funnel plot symmetry, fail-safe N = 55 studies). Moderator analysis found that intervention intensity and inclusion of ED-related content (P = 0.021) were associated with eating concern. Two studies[35,36] with daily contact and which did not include ED-related content had a reduction in eating concern (−0.39 [0.08], P < 0.001), compared with two studies[30,50] with weekly/biweekly contact and addressed ED-related content (0.014 [0.16], P = 0.931) which had no change. Meta-regression found that a longer intervention duration was associated with a greater reduction in eating concern (R^2 = 0.96, P = 0.007), but no association was found on the basis of participant age.

3.7 | Randomized controlled trials

Six randomized controlled trials included a no-treatment control group.[37,39-41,46,50] Meta-analysis of three studies each reporting ED risk[37,41,46] and bulimic symptoms[37,39,41] found no difference between intervention and control groups post-intervention (data not shown).

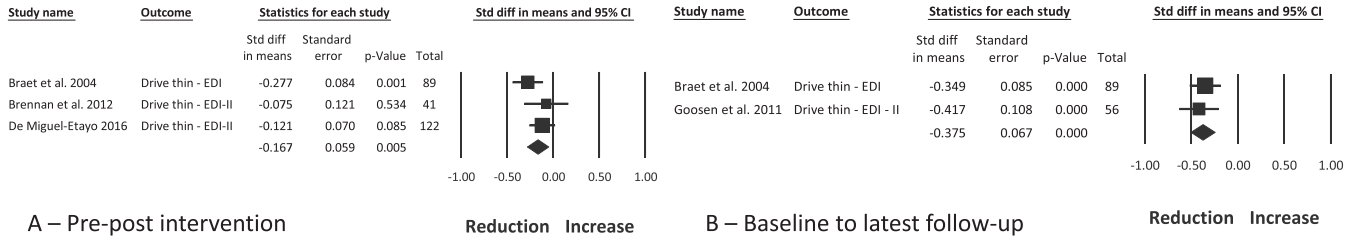


FIGURE 6 Meta-analysis of the change in drive for thinness between pre- and post-intervention (A) and between baseline and the latest follow-up timepoint (B), following obesity treatment with a dietary component in children and adolescents with overweight and obesity. EDI, Eating Disorder Inventory; EDI-II, Eating Disorder Inventory-second edition

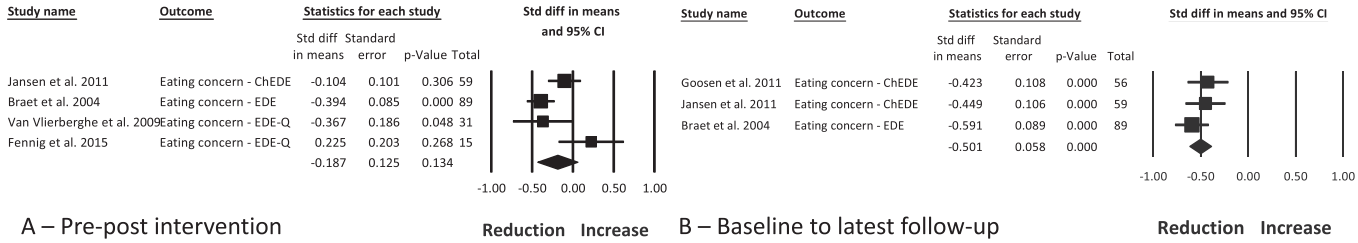


FIGURE 7 Meta-analysis of the change in eating concern between pre- and post-intervention (A) and between baseline and the latest follow-up timepoint (B), following obesity treatment with a dietary component in children and adolescents with overweight and obesity. ChEDE, Child Eating Disorder Examination; EDE, Eating Disorder Examination; EDE-Q, Eating Disorder Examination Questionnaire

Three studies reported no significant difference for the change in drive for thinness,[39] emotional eating,[40] and eating concern[50] between intervention and control groups post-intervention.

3.8 | Weight-related outcomes

BMI and BMI z-score were the most commonly reported weight-related outcomes by included studies. Of those studies not reporting BMI or BMI z-score, two studies reported change in percentage overweight,[38,44] and one study each reported percent weight loss,[35] BMI expressed as a percent of the 95th percentile[48,49] and BMI percentiles.[50] Meta-analysis of the intervention arm from 22 studies,[19-21,26-31,33,34,36-39,41-43,46-50,52,53] with a combined sample of 1562 participants, found a significant reduction in weight-related outcomes post-intervention (Figure S1A; −0.49 [0.06], $P < 0.001$, I^2 87%). This was maintained up to 6 years from baseline (Figure S1B; −0.40 [0.06], $P < 0.001$, I^2 80%) in 14 studies.[19-22,31,36-38,42,44-50,52] The combined mean difference [SE] for change in BMI z-score in 13 studies[19,20,22,29,31,34,36,37,39,41-50,52,53] was −0.16 [0.03], $P < 0.001$, I^2 86%, and BMI in 11 studies[19-21,26-28,30,31,33,36,37,41,52] was −2.21 [0.92] kg/m^2, $P = 0.016$, I^2 98%, post-intervention. The change in BMI z-score was maintained at follow-up of up to 29 months from baseline (−0.13 [0.02], $P < 0.001$, I^2 73%) in seven studies.[31,37,42,45-47,52]

A relationship was found between the effect size for change in ED risk and the effect size for change in weight-related outcomes post-intervention, where a larger decrease in weight was associated with a larger reduction in ED risk ($R^2 = 0.43$, $P = 0.02$) (Figure S2). This should be interpreted with caution as the association appears to be skewed by one study and is no longer statistically significant with this study removed ($P = 0.24$). No relationship was found between bulimic symptoms or emotional eating and weight-related outcomes.

Five studies were not included in meta-analysis because of insufficient data being reported. Two studies reported a reduction in BMI z-score at 6 months[54] and 12 months[40] from baseline. Sarvestani et al[51] reported a reduction in BMI, and Kotler et al[32] reported no change, post-intervention. Van Vlierberghe et al[35] reported a mean percentage weight loss of 52.5% following a 10-month inpatient treatment program.

4 | DISCUSSION

This is the first systematic review with meta-analysis to examine the change in ED-related outcomes following treatment for child and adolescent obesity. This review demonstrates a reduction in the prevalence of ED, ED risk, and in a range of ED-related symptoms including bulimic symptoms, binge eating, emotional eating, drive for thinness, and eating concern, post-intervention and/or follow-up of up to 6 years from baseline. In line with previous work,[12] findings from our review provide evidence that structured and professionally run obesity treatment interventions, with a dietary component, may reduce the risk of ED development in the short and longer term.

Concern over adolescent dieting has arisen from a number of observational studies which show that dieting in any form is associated with an increased risk of undertaking disordered eating behaviors[10,77] and the development of ED.[11] The results of our review are in contrast to these data, and we offer two possible explanations. First, there are likely to be variations in the nature of dieting being undertaken, and second, there may be differing cohorts of adolescents represented in observational studies compared with intervention trials.

It is possible that there is disparity between the types of dieting being undertaken by adolescents independently, compared with the intervention trials represented in this review. It is well documented that adolescent engagement with health services is poor,[78] and little is known about the self-reported dieting practices of adolescents. Project EAT[10] identified healthy (increased fruit and vegetables and ate less high-fat foods), unhealthy (fasted, use of food substitutes, and skipped meals), and extreme (use of laxatives or diet pills and self-induced vomiting) dieting behaviors as increasing the risk for binge eating in adolescent boys and girls. However, this same study[10,77] also identified increased nutrition knowledge, availability of healthy food, regular meals, self-esteem, and self-efficacy towards healthy eating as protective against binge eating. Many of these protective factors are incorporated into professionally run obesity treatment interventions in combination with dietary change. Considering this review has shown mild improvements in a range of ED-related risk factors following treatment, for most people, it is possible that these protective factors negate the potential risk from dieting. This suggests that a structured and well-supported environment is vital in the treatment process, highlighting the importance of increasing access to obesity

treatment services for young people. It may also be worth considering changes in psychological wellbeing as markers of intervention success independent of weight change and physiological health.

It is also possible that differing cohorts of adolescents may be presenting for obesity treatment interventions, compared with those undertaking self-reported dieting. In the general population, adolescents with higher psychiatric morbidity are at highest risk of using extreme dieting behaviors[79] and of developing ED independent of dieting status.[11] However, these young people are also unlikely to be accessing health services,[80,81] may not be participating in clinical trials, and therefore, may not be represented within this review. In addition, data are not captured on those who withdrew from the included interventions, and it is possible that some young people may be more vulnerable to worsening psychopathology.[82] The meta-regression conducted within this review highlighted that interventions of longer duration had a greater reduction in ED risk. This indicates that extended contact with and the support provided by obesity treatment programs is beneficial. Novel and cost-effective strategies to allow long-term engagement with young people are required.

Despite an overall reduction in ED risk, some participants were identified to have developed an ED at follow-up measures. Within this review, one study reported the development of BED in three of 56 participants.[22] Similarly, Epstein et al[83] reported on 10-year outcomes following four randomized controlled trials for the treatment of childhood obesity. Although this study did not meet the inclusion criteria for this review, the authors identified six girls, from 137 who completed follow-up measures, who were undergoing treatment for an ED at the 10-year follow-up timepoint.[83] It is uncertain if these differ from the rate of development of ED that may be seen within a population of non–treatment-seeking adolescents with obesity. However, the early signs and symptoms of ED in adolescents with obesity attempting to lose weight may be missed, particularly when the focus is on weight loss or the young person remains within or above a healthy weight range.[84,85] These findings support recommendations by Goldschmidt et al[86] that treatment providers monitor for the development of or exacerbation of ED symptoms during obesity treatment.

It is interesting that meta-analyses of ED risk and eating concern showed no change post-intervention but a significant reduction at the follow-up timepoint. Edwards et al[29] highlight some limitations in the use of ED risk questionnaires during weight management interventions. Behaviors such as "I stay away from foods with sugar in them" and "I eat diet foods" would increase the ED risk score on these questionnaires; however, these practices are seen as helpful in the context of obesity treatment and the related dietary change. In addition, measures of dietary restraint[60,61,68,69] and dieting behavior[65-67] are included within questionnaires that assess overall ED risk. However, these are often encouraged or are a necessary component of obesity treatment. It is important to note that dietary restraint, often used as a measure of dieting practice in prospective cohort studies, may not reflect actual energy restriction.[87,88] Consequently, the energy restriction itself may not increase eating pathology.[87,88] Further research is required to better define dietary restriction,[87] including specific tools encompassing the needs of a treatment-seeking population to accurately measure ED risk in children and adolescents with obesity.

4.1 | Strengths and limitations

This review includes a broad range of search terms and extensive hand searching to provide a detailed assessment of the change in ED risk. Inclusion of meta-analysis allows quantitative synthesis of results. This review addresses concerns over longer term ED risk, with the inclusion of follow-up data for 18 studies with follow-up timepoints of up to 6 years from baseline, including seven studies with a follow-up of ≥2 years. This review also has a number of limitations. Publication bias is always possible when assessing secondary outcomes; however, the use of the fail-safe N statistic provided a more rigorous assessment of bias than use of funnel plots alone. Although validated to assess ED-related outcomes, to our knowledge, the assessment tools used in the included studies have not been validated in treatment-seeking samples of children and adolescents with overweight and obesity. Considering that only a small proportion of participants may experience a worsening of eating pathology, these outliers are not well represented when using sample means in analysis. In addition, many studies also reported completer analysis rather than intention-to-treat analysis, so participants who withdrew from treatment may not be well represented in these data.

4.2 | Recommendations for clinical practice

For the majority of participants who engage with and complete weight management interventions, disordered eating symptomology improves. A small proportion of participants are likely to be at risk, and measures such as monitoring should be in place to identify these young people. Little is known about ED risk in those who withdraw from treatment; these young people may be particularly vulnerable and require additional support. Where possible, contact should be maintained with these young people and appropriate referrals provided. The results of this review indicate that a longer duration of contact is associated with a greater reduction in ED risk. To encourage longer term reduction of ED risk, cost-effective ways of extending intervention duration and maintaining longer term contact with young people following intervention completion, eg, via text message or group sessions, should be considered.

4.3 | Recommendations for future research

This review highlights a number of avenues for future research on the relationship between pediatric obesity treatment and ED risk. First, the development of appropriate tools for the assessment of ED risk in treatment-seeking populations is required. Where dietary modification is being encouraged or prescribed, ED-related risk could focus on cognitive distortions related to food and eating, obsessive or compensatory behaviors, internalized weight bias, and elevated body disparagement. Findings from our review also indicate that obesity

treatment interventions should include measurement of ED risk factors at pre- and post-intervention and follow-up. The identification of predictors for those at higher risk for ED, as well as protective factors, within the context of obesity treatment is important to inform intervention design. It would be of benefit to utilize individual patient data in future analyses, if possible, as this may be useful in providing a more accurate representation of change in ED risk for those with outlying pathology following obesity treatment.

5 | CONCLUSION

This review demonstrates that structured and professionally run obesity treatment leads to a reduction in the prevalence of ED, ED risk, and ED-related symptoms for most participants. Maintained longer term engagement with the program appears to be an important contributor to the reduction in ED risk. However, further research is required to better understand the relationship between dieting and ED risk in the context of obesity treatment for children and adolescents and in those who withdraw from treatment.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank Ms Katharine Aldwell, Ms Sarah Thomas, and Ms Julia Elise King for assistance with screening and data extraction and the EVAYSON study group (Ascensión Marcos, Luis Moreno, Pilar De Miguel-Etayo) for provision of data for meta-analysis.[28]

CONFLICT OF INTEREST

Authors have no conflict of interest.

SOURCES OF SUPPORT

H. J is supported by a Research Program Stipend (The University of Sydney); N. B. L. and M. L. G. are in receipt of NHMRC Peter Doherty Early Career Fellowships.

ORCID

Hiba Jebeile https://orcid.org/0000-0002-8623-6174
Megan L. Gow https://orcid.org/0000-0002-9574-6248
Louise A. Baur https://orcid.org/0000-0002-4521-9482
Sarah P. Garnett https://orcid.org/0000-0001-7552-0789
Susan J. Paxton https://orcid.org/0000-0002-8486-1996
Natalie B. Lister https://orcid.org/0000-0002-9148-8632

REFERENCES

1. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627-2642.
2. Steinbeck KS, Lister NB, Gow ML, Baur LA. Treatment of adolescent obesity. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(6):331-344.
3. Pinhas-Hamiel OD, Zeitler PMD. Acute and chronic complications of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *Lancet*. 2007;369(9575):1823-1831.
4. Constantino MI, Molyneaux L, Limacher-Gisler F, et al. Long-term complications and mortality in young-onset diabetes: type 2 diabetes is more hazardous and lethal than type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2013;36(12):3863-3869.
5. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):406-414.
6. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1998;173(1):11-53.
7. Rozzell K, Moon D, Klimek P, Brown T, Blashill AJ. Prevalence of eating disorders among us children aged 9 to 10 years: data from the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. *JAMA Pediatr*. 2019;173(1):100-101.
8. Smink FRE, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord*. 2014;47(6):610-619.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Fifth ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*. 2007;33(5):359-369.
11. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*. 1999;318(7186):765-768.
12. Butryn ML, Wadden TA. Treatment of overweight in children and adolescents: does dieting increase the risk of eating disorders? *Int J Eat Disord*. 2005;37(4):285-293.
13. Jebeile H, Paxton SJ, Garnett SP, Baur LA, Lister NB. The impact of weight management interventions on psychological wellbeing in children and adolescents with overweight/obesity: a systematic review. PROSPERO: International prospective register of systematic reviews. CRD42017069496;2017.
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.
15. Handu DPRDN, Moloney LMSRDN, Wolfram TMSRDN, Ziegler PPRDN, Acosta A, Steiber APRDN. Academy of Nutrition and Dietetics methodology for conducting systematic reviews for the evidence analysis library. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116(2):311-318.
16. Card NA. *Applied Meta-Analysis for Social Science Research*. New York: Guilford Press; 2012.
17. Rosenthal R. The file drawer problem and tolerance for null results. *Psychol Bull*. 1979;86(3):638-641.
18. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Saint Louis: Elsevier Science & Technology; 2013.
19. Boutelle KN, Braden A, Knatz-Peck S, Anderson LK, Rhee KE. An open trial targeting emotional eating among adolescents with overweight or obesity. *Eat Disord*. 2018;26(1):79-91.
20. Braet C. Patient characteristics as predictors of weight loss after an obesity treatment for children. *Obesity*. 2006;14(1):148-155.
21. Braet C, Tanghe A, Bode PD, Franckx H, Winckel MV. Inpatient treatment of obese children: a multicomponent programme without stringent calorie restriction. *Eur J Pediatr*. 2003;162(6):391-396.

22. Goossens L, Braet C, Verbeken S, Decaluwe V, Bosmans G. Long-term outcome of pediatric eating pathology and predictors for the onset of loss of control over eating following weight-loss treatment. *Int J Eat Disord*. 2011;44(5):397-405.
23. Carnier J, de Lima Sanches P, da Silva PL, et al. Obese adolescents with eating disorders: analysis of metabolic and inflammatory states. *Physiol Behav*. 2012;105(2):175-180.
24. Carnier J, de Piano A, de Lima Sanches P, et al. The role of orexigenic and anorexigenic factors in an interdisciplinary weight loss therapy for obese adolescents with symptoms of eating disorders. *Int J Clin Pract*. 2010;64(6):784-790.
25. Carnier J, Lofrano MC, Prado WL, et al. Hormonal alteration in obese adolescents with eating disorder: effects of multidisciplinary therapy. *Horm Res*. 2008;70(2):79-84.
26. Damaso AR, De Piano A, Campos RMDS, et al. Multidisciplinary approach to the treatment of obese adolescents: effects on cardiovascular risk factors, inflammatory profile, and neuroendocrine regulation of energy balance. *Int J Endocrinol*. 2013;2013 (no pagination) (541032):1-10.
27. Lofrano-Prado MC, Antunes HK, do Prado WL, et al. Quality of life in Brazilian obese adolescents: effects of a long-term multidisciplinary lifestyle therapy. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7(1):61.
28. De Miguel-Etayo P, Muro C, Santabarbara J, et al. Behavioral predictors of attrition in adolescents participating in a multidisciplinary obesity treatment program: EVASYON study. *Int J Obes (Lond)*. 2016;40(1):84-87.
29. Edwards C, Nicholls D, Croker H, Van Zyl S, Viner R, Wardle J. Family-based behavioural treatment of obesity: acceptability and effectiveness in the UK. *Eur J Clin Nutr*. 2006;60(5):587-592.
30. Fennig S, Brunstein-Klomek A, Sasson A, Halifa Kurtzman I, Hadas A. Feasibility of a dual evaluation/intervention program for morbidly obese adolescents. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2015;52(2):107-112.
31. Halberstadt J, van Strien T, de Vet E, Eekhout I, Braet C, Seidell JC. The association of eating styles with weight change after an intensive combined lifestyle intervention for children and adolescents with severe obesity. *Appetite*. 2016;99:82-90.
32. Kotler LA, Etu SF, Davies M, Devlin MJ, Attia E, Walsh BT. An open trial of an intensive summer day treatment program for severely overweight adolescents. *Eat Weight Disord*. 2006;11(4):e119-e122.
33. Levine MD, Ringham RM, Kalarchian MA, Wisniewski L, Marcus MD. Is family-based behavioral weight control appropriate for severe pediatric obesity? *Int J Eat Disord*. 2001;30(3):318-328.
34. Murdoch M, Payne N, Samani-Radia D, et al. Family-based behavioural management of childhood obesity: service evaluation of a group programme run in a community setting in the United Kingdom. *Eur J Clin Nutr*. 2011;65(6):764-767.
35. Van Vlierberghe L, Braet C, Goossens L, Rosseel Y, Mels S. Psychological disorder, symptom severity and weight loss in inpatient adolescent obesity treatment. *Int J Pediatr Obes*. 2009;4(1):36-44.
36. Braet C, Tanghe A, Decaluwe V, Moens E, Rosseel Y. Inpatient treatment for children with obesity: weight loss, psychological well-being, and eating behavior. *J Pediatr Psychol*. 2004;29(7):519-529.
37. Bonham MP, Dordevic AL, Ware RS, Brennan L, Truby H. Evaluation of a commercially delivered weight management program for adolescents. *J Pediatr*. 2017;03;185:73-80.
38. Braet C, Van Winckel M. Long-term follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese children. *Behav Ther*. 2000;31(1):55-74.
39. Brennan L, Wilks R, Walkley J, Fraser SF, Greenway K. Treatment acceptability and psychosocial outcomes of a randomised controlled trial of a cognitive behavioural lifestyle intervention for overweight and obese adolescents. *Behav Chang*. 2012;29(1):36-62.
40. Cohen TR, Hazell TJ, Vanstone CA, Rodd C, Weiler HA. Changes in eating behavior and plasma leptin in children with obesity participating in a family-centered lifestyle intervention. *Appetite*. 2018;125:81-89.
41. Croker H, Viner RM, Nicholls D, et al. Family-based behavioural treatment of childhood obesity in a UK National Health Service setting: randomized controlled trial. *Int J Obes (Lond)*. 2012;36(1):16-26.
42. DeBar LL, Stevens VJ, Perrin N, et al. A primary care-based, multicomponent lifestyle intervention for overweight adolescent females. *Pediatrics*. 2012;129(3):e611-e620.
43. de Niet J, Timman R, Bauer S, et al. The effect of a short message service maintenance treatment on body mass index and psychological well-being in overweight and obese children: a randomized controlled trial. *Pediatr Obes*. 2012;7(3):205-219.
44. Epstein LH, Paluch RA, Saelens BE, Ernst MM, Wilfley DE. Changes in eating disorder symptoms with pediatric obesity treatment. *J Pediatr*. 2001;139(1):58-65.
45. Estabrooks PA, Shoup JA, Gattshall M, Dandamudi P, Shetterly S, Xu S. Automated telephone counseling for parents of overweight children: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med*. 2009;36(1):35-42.
46. Follansbee-Junger K, Janicke DM, Sallinen BJ. The influence of a behavioral weight management program on disordered eating attitudes and behaviors in children with overweight. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(11):1653-1659.
47. Goldschmidt AB, Best JR, Stein RI, Saelens BE, Epstein LH, Wilfley DE. Predictors of child weight loss and maintenance among family-based treatment completers. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82(6):1140-1150.
48. Ho M, Gow M, Halim J, et al. Effect of a prescriptive dietary intervention on psychological dimensions of eating behavior in obese adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013;10(119):24.
49. Gow ML, Baur LA, Ho M, et al. Can early weight loss, eating behaviors and socioeconomic factors predict successful weight loss at 12- and 24-months in adolescents with obesity and insulin resistance participating in a randomised controlled trial? *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2016;13(1):1.
50. Jansen E, Mulkens S, Jansen A. Tackling childhood overweight: treating parents exclusively is effective. *Int J Obes (Lond)*. 2011;35(4):501-509.
51. Sarvestani RS, Jamalfard MH, Kargar M, Kaveh MH, Tabatabaee HR. Effect of dietary behaviour modification on anthropometric indices and eating behaviour in obese adolescent girls. *J Adv Nurs*. 2009;65(8):1670-1675.
52. Shomaker LB, Tanofsky-Kraff M, Matherne CE, et al. A randomized, comparative pilot trial of family-based interpersonal psychotherapy for reducing psychosocial symptoms, disordered-eating, and excess weight gain in at-risk preadolescents with loss-of-control-eating. *Int J Eat Disord*. 2017;50(9):1084-1094.
53. Tyler DO, Horner SD. A primary care intervention to improve weight in obese children: a feasibility study. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2016;28(2):98-106.
54. Chirita-Emandi A, Puiu M. Outcomes of neurofeedback training in childhood obesity management: a pilot study. *J Altern Complement Med*. 2014;20(11):831-837.
55. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Braz J Psychiatry*. 2001;23(4):215-220.
56. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*. 1982;7(1):47-55.
57. Cordás T, Hochgraf P. The "BITE": tool for evaluation of bulimia nervosa—Portuguese version. *J Bras Psiquiatr*. 1993;42(1):141-144.

58. Henderson M, Freeman C. A self-rating scale for bulimia the 'BITE. *Br J Psychiatry*. 1987;150(1):18-24.
59. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(7):963-970.
60. Bryant-Waugh RJ, Cooper PJ, Taylor CL, Lask BD. The use of the Eating Disorder Examination with children: a pilot study. *Int J Eat Disord*. 1996;19(4):391-397.
61. Cooper Z, Fairburn C. The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1987;6(1):1-6.
62. Hien D, Matzner F, First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-Child Edition (Version 1.0)*. New York: Columbia University; 1994.
63. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord*. 1986;5(2):295-315.
64. Van Strien T, Oosterveld P. The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year-old children. *Int J Eat Disord*. 2008;41(1):72-81.
65. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9(2):273-279.
66. Maïano C, Morin AJ, Lanfranchi M-C, Therme P. The Eating Attitudes Test-26 revisited using exploratory structural equation modeling. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(5):775-788.
67. Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988;27(5):541-543.
68. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*. 1994;16(4):363-370.
69. Decaluwé V, Braet C. Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: interview versus self-report questionnaire. *Behav Res Ther*. 2004;42(7):799-811.
70. Garner DM. *Eating Disorder Inventory-2: Professional Kit*. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources; 1991.
71. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1983;2(2):15-34.
72. Schacht M, Richter-Appelt H, Schulte-Markwort M, Hebebrand J, Schimmelmann BG. Eating Pattern Inventory for Children: a new self-rating questionnaire for preadolescents. *J Clin Psychol*. 2006;62(10):1259-1273.
73. Arnow B, Kenardy J, Agras WS. The emotional eating scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *Int J Eat Disord*. 1995;18(1):79-90.
74. Childress AC, Jarrell MP, Brewerton TD. The kids' eating disorders survey (Keds): internal consistency, component analysis, and reliability. *Eat Disord*. 1993;1(2):123-133.
75. de Lauzon B, Romon M, Deschamps V, et al. The threefactor eating questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. *J Nutr*. 2004;134(9):2372-2380.
76. Johnson WG, Grieve FG, Adams CD, Sandy J. Measuring binge eating in adolescents: adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. *Int J Eat Disord*. 1999;26(3):301-314.
77. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Sherwood NE. Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: implications for prevention and treatment. *Int J Eat Disord*. 2009;42(7):664-672.
78. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-2478.
79. Patton GC, Carlin JB, Shao Q, et al. Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder? *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(3):299-306.
80. Collishaw S. Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. In Vol 562015:370–393.
81. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369(9569):1302-1313.
82. Hill A. Obesity and eating disorders. *Obes Rev*. 2007;8(s1):151-155.
83. Epstein LH, Valoski A, Wing RR, McCurley J. Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychol*. 1994;13(5):373-383.
84. Golden NH, Schneider M, Wood C. Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(3):e20161649.
85. Sim LA, Lebow J, Billings M. Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics*. 2013;132(4):e1026-e1030.
86. Goldschmidt AB, Aspen VP, Sinton MM, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*. 2008;16(2):257-264.
87. Stice E, Fisher M, Lowe MR. Are dietary restraint scales valid measures of acute dietary restriction? Unobtrusive observational data suggest not. *Psychol Assess*. 2004;16(1):51-59.
88. Schaumberg K, Anderson DA, Anderson LM, Reilly EE, Gorrell S. Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology. *Clin Obes*. 2016;6(2):89-100.

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found online in the Supporting Information section at the end of the article.

How to cite this article: Jebeile H, Gow ML, Baur LA, Garnett SP, Paxton SJ, Lister NB. Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2019;20:1287–1298. https://doi.org/10.1111/obr.12866

From: Esben Søndergaard
Sent: 17. november 2019 22:20 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Cc: Troels Krarup Hansen
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Høringssvar fra Dansk Endokrinologisk Selskab

Vi har modtaget to høringssvar efter rundsending til vores medlemmer, som hermed fremsendes.

Det ene høringssvar er fremsendt på vegne af de bariatriske miljøer på Aarhus Universitetshospital og Hvidovre Hospital (”Høringssvar DES_final). Det andet er fremsendt af Jens-Christian Holm fra Børneafdelingen på Holbæk Sygehus (”Høringssvar Holm”).

Med venlig hilsen

Esben Søndergaard
Sekretær, Dansk Endokrinologisk Selskab

Dansk Endokrinologisk Selskab

Læge, PhD
Esben Søndergaard

Steno Diabetes Center Aarhus
Aarhus Universitetshospital
esbens@dadlnet.dk
Privat Tlf: 28730943
Arbejde Tlf: 23707062

midt regionmidtjylland

Institut for Klinisk Medicin
Aarhus Universitet
http://pure.au.dk/portal/da/persons/id(35f76081-43f3-42ce-94b2-e60a44e59d5a).html

AARHUS UNIVERSITET

Holbæk 6 november 2019

Høringssvar:

Overordnet set afspejler udkastet til *"Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne"* (herefter "Anbefalingerne") at overvægt er kompliceret og kompliceres yderligere af multiple og forskellige opfattelser og betragtninger. Dette viser sig eksempelvis ved at Anbefalingerne er inhomogene, mangler konsistens og generelt er et sammensurium af mange holdninger/betragtninger, hvor der tydeligt mangler en overordnet kurs, som burde have været at konkretisere redskaber til at bedre livet for børn og unge med overvægt/svær overvægt nu. En konsekvens af denne inhomogene fremstilling er, at anbefalingerne ikke bliver konkrete og at der mangler konkrete værktøjer til de sundhedsprofessionelle/behandlerne, hvilket man kan frygte bliver en betydelig barriere for den senere implementering i kommunerne, hvilket er helt afgørende såfremt man vil sikre en effektiv og langtidsholdbar behandlingsløsning.

I nærværende høringssvar har vi valgt at skelne mellem større indvendinger og detaljekorrektur, selvom større indvendinger og detailændringsforslag i flere tilfælde er sammenhængende. I det nedenstående har vi også valgt at påpege at Anbefalingerne indeholder en række logikbrud som ganske enkelt medfører at Anbefalingernes værdi som videnskabelig anbefaling i betydelig grad reduceres.

Større indvendinger:

Anbefalingerne er baseret på en række grundlæggende beslutninger. Referencen *"Svær overvægt, udredning og behandling hos børn og unge i pædiatrisk regi"* udarbejdet af Dansk Pædiatrisk Selskab i 2016 (1) er gennemgående anvendt, men denne reference er baseret på to fundamentale betingelser, som slet ikke er nævnt eller berørt i Anbefalingerne, nemlig 1. at svær overvægt er en sygdom og 2. fedtmassens endokrinologi. Vi mener, at det er afgørende og fundamentalt for at kunne forstå, udrede, diagnosticere, behandle og forebygge overvægt/svær overvægt, at man anerkender at svær overvægt er en kronisk progressiv sygdom i overensstemmelse med en række førende autoritære organisationer såsom WHO, American Medical Association, Canadian Medical Association og European Association for the Study of Obesity (2–6). At forstå svær overvægt som en kronisk progressiv sygdom vil accentuere lægeløftet og dermed et klinisk imperativ for alle behandlere, som er afgørende for at kunne håndtere 25 overvægtsrelaterede komplikationer (og i øvrigt mere end 15 kræftsygdomme i senere voksenalder). Ligeledes mener vi, at det er afgørende nødvendigt at man forstår fedtmassens endokrinologi, som giver vigtige grundforståelser af energihomeostase og deraf følgende fysiologiske adaptationer til vægtændringer - fysiologiske adaptationer som bør ind tænkes i både forebyggelse og behandling.

En afgørende videnskabelig indvending er, at udkastet til Anbefalingerne overordnet er baseret på rapporten "*Evidens for livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt*" fra 2018, som advokerer for brugen af resultater fra RCT studier og deraf fravælger vægtige resultater fra observationelle studier. I et nyere integrativt overview af de 6 seneste systematiske Cochrane reviews omhandlende overvægtsinterventioner, publiceret i International Journal of Obesity i 2018 af Louisa Ells et al.(7), konkluderes følgende i diskussionsafsnittet:

"All six reviews provided good quality evidence with high R-AMSTAR scores, thus providing a high degree of confidence in the review findings and clinical relevance [36]. However, the overall quality of the trials included in the reviews was low, with improvement required across most of the risk of bias domains, but in particular attrition and selective reporting. Performance bias was also an identified risk in many of the non-drug trials, reflecting the difficulties in blinding lifestyle and surgical interventions."

Mere specifikt i resultatafsnittet konkluderes;

"Quality of evidence from randomised controlled trials in the included reviews. Each of the six reviews assessed overall quality of the evidence using the GRADE method which is shown in the summary of findings (Supplementary appendix: Tables S5A–E,). Overall, the quality of the evidence was low for BMI and, where provided, was very low or low for other outcomes measured in the reviews. No studies provided data on socioeconomic effects. Reasons for downgrading BMI evidence included: high risk of bias (e.g., attrition), imprecision (wide confidence intervals), and inconsistency (heterogeneity)."

I diskussionsafsnittet skrives i øvrigt;

"Although intervention content, format and delivery varied significantly both within and across the included reviews, collectively there was evidence to support the role of multicomponent interventions. There was also no clear difference in terms of outcome according to setting, which may suggest that intervention content and wider context may be more important than delivery setting."

Endeligt kommer man frem til følgende konklusion:

"It is also important to acknowledge the limitations of RCT evidence when evaluating complex interventions. It may therefore be important to consider additional observational studies, where gaps remain in the RCT evidence."

Netop i konklusionen henledes der opmærksomhed på, at står man med svage RCT-resultater, så bør man være opmærksom på andre niveauer i evidenshierarkiet, hvilket er relevant for Anbefalingerne, idet de på nuværende tidspunkt udførte RCT studier internationalt set, er af meget lav kvalitet. Yderligere er der i skrivende stund udført meget få RCT studier i Danmark (også lav kvalitet). Under RCT i evidenshierarkiet er longitudinelle studier. Det forekommer derfor mærkværdigt, at man har ignoreret 25 longitudinelle studier udført i både primær- og sekundærsektoren, med tusindvis af danske børn, observeret i op til flere år, uden fravælgelseskriterier, som viser at 65-85% af børnene/de unge reducerer deres grad af overvægt(8–10). derudover ses samtidige reduktioner i forhøjet blodtryk (11–13), kolesteroler (14), fedtlever (15), forældrenes grad af overvægt (16), appetit, niveau af mobning samt bedring af livskvalitet og kropsopfattelse(17,18) uafhængigt af socialklasse og grad af overvægt. Det er tankevækkende når disse resultater opnås med mediant 5 timer af sundhedsprofessionel tid per patient per år, imens Anbefalingerne anbefaler minimum 26 og op mod 52 timer per barn per år af sundhedsprofessionel tid, idet man har fundet evidens for dosisresponseffekt for antallet af timer og sessioner. Her fremgår det, at Anbefalingerne lader sig vejlede af et dansk RCT studie af 40 børn (selekteret ud fra 952 børn) der har modtaget et 20 ugers intensivt forløb. Dette lille studie står i skærende kontrast til størrelse og fænotype-dybden af de studier, som Dansk Pædiatrisk Selskab har valgt at basere de landsdækkende retningslinjer for behandling af overvægt i barnealderen på.

Mindre indvendinger:

1. Generelt bør der i anbefalingerne, ligesom i den moderne videnskabelige litteratur, anvendes et respektabelt sprog, som i sin enkelthed går ud på, at individer ikke omtales som værende en tilstand/sygdom (eks: ”overvægtige mænd” eller ”17% af de 9-13-årige er svært overvægtige”), men i stedet omtales som havende en tilstand/sygdom (eks: ”mænd med overvægt” eller ”17% af de 9-13-årige har svær overvægt”).
2. 1.1. Baggrund og formål; Linje 7: ”ikke tale slankekur…” ændres til ”ikke tale om slankekur…”
3. 3.2. Afgrænsning: Anbefalingerne bør ikke gå på at udelukke borgere med BED, da BED oftest er en del af et kontinuum af overvægtsrelaterede komplikationer inklusiv forstyrret spisning. Derfor bør

formuleringen ændres fra ”Borgere med spiseforstyrrelser, herunder tvangsoverspisning kaldet Binge Eating Disorder (BED), har behov for et andet tilbud end livsstilsintervention ved svær overvægt.” til noget lignende ”Borgere med svær overvægt og spiseforstyrrelser, herunder tvangsoverspisning kaldet Binge Eating Disorder (BED), kan have behov for andre tilbud end udelukkende livsstilsintervention mod svær overvægt.”

4. 3.4. BED: da BED bør ses som et symptom på overvægt (analogt med at en patient med diabetes er tørstig) bør denne patientgruppe ikke isoleret tænkes som en havende en psykiatrisk lidelse, men som udgangspunkt (hos personer med overvægt) tilbydes behandling af overvægt og desuden bør de(n) sundhedsprofessionelle behandler(e) vurdere om der er behov for en psykiatrisk henvisning.
5. 3.5.1. Karakteristika, Sidste sætning: Det er en uheldig formulering ”…. i virkeligheden lider af BED.”, hvilket kan få læseren til at tro, at forfattergruppen ikke har helt styr på de fysiologiske mekanismer ved overvægt, jf. ovenstående argumentation. Jeg foreslår at ændre til ”…. Også lider af BED.”
6. 3.5.2. Komplikationer: Søvnapnø bør, som for voksne, nævnes blandt børn og unge med overvægt, da ca. 45% af børn og unge med overvægt har obstruktiv søvnapnø (“Obstructive sleep apnea in children and adolescents with and without obesity. Andersen et al. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2019 Mar;276(3):871-878. PMID: 30689039).
7. 5.1.3. Format, omfang og varighed af livsstilsintervention til børn: Der bør som udgangspunkt, og altid ved første samtale med barnet/familien, anbefales individbaserede indsatser, da børn og unge oftest vil have et eller flere individfølsomme emner. Desuden er overvægt en kompleks tilstand, der kræver en høj grad af indsigt i den enkelte borgers liv for effektivt og respektfuldt at kunne håndtere og behandle overvægtsproblematikken; denne indsigt er meget svær at opnå via gruppebaserede forløb, og det er uheldigt at antage at behandlingsenheder kan klare sig med primært gruppeforløb, ligesom det vil være uheldigt for borgerne, der forventer et effektivt behandlingstilbud efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Således bør anbefalingerne være ”primært individbaserede indsatser med mulighed for senere at oprette tilpassede gruppeforløb som supplement”.
8. *Omfang og varighed:* Det nævnes i udkastet, at en intervention bør have en varighed på 12 måneder. Dette bør ændre til, at behandlingsvarigheden bør være individuel og for de flestes vedkommende gerne længere end 12 måneder, da kroppen påvirkes kontinuerligt af overvægt og en usund livsstil.
   Overvægt er en kronisk progressiv tilstand, så overvægt bør respekteres og behandles som så, ligesom man ikke nøjes med at behandle astma og type 2 diabetes i blot 12 måneder; derfor bør varigheden af behandlingen være individuel. Herudover kan man godt anbefale, at varigheden bør være på mindst 12 måneder; dog er det vigtigt at understrege, at svær overvægt bør betragtes som en sygdom, fordi den i sin præsentation er kronisk og typisk også progressiv. Selvom den Danske Lægeforening endnu ikke har meldt ud, at svær overvægt er en kronisk sygdom, så har lægeforeningerne i USA, Canada samt flere europæiske lande allerede erklæret svær overvægt for en kronisk sygdom, ligesom WHO deklarerer svær overvægt som en kronisk sygdom og tilmed kalder den for en af de største helbredstrusler i det 21. århundrede.
   Hvis valget af en behandlingsvarighed på 12 måneder er valgt på baggrund af eksisterende studier, så bør man huske på, at det er de færreste studiers varighed der er bestemt ud fra hvad den optimale behandlingsvarighed burde være, men er oftest bestemt af en række andre faktorer, som logistik, økonomi, ansættelsestimingen eller -varighed af forskningsansatte. Her bør Sundhedsstyrelsens anbefalinger afspejle en sundhedsfaglig indsigt i de fysiologiske mekanismer

ved overvægt, fremfor at "undskylde" sig med, at der ikke var nogen der havde publiceret opgørelser over effekten af langtidsbehandling (mere end 2 år).

9. *Side 23, Sessionernes varighed og antal:* Det er overraskende at læse, at et barn med svær overvægt anbefales at være i kontakt med sundhedsprofessionelle i "minimum 26 timer" over et 12-måneders forløb, hvilket bør ændre til "minimum 5 timer". Dels fordi der i den nævnte/citerede 'reference 3' står: "Der er ikke fundet noget litteratur i forhold til, om varigheden af sessionerne har en betydning for effekten af interventionen", hvilket med den nuværende sætning efterlader læseren med en formodet fejlslutning af den refererede litteratur (hvilket vil devaluere opfattelsen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger). Desuden må det også antages, at der er stor variation i indholdet og effekten af kontakten til de sundhedsprofessionelle i de forskellige tilbud, ligesom der i den nævnte 'reference 3' (hvor en række behandlingstilbud i Danmark blev vurderet nogenlunde ligeværdige) er et af behandlingstilbuddene der kun anvender 5-6 timer gennemsnitligt per 12-måneders behandlingsforløb.
10. *5.1.5. Kompetencer ved livsstilsintervention til børn:* Det er bekymrende med sætningen "Hvis elementet varetages af frivillige, skal de have specifik viden om fysisk aktivitet for børn med svær overvægt, fx ved at have gennemgået relevant instruktøruddannelse for frivillige." fordi begrebet "relevant instruktøruddannelse for frivillige" dækker så bredt, at der er stor sandsynlighed for at frivillige kan blive udsat for en sådan uddannelse, der ikke giver dem tilstrækkelig viden overvægt. Disse instruktøruddannelser er typisk af kort varighed og kan tages af frivillige uden sundhedsfaglig baggrund. Endelig har amerikanske retningslinjer identificeret at en ringe sundhedsfaglig viden hos behandlere er en barriere for ordentlig behandling af børn og unge med overvægt.
11. Hvad angår afsnittet med "adfærdsændring", så har man tydeligvis taget det man vil anbefale til voksne (behovsvurdering der anvendes i "den afklarende samtale" til diabetes patienter og andre patienter med kronisk sygdom (ikke specifikt overvægt)), og direkte overført til børn. I de to kilder fra Steno Diabetes Center Copenhagen og SST, står der ikke noget om, at det er målrettet børn, hvilket selvfølgelig er problematisk. Ligeledes er den reference der anvendes i afsnittet omkring børn med kronisk sygdom, heller ikke henvendt til børn.
12. *5.1.1: Uddrag fra afsnittet om kost:* "Børn med svær overvægt bør tilbydes diætbehandling, der indeholder diætvejledning med råd om en sund, fiberrig kost med lavt indhold af fedt og sukker med udgangspunkt i De officielle Kostråd (3,30). Individuel diætbehandling omfatter ernæringsscreening (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 (66)".
    Kommentar: Vi synes det er tankevækkende, at man henviser til en ernæringsscreening[1], som igen ikke er lavet til og målretttet mod børn, og dermed ikke oplyser om, hvordan man vurderer om børnene igennem deres kost, er sikret sufficiente mængder af makro- og mikronæringsstoffer, som skal danne udgangspunkt for ordentlig vækst og udvikling. Ligeledes mangler der en henvisning til hvordan man som sundhedsprofessionel/behandler skal kunne vurdere hvem som er i underskud. Er det fordi man antager, at de sundhedsprofessionelle allerede besidder denne kompetence? På første side i pjecen vedrørende "De officiele kostråd", står der at man sikres behovet for vitaminer og mineraler samt sund vægt, men gælder det også børn der taber sig?
13. *5.1.1: Uddrag fra afsnittet om adfærdsændring***:** "Evidensen viser ikke forskelle på vægttabenes størrelse mellem forskellige ad- færdsændringsteknikker, og der er således ikke evidens for at pege

[1] https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Forebyggelsestilbud-borgere-med-kronisk-sygdom/Anbefalinger-for-forebyggelsestilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom.ashx?la=da&hash=3D90B150C5840C9E9966A3EFC192AA04EC63C1F3

på en specifik teknik fremfor en anden(3). Den sundhedsprofessionelle bør derfor have viden om forskellige adfærdsændringsteknikker, som fx motiverende samtale, problemløsning, målsætning, udøvelse af egenkontrol og stimulikontrol, og kan bruge dem ud fra en individuel behovsvurdering. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle forholder sig til det enkelte barn og familien og ved fx manglende vægttab hos barnet ikke begrunder det med manglende motivation hos familien, men arbejder videre med at motivere barnet og familien(68,71). I behovsvurderingen tages udgangspunkt i det enkelte barns grad af svær overvægt og målsætninger, hvor sidstnævnte kan være andet end vægttab (BMI- z-score-reduktion) og vægtvedligeholdelse(69,70)."
Kommentar: Man anbefaler at støtte til adfærdsændring er et væsentligt element i interventionen, men det er generende, at man henviser til mange forskellige teknikker, men så alligevel anbefaler "behovsvurdering"[2], der ikke er udviklet til børn, og slet ikke til overvægtige børn, men til "forebyggelsestilbud for borger med kronisk sygdom". Det er således paradoksalt, at man ikke vil anerkende overvægt som en kronisk sygdom, men alligevel henviser til en tilgang målrettet kronisk sygdom. Når der ikke er evidens for en teknik frem for den anden, så virker det underligt at man trods dette henviser til noget, der ikke er udviklet til børn.

1. Cortes D, Holm J-C, Højgaard B, Bengtson Jacobsen R, Johansen A, Kjaersgaard M, et al. Svær overvægt, udredning og behandling hos børn og unge i pædiatrisk regi.
2. CMA recognizes obesity as a disease [Internet]. Available from: https://www.cma.ca/En/Pages/cma-recognizes-obesity-as-a-disease.aspx
3. AMA Adopts New Policies on Second Day of Voting at Annual Meeting [Internet]. Available from: https://news.cision.com/american-medical-association/r/ama-adopts-new-policies-on-second-day-of-voting-at-annual-meeting,c9430649
4. Farpour-Lambert NJ, Baker JL, Hassapidou M, Holm JC, Nowicka P, O'Malley G, et al. Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care - a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). Obes Facts. 2015 Jan 16;8(5):342–9.
5. Hebebrand J, Holm J-C, Woodward E, Baker JL, Blaak E, Durrer Schutz D, et al. A Proposal of the European Association for the Study of Obesity to Improve the ICD-11 Diagnostic Criteria for Obesity Based on the Three Dimensions Etiology, Degree of Adiposity and Health Risk. Obes Facts. 2017;10(4):284–307.
6. WHO. Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region. An overview and country perspectives (2019). 2019 May 1;
7. Ells LJ, Rees K, Brown T, Mead E, Al-Khudairy L, Azevedo L, et al. Interventions for treating children and adolescents with overweight and obesity: an overview of Cochrane reviews. Int J Obes. 2018 Nov 9;42(11):1823–33.
8. Holm J-C, Gamborg M, Bille DS, Gr Nb K HN, Ward LC, Faerk J. Chronic care treatment of obese children and adolescents. Int J Pediatr Obes. 2011 Aug;6(3–4):188–96.
9. Most SW, Højgaard B, Teilmann G, Andersen J, Valentiner M, Gamborg M, et al. Adoption of the children's obesity clinic's treatment (TCOCT) protocol into another Danish pediatric obesity treatment clinic. BMC Pediatr. 2015 Mar;15(1):13.
10. Mollerup PM, Gamborg M, Trier C, Bøjsøe C, Nielsen TRH, Baker JL, et al. A hospital-based child and adolescent overweight and obesity treatment protocol transferred into a community healthcare setting. Taheri S, editor. PLoS One. 2017 Mar 6;12(3):e0173033.

[2] https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Anbefalinger_behovsvurdering-i-den-afklarende-samtale.ashx?la=da&hash=DAEADD372480FC0923C322ED7EDBEDC39D7F3D7E

11. Hvidt KN, Olsen MH, Ibsen H, Holm J-C. Effect of changes in BMI and waist circumference on ambulatory blood pressure in obese children and adolescents. J Hypertens. 2014 Jul;32(7):1470–7; discussion 1477.
12. Mollerup PM, Lausten-Thomsen U, Fonvig CE, Baker JL, Holm J-C. Reductions in blood pressure during a community-based overweight and obesity treatment in children and adolescents with prehypertension and hypertension. J Hum Hypertens. 2017 Oct 11;31(10):640–6.
13. Holm J-C, Gamborg M, Neland M, Ward L, Gammeltoft S, Heitmann BL, et al. Longitudinal changes in blood pressure during weight loss and regain of weight in obese boys and girls. J Hypertens. 2012 Feb;30(2):368–74.
14. Nielsen TRH, Gamborg M, Fonvig CE, Kloppenborg J, Hvidt KN, Ibsen H, et al. Changes in Lipidemia during Chronic Care Treatment of Childhood Obesity. Child Obes. 2012 Nov 26;8(6):533–41.
15. Fonvig CE, Chabanova E, Ohrt JD, Nielsen LA, Pedersen O, Hansen T, et al. Multidisciplinary care of obese children and adolescents for one year reduces ectopic fat content in liver and skeletal muscle. BMC Pediatr. 2015;15(1).
16. Trier C, Dahl M, Stjernholm T, Nielsen TRH, Bøjsøe C, Fonvig CE, et al. Effects of a Family-Based Childhood Obesity Treatment Program on Parental Weight Status. PLoS One. 2016 Aug;11(8):e0161921.
17. Fonvig CE, Hamann SA, Nielsen TRH, Johansen MØ, Grønbæk HN, Mollerup PM, et al. Subjective evaluation of psychosocial well-being in children and youths with overweight or obesity: the impact of multidisciplinary obesity treatment. Qual Life Res. 2017 Jul 31;
18. Mollerup PM, Nielsen TRH, Bøjsøe C, Kloppenborg JT, Baker JL, Holm J-C. Quality of life improves in children and adolescents during a community-based overweight and obesity treatment. Qual Life Res. 2017 Feb 17;

Med venlig hilsen

Jens-Christian

Forskningsansvarlig overlæge, forsknings- og klinisk lektor, phd
Leder af Enheden for overvægtige børn og unge / Den danske biobank for børn og unge med overvægt
Børneafdelingen Holbæk
Holbæk Sygehus
4300 Holbæk

Høringssvar

Tak til Sundhedsstyrelsen (SST) for det store arbejde omkring udkastet til *"***Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne***"*, som i det efterfølgende vil blive refereret til som *anbefalingerne*.

Større kommentarer:

A. Generelt er der i *anbefalingerne* problemer med at omtale om borgere som "patienter" – det anbefales at SST foretager en grundig korrekturlæsning og sproglig gennemgang af *anbefalingerne*.
B. Flere steder i *anbefalingerne står "opsporing"* , hvilket synes en smule misvisende. Identifikation vil formentlig være en mere korrekt betegnelse.
C. *Anbefalingerne* synes at mangler en afsnit, gerne i begyndelsen, om omkostningerne ved livsstilsintervention. Hvis det er muligt bør der indgå en angivelse af omkostningerne i forhold til effekten og især i forhold til om tiltaget udføres i primærsektoren i relation til den praktiserende læge eller på sygehus (sekundærsektoren). Pointen er, at det ikke er vist, at effekten af livsstilsinterventionen blandt voksne er bedre i forhold til vægttab fx i primær- *vs*. sekundærsektoren; men meget dyrere i den sidste, så i denne rapport bør man også forholde sig til effekten i forhold til omkostningerne.
D. Flere steder i *anbefalinger* står diætbehandling og diætvejledning. For at undgå forvirring omkring disse begreber anbefales det, at diætbehandling anvendes stringent i *anbefalingerne*, da man må formode, at diætvejledning indgår i en diætbehandling.

1) På side 3 anføres det, at "Anbefalingerne er målrettet de kommuner, der ønsker at kvalificere deres indsats og tilbud…"
   Hvis *anbefalingerne* skal have en landsdækkende effekt på vægttab os/eller vægtvedligeholdelse og dermed øge sundheden i Danmark, skal *anbefalingerne* være af en sådan karakter, at alle landets kommuner er forpligtiget til at følge SST's anbefalinger.
   Denne pointe understøttes af, at der aktuelt desværre kun er meget heterogene tilbud til borgere med svær overvægt, som ønsker en sundere vægt (vægttab eller vægtvedligeholdelse). Desuden vil mere homogene kommunale tilbud også være i overensstemmelse med Sundhedsministerens udmelding primo november i år, om at arbejde for undgå yderligere ulighed i vores sundhedsvæsen. Man kan dog godt tænke sig, at kommuner kan gå sammen i "klynger", alt efter lokale forhold, men overordnet skal SST's anbefalinger være tilgængelige for alle borgere i Danmark.
2) På side 5 (pkt. 1.3.3) anføres det, at "Det kliniske skøn kan eventuelt suppleres med…"
   I forhold til at understøtte BMI-bestemmelsen bør ovenstående ændres til "Det kliniske skøn bør suppleres med…."
3) På side 5 (pkt. 1.3.4) angives at "…at voksne opnår et blivende vægttab…". Det virker måske en anelse ambitiøst, når litteraturen tages i betragtning. Det anbefales at sætningen ændres til "…at voksne opnår et længerevarende vægttab…".
4) På side 9 (pkt. 3.1) anføres det, at "…en sundere vægt og en mere…"
   Som hos voksne gælder det også hos nogle børn med svær overvægt, at et vægttab vil medføre en sundere vægt, hvorfor vægttab også bør anføres som en anbefaling hos børn.
5) På side 10 (pkt. 3.3) anføres det, at "For børn i alderen 2-5 år kan opsporing af svær overvægt…"
   Dette anbefales ændret til "For børn i alderen 2-5 år bør opsporing af svær overvægt…"

6) På side 10 (pkt. 3.3) anføres det, at ”Den praktiserende læge kan henvise børn med svær overvægt…”
   Dette anbefales ændret til ” Den praktiserende læge bør henvise børn med svær overvægt…”
7) På side 11 (pkt. 3.4). Der mangler en definition af BED.
8) På side 13 (pkt. 3.5.2.) kan sætningen med ældre med fordel udelades, da komplikationerne til svær overvægt hos ældre er sammenlignelig med komplikationerne hos voksne med svær overvægt.
9) På side 14 (pkt. 4.1) anføres det, at ”For børn i alderen 5-18 år kan opsporing…”
   Dette anbefales ændret til ”For børn i alderen 5-18 år bør opsporing…” eller ”For børn i alderen 5-18 år skal opsporing…”
10) På side 14 (pkt. 4.1) anføres det, at ”….om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, kan måling af…”
    Dette anbefales ændret til ”….om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, bør måling af …” og kommunerne bør vel i deres servicemål have et punkt om, at identificere børn med svær overvægt eller i risiko for at udvikle dette?
11) På side 15 (pkt. 4.2.)anføres det, at ”Den praktiserende læge bør tale om vægt og kropssammensætning med patienten og om patientens tanker omkring dette, hvis patienten selv bringer det på banen, eller hvis patientens konsultation er relateret til svær overvægt”
    Hvis *anbefalingerne* skal have en effekt på vægttab og/eller vægtvedligeholdelse og dermed generel sundhed hos voksne, også i forhold til undgå yderligere ulighed i vores sundhedsvæsen (jf. Sundhedsministerens kommentar ovenfor). Det anbefales derfor at dette ændres til ”Den praktiserende læge bør tilbyde at tale om vægt og kropssammensætning med borgeren og om borgerens tanker omkring dette, når den praktiserende læge har klinisk mistanke til, at borgeren har svær overvægt”
12) På side 15 (pkt 4.2.) anføres ”…identifikation af borgere med moderat overvægt”. Moderat overvægt bør ikke være genstand for aktuelle anbefalinger, hvorfor det anbefales at sætningen udgår for at holde fokus på personer med BMI >30 kg/m^2.
13) På side 15 (pkt. 4.2.) anføres det, at ”Hvis patienten selv ønsker det, kan lægen…”
    Dette anbefales ændret til ”Hvis den praktiserende har klinisk mistanke til, at borgeren har svær overvægt, bør BMI beregnes”
14) På side 16 (pkt. 4.2.) anføres det, at ”Hvis ikke dette er tilfældet, bør lægen kende og henvise til eksisterende tilbud om livsstilsintervention ved svær overvægt i patientens bopælskommune og på de sygehuse, som har tilbud”
    Det bør klart fremgå, at bopælskommunen bør have, enten alene eller sammen med andre kommuner, et tilbud om livsstilsintervention alene, hvorimod livsstilsintervention på sygehus kun gives i supplement til medicinsk eller kirurgisk behandling af svær overvægt. Det er desuden ikke vist, at livsstilsintervention gives på sygehus giver bedre effekter end andre steder, men at det formentlig er klart mere omkostningstungt.
15) På side 16 (pkt. 4.2.1.) anføres at ”For at identificere ældre med svær overvægt… spørge ind til den ældres vægt…”. Det er formentlig ikke mange ældre som går og holder regnskab med deres vægt og vægtudvikling, hvorfor det anbefales, at der i stedet anføres at ”…man bør tilbyde vejning af den ældre borger”.
16) På side 18 anføres en lang række følgetilstande/sygdomme til svær overvægt. På 9 er søvnapnø listet, men her mangler søvnapnø, som sammen med type 2 diabetes er en af de sygdomme, hvor vægttab er vist at have størst gavnlig effekt. Det anbefales derfor, at søvnapnø medtages her.

17) På side 22 (pkt. 5.1.3.) , nederst, anføres det, at "…., mens livsstilsinterventioner over 12 måneder hos børn i den samme aldersgruppe (5-18 år) ikke er vist at have effekt ud over resultatet opnået ved 6-måneders intervention". Lidt svær forståelig sætning. Skal den forstås således, at det opnåede vægttab efter 6 måneder var vedligeholdt efter 12 måneder?
18) På side 23 (pkt. 5.1.3.), øverst, anføres det, at "Efter endt intervention og tilbud vurderes barnets vægtudvikling og BMI med…"
Dette anbefales ændret til "Efter endt intervention og tilbud skal barnets vægtudvikling og BMI vurderes med…"
19) På side 24 (pkt. 5.1.5.), nederst, anføres det, at "Kostelementet bør varetages af fagpersoner…."
Dette anbefales ændret til "Kostelementet skal varetages af fagpersoner…."
20) På side 25 (pkt. 5.1.5) anføres det, at "…fx ved at have gennemgået relevant instruktøruddannelse for frivillige". SST opfordres til, hvis muligt", at give eksempler på sådanne uddannelse.
21) På side 25 (pkt. 5.2.) anføres det, at "For ældre bør de to elementer samlet set stile mod at bevare den fedtfri masse". Der bør her anføres, hvad der rent praktisk skal gøres for at bevare den fedtfri masse hos disse ældre borgere.
22) På side 27 (pkt. 5.2.1.) er et afsnit omkring "Trivsel og livskvalitet". Afsnittet er noget løst og diffust i relation til konkrete anbefalinger, så med mindre det er muligt, at give dette afsnit et reelt indhold med konkrete anbefalinger, kan afsnittet med fordel udgå.
23) På side 28 (pkt. 5.2.3) anføres det, at "Evidensen viser, at livsstilsinterventionen bør være af 12 måneders varighed", men anføres det ikke nedenfor i *anbefalingerne*, "…en interventionslængde på minimum 12 måneder…."?
Det anbefales derfor at den første sætning ændres til "Evidensen viser, at livsstilsinterventionen bør være af minimum 12 måneders varighed"
24) Side 30 (pkt. 5.2.5.). I relation til kompetenceniveauet for de sundhedsprofessionelle som skal varetage kostelementerne henvises til ovenstående pkt. 13 – sætningen anbefales ændret til "Således skal kostelementet varetages af fagpersoner…."
25) Side 31 (pkt. 5.3.). Ud over et lavt kalorieindtag kan meget kulhydratfattig kost (fx low-carb-high-protein diæter) også medføre en ketose-tilstand, hvorfor sådanne diæter også bør nævnes.

Mindre kommentarer:

a) Side 3 (pkt. 1.1). Sætningen "Der er således ikke tale slankekur,…" anbefales ændret til "Der er således ikke tale om en slankekur,…" eller "Der er således ikke tale slankekure,…"
b) Side 9 (pkt. 3.1.). "…dyskrine træk" er en noget diffus formulering og bør udgå eller omformuleres.
c) Side 16. Hvad dækker "anden instans" over?
d) Side 19. Sætningen "Vægttab eller vægtvedligeholdelse samt vægtvedligeholdelse hos voksne" giver ikke rigtig mening – er den første del af sætningen i relation til forhold hos børn?
e) Side 19 (pkt. 5.). Sætningen "Ved mistanke om en spiseforstyrrelse opfordres borgeren til at søge egen læge…" give absolut ingen mening – hvordan tænker SST at en borger skulle kunne gøre dette?
f) Side 34, ref. nr. 3. Er det ikke Larsen TM og ikke Larsen ML, som er sidsteforfatter?

From: Marie Bengtsen Broe
Sent: 18. november 2019 07:18 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Kære Sundhedsstyrelsen

Vedr. høringsvar til "Livsstilsintervention ved svær overvægt" har Lemvig Kommune ingen yderligere kommentarer.

Med venlig hilsen

Marie Bengtsen Broe
Administrativ medarbejder
Velfærdssekretariatet
Lemvig Kommune
-
Telefon:
Direkte: 9663 1281
Mobil:
Mail: Marie.Bengtsen.Broe@lemvig.dk

From: Frederik Andreas A Blinkenberg
Sent: 18. november 2019 08:42 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Cc: Ulla Borup Hemmingsen
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Kære rette vedkommende

Vi ser meget positivt på de nye anbefalinger for livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalingerne gør det håndgribeligt at arbejde ud fra den seneste evidens på området, hvilket øger sandsynligheden for effektive indsatser og at området prioriteres politisk.

Anbefalingerne er blevet gennemlæst og kommenteret af en kvalitets- og udviklingssygeplejerske, en bevægelseskonsulent samt en sundhedsplejerske. Vi har sammenholdt anbefalingerne med den tidligere udgivelse fra Sundhedsstyrelsen "Evidens for livsstilsinterventioner for børn og voksne med svær overvægt". Efter gennemgang af de nye anbefalinger har vi følgende kommentarer (vores kommentarer går udelukkende på voksne og ældre med svær overvægt), som vi håber, I vil inddrage/medtænke i anbefalingerne:

- På side 26. anbefales det, at voksne er fysisk aktive 150 minutter om ugen af moderat til høj intensitet. Der henvises til Forebyggelsespakken for Fysisk aktivitet, hvor anbefalingen lyder på minimum 30 minutters fysisk aktivitet om dagen svarende til minimum 210 minutter om ugen. For denne anbefaling gælder vel også for svært overvægtige? Ellers mangler fyldestgørende reference.
- På side 28. under overskriften *Omfang og varighed* fremføres det, at der er evidens for, at interventionen skal vare 12 måneder. Dette er ikke i overensstemmelse med konklusionen fra "Evidens for livsstilsintervention s. 56: *Samlet set blev der ikke fundet, at interventionsvarigheden havde en effekt på vægttab eller risiko for type 2-diabetes.* Så det er ikke gennemskueligt, hvorfor de 12 måneder anbefales.
- På side 30 nævnes at frivillige skal have en relevant instruktøruddannelse. Uddyb gerne dette.
- I forlængelse af ovenstående kommentar, er vi, ligesom flere andre kommuner, i færd med at udvide vores interventioner for svært overvægtige voksne til også at inkludere det lokale idrætsliv. Kan I på baggrund af forskning pege på specifikke samarbejdsformer, der er bedre end andre ift. fastholdelse og sikring af kvalitet i disse tilbud?
- Vi vil anbefale at man underopdeler anbefalingerne i et specifikt afsnit for ændre

Vi ser frem til udgivelsen af den endelige version og håber, at vores kommentarer kan være med til at kvalificere det gode arbejde yderligere.

Venlig hilsen

Frederik Andreas A Blinkenberg
Bevægelseskonsulent

Telefon: 40 99 44 84
Mobil: 40994484
frbl@vordingborg.dk

VORDINGBORG KOMMUNE

12. november 2019

Gribskov Kommunes høringssvar til Sundhedsstyrelsens publikation: **Livsstilsintervention ved svær overvægt – anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne**

Generelt høringssvar

Gribskov Kommune (GK) er enig i, at svær overvægt er et folkesundhedsproblem. Det ser vi blandt andet i Sundhedsprofilen, hvor udviklingen af borgere med svær overvægtigt er stigende i Gribskov. GK forholder sig forholder sig forbeholden overfor det store fokus på vægttab og slankekure i anbefalingerne, da vi ikke mener at slankekure nødvendigvis er løsningen for alle med overvægt.

GK støtter op om det brede perspektiv på livsstil i den indledende samtale med borgeren, samt de mange gode anbefalinger om sociale netværk, motion og sund kost.

Med den viden og dokumentation GK har kendskab til, er der dog ikke entydigt positive resultater af livsstilsinterventioner med fokus på vægttab. Vægtøgning og ustabil vægt efter endt intervention er en bekymring, samt vægttabets eventuelle skade på andre organer end fedtvævet (den fedtfrie masse). En nuanceret fremstilling kan læses i eksempelvis "Skal overvægtige tabe sig" fra Vidensråd for Forebyggelse[1]. Derudover mener GK, at der er ganske mange store studier med langtidsopfølgning, der tyder på, at vægttab øger dødeligheden.

GK efterlyser en nuanceret beskrivelse af svær overvægts sammenhæng med biologi, genetik, epigenetik, mental sundhed og samfundsmæssig påvirkning og dermed en bredere tilgang til udfordringerne og et større spektrum af løsningsmuligheder, der afspejler forskningen.

Med den sparsomme økonomi, som kommunerne har til rådighed, når det gælder forebyggelse, virker de beskrevne anbefalinger meget omkostningstunge. I tillæg til den usikkerhed, der er omkring effekten af livsstilsinterventioner med hovedfokus på vægttab og den risiko der er for deltagerne, ift. at tage vægten på igen efterfølgende og den eventuelle skade på den fedtfrie masse med mere, ser GK med forbehold på anbefalingerne.

Anbefalinger

Gribskov Kommune anbefaler et skift i fokus fra vægttab og slankhed, til et mere nuanceret fokus på en vægtstabil, funktionel krop i kombination med mental sundhed. Det kunne eksempelvis gøres ved at fokusere mere på motion, bevægelse, fællesskaber og sund kost, frem for vægttab som det overskyggende

[1] Sørensen TIA, Sandbæk A, Pedersen BK, Overvad K. Skal overvægtige tabe sig? København: Vidensråd for Forebyggelse. 2015:1-76

mål. Derudover kunne der spekuleres i, om funktionsmål eller mål på borgerens fysiske funktion med fordel kunne inddrages som en kvalificering af livsstilsinterventionens effekt, således at vægttab ikke var det primære mål. Et funktionsmål kunne eksempelvis være tegn på metabolisk syndrom, og mål på borgerens fysiske funktion kunne måles ved at gentage "rejse-sætte-sig test" før, under og efter en intervention eller ved at måle håndgribestyrke før, under og efter

Uddybende kommentarer vedrørende anbefalinger om børn
GK er enige i intentionerne om, at den kommunale sundhedspleje tidligt - evt. sammen med Dagtilbud - skal tilrettelægge forløb, der tager hånd om barnets vægtudvikling og familiens behov i forhold til dette.

Sundhedsplejen har i dag ikke egentlige tilbud målrettet børn med svær overvægt. Sundhedsplejen henviser til egen læge for enten videre forløb hos lægen, eller for at lægen kan henvise til Regionernes tilbud, som dog har endog meget lange ventetider. De lange ventetider medvirker desværre til, at indsatsen ikke ydes på det tidspunkt, hvor barnet er allermest motiveret.

Børn, der vender hjem efter ophold på Julemærkehjem, kan indenfor de eksisterende ressourcer kun tilbydes gruppeforløb med andre børn, hvilket langt fra dækker disse hjemvendte børns behov. På Julemærkehjemmene inddrages forældrene og søskende, så det enkelte barn ikke står alene med at vedligeholde sit opnåede vægttab, men dette er ikke for nuværende muligt at fortsætte i kommunalt regi, når barnet er tilbage i sin hjemkommune.

Forslaget om at de kommunale livsstilsinterventioner rettet mod børn, som minimum bør vare 26 timer per barn, forekommer i en kommunal sundhedspleje kontekst vanskeligt at efterleve i lyset af dels antallet af overvægtige børn med behov for indsats, og dels de ressourcer der samlet set afsættes til sundhedsplejens lovpligtige opgaver.

Opsporing af overvægt og fedme ved ind- og udskoling forekommer problematisk, når der intet relevant og tilstrækkeligt tilbud om indsats eksisterer. Uden eksisterende indsatser foregår der nemlig blot en kontinuerlig konstatering af den fortsatte vægtøgning, uden at der samtidigt gives tilbud om indsats. Til sammenligning ville det aldrig forekomme i den kommunale tandpleje, at man til stadighed registrerede hullerne i tænderne – uden samtidigt at tilbyde en indsats i form af forebyggelse og behandling.

Samlet set forekommer indholdet i høringsudkastet – set ud fra en kommunal sundhedsplejes perspektiv – som vanskelige at efterleve i danske kommuner i dag.

Henvisninger
Gribskov henviser til høringssvaret fra Praktiserende Læger, som GK tilslutter sig.

From: Addie Just Frederiksen
Sent: 26. november 2019 08:06 (UTC +01)
To: Sundhedsstyrelsen Forebyggelse
Subject: Høring Svær overvægt, j.nr. 1-1810-146/1

Til Sundhedsstyrelsen

Frederiksberg Kommune anerkender arbejdet med "Høringsudkast til livsstilsintervention ved svær overvægt". Der har været behov for anbefalingerne.

Anbefalingerne bærer præg af, at der stadig mangler viden på dette område. Alligevel håber Frederiksberg Kommune, at anbefalingerne mere specifikke i forhold til livsstilsinterventionen baseret på den bedste viden på nuværende tidspunkt.

Det kunne ønskes, at det blev præciseret, at det er vigtigt at få afklaret, om der er tale om BED eller andre spiseforstyrrelser. Frederiksberg Kommune mener, at det er en specialist opgave at varetage behandlingen af mennesker med spiseforstyrrelser, og ikke en indsats der skal varetages med en livsstilintervention i en kommune.

Det sene svar skal beklages. Vi håber på, at vores høringssvar alligevel kan komme med.

Venlig hilsen
Addie Just

Venlig hilsen

Addie Just Frederiksen
Leder af forebyggelsesområdet

Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsområdet
Stockflethsvej 4
DK - 2000 Frederiksberg
Mobil: +45 28985404
www.frederiksberg.dk