

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 median 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 væggtab 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 væggtabsindsatsen 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 væggtabsprogram 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 ernæringscreening (beregning og vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kostanamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, monitorering og evaluering samt opfølgning og eventuelt revidering af ernæringsplan (66)".*
Kommentar: Det er tankevækkende, at der henvises til en ernæringscreening, som ikke er lavet til og målrettet mod børn, og dermed ikke oplyser om, hvordan man vurderer om børnene igennem deres kost, er sikret sufficente 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 officielle 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 væggtabsvedligeholdelse 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 væggtkurve – 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.