

Høringsparter - National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor

Dansk Selskab for Almen Medicin

Danske Patienter

Ældresagen

Gigtforeningen

Danske Regioner

KL

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

Dansk Selskab for Fysioterapi

Socialstyrelsen

Dansk Selskab for Geriatri

Ergoterapeutforeningen

Sundheds- og Ældreministeriet

Dansk Sygepleje Selskab

04-07-2016

Sagsnr. 4-1013-84/2

Reference kla

T +4572227732

Den nationale kliniske retningslinje er desuden blevet vurderet af to peer reviewere udpeget af Sundhedsstyrelsen:

- Ellen Holm, Ledende overlæge, Geriatrisk Afdeling, Nykøbing F. Sygehus
- Jens Kondrup, Professor, overlæge, dr. med., Hepatologisk Klinik, Rigshospitalet

Sundhedsstyrelsen
Evidens, Uddannelse og Beredskab

21. juli 2016

Høringsvar til NKR for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor

DSAM takker for muligheden for at kommentere på høringsudkast til NKR vedrørende 'Ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring eller risiko herfor'.

DSAM er enig i vigtigheden af, at ældres ernærings- og træningstilstand, ikke mindst i relation til skrøbelighed og funktionsevnenedsættelser og forebyggelse heraf.

Vi har ingen konkrete indvendinger til de centrale budskaber. Det vigtigste er formentlig, at praktiserende læger i deres arbejde med ældre personer tænker 'tanken' – dvs. overvejer at der kan være behov for en trænings- eller ernæringsindsats, og om nødvendigt henviser til eller igangsætter dette.

Med venlig hilsen



Anders Bøjch
Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

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



Kolding
Kommune

**Senior- og
Socialforvaltningen**

Sundhedscenter Kolding

Dato 15. august 2016

Emne: Høringssvar

Kolding Kommune har med stor interesse gennemgået høringsudkastet til national klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor, og har nedenstående kommentarer.

Kolding Kommune er enig i, at ældre bør tilbydes en konkret individuel indsats i forhold til ernæring og gerne sammen med træning i et længere varende forløb.

Angående anbefalingen: ↓ Anvend ADL-træning efter nøje overvejelse til ældre med funktionsevnenedsættelser.

- Her mener vi ikke, at der bør være en anbefaling imod ADL træning, da den efterfølgende gennemgang af anbefalingen beskriver, at det ikke skønnes, at ADL træning har skadelige effekter, og at ADL træning vil være meningsfuld for mange ældre. Ud fra disse to udsagn er vurderingen, at kategorien 'god praksis' bør anvendes i stedet for.

Hørings svar til:

NKR for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor.

Aabenraa Kommune – Mad & Måltider.

Vi har i Aabenraa Kommune ernæringscreenet i 3½ år.

Plejecentrene:

På plejecentrene ernæringscreener plejen beboerne ved ankomst til plejecentrene og derefter hver 3. måned for godt spisende borgere der holder vægten og ugentligt for småt spisende borgere der taber sig.

Der er fast besøg på plejecentrene hver 8. uge af en professionsbachelor i ernæring og sundhed (PB), der udarbejder kostplaner hvis borgeren har uønsket vægttab eller er underernæret. PB følger efterfølgende op på borgere der allerede er lavet ernæringsindsatser på.

PB'eren har ansvar for vejledning og rådgivning, plejen har ansvar for at veje borgeren samt for den daglige ernæringsindsats og den ernæringsuddannede i plejecenterets køkken, har ansvar for at den rette kost/diæt med den rette konsistens er tilberedt til borgeren.

Efter tre år er erfaringen at flg.:

- At det er meget vigtigt at der tværfagligt tales det samme sprog, og gives tid til at forstå baggrund for handlinger og anbefalinger
- At det er vigtigt at vi inddrager hinandens kompetencer. Det er vigtigt at plejen, der har den daglige kontakt med borgerne, inddrager PB og ergoterapeuter (ergo), når de oplever at borgeren ikke er optimal ernæret, eller har problemer med at tygge og/eller synke.
- At det tids- og ressourcemæssigt kan være svært at strække dagen, kostmæssigt så langt, som det er behov for ved de underernærede ældre
- At et større samarbejde mellem PB og ergo i forhold til de enkelte beboere, ville kunne sikre færre lungebetændelser og lign.
- At det er vigtigt med fokus på spisemiljøet
- At træning og den rettet kost hos borgeren er et regnestykke hvor $2+2 = 5$

- Vi har i kommunen konstateret at der ved faste besøg sikres at der konstant er fokus på underernæring og uønsket vægttab, og der derfor er færre beboere der bliver undervægtige

Hjemmeboende:

I Aabenraa Kommune har vi ligeledes et samarbejde om de hjemmeboende ældre. Her er det sygeplejerskerne der ernæringscreenere, PB der udarbejder kostplaner og hjemmehjælpen der følger op med vejning af den ældre og anretning af maden.

Efter 3½ år er erfaringen at flg.:

- At det ville være optimalt hvis ernæringscreeningen lå hos primærbesøgspersonerne, der har størst kontakt til borgerne, og hurtigst opdager vægttab..
- At det ville være optimalt, hvis morgenbesøg og sen aftenbesøg kunne ligge hhv. tidligere og senere på dagen, således nattens fastetid er mindst mulig.
- At en større fokus på mellemmåltiderne, optimerer vægtøgelsen i høj grad
- At mange ældre spiser for at blive mæt og ikke for at blive rask og frisk. Det med at blive rask er noget medicinen gør. Derfor er der ingen grund til at spise, når der ingen appetit er.
- At sekundær sektor skal være hurtigere til at inddrage PB og ergo for at sikre positiv udfald af indsats
- At der skal kontinuerligt indsats til for at plejen/sygeplejerskerne ikke glemmer at inddrage PB og ergo.

En udfordring vi ofte står over for både for ældre i eget hjem og på plejecenter er at de har massivt vægttab under indlæggelser på sygehusene. Derfor skal der være mere opmærksomhed på at få de ældre opereret og trænet (hvis det er muligt) før indlæggelse, og stor fokus på den ældres kost og træning efter hjemkomsten.

Med venlig hilsen

Anne Diemer Moisen

Kostfaglig projektmedarbejder

Mad & Måltider

Aabenraa Kommune

Email: adm@aabenraa.dk



Sagsnr.
2016 - 663

Doknr.
312359

Dato
09-08-2016

Høringssvar vedrørende den Nationale Kliniske Retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor

Socialstyrelsen har den 5. juli 2016 modtaget Sundhedsstyrelsens udkast til National Klinisk Retningslinje (NKR) for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor. Socialstyrelsen ser udkastet som et vigtigt skridt på vejen mod at kunne skabe et mere ensartet og evidensbaseret behandlingstilbud til ældre med funktionsevnenedsættelser og evt. underernæring eller risiko herfor, på tværs af landet. I det følgende præsenteres først Socialstyrelsens bemærkninger til de centrale budskaber og til indledningen. Dernæst præsenteres vores bemærkninger til de enkelte indsatser, relateret til de fokuserede spørgsmål.

Centrale budskaber samt indledning

Socialstyrelsen kan tilslutte sig en række af de centrale budskaber og præciseringer, som indleder de kliniske retningslinjer, herunder:

- Ønsket om, at den nationale indsats bliver mere ensartet og i højere grad baseres på evidens og dermed mulighed for prioritering af indsatser på området.
- Ønsket om at bidrage til en øget vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper.
- Påpegnings af, at det er vigtigt, at den ældres værdier og præferencer inddrages i forløbet med ernærings- og/eller træningsindsatser.
- Påpegnings af, at NKR ikke er juridisk bindende, og at det altid vil være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.
- Påpegnings af, at der ikke er garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedsprofessionelle følger anbefalingerne, samt i visse tilfælde, at der kan være større succes med en behandlingsmetode med lavere evidens, fordi den passer bedre til borgerens situation.

Afgrænsning af patientgruppe

Socialstyrelsen finder det positivt, at NKR'en ikke alene fokuserer på funktionsevnenedsættelser, der involverer kroppens funktioner, men også inkluderer funktionsevnenedsættelser, der giver begrænsninger i aktivitet og deltagelse. I afsnit 0.2 foreslår vi dog en præcisering af, hvorvidt mennesker med mentale og sociale funktionsevnenedsættelser er del af den patientgruppe, som kan have gavn af de indsatser, der anbefales.



les i NKR'en. Socialstyrelsen vurderer, at en sådan en uddybning vil være væsentlig, idet mentale og sociale funktionsevnedssættelser (kognitive funktioner) ofte påvirker borgerens aktivitet og deltagelse. Hvis mennesker med mentale og sociale funktionsevnedssættelser er del af målgruppen for indsatserne, vil det desuden være ønskværdigt, at det i de enkelte afsnit om indsatserne, bliver påpeget, hvis der i forbindelse med indsatsen skal tages højde for borgerens mentale og sociale funktionsevne.

God praksis

Socialstyrelsen finder den anvendte vurdering, "God praksis", som mangelfuldt beskrevet og dokumenteret i forhold til, hvad "God praksis" baseres på. Her tænkes om "God praksis" er baseret på praksisundersøgelser, fokusgruppeinterview, arbejdsgruppe møder, eller andet.

De enkelte indsatser

I forhold til gennemgangen af fokuserede spørgsmål, har Socialstyrelsen følgende bemærkninger:

Pico 1

Socialstyrelsen finder det positivt, at det prioriteres, at målgruppen modtager tilstrækkelig information og rådgivning samt en forventningsafstemning, i forhold til ren styrketræning. Set fra et socialt perspektiv vil denne opfordring formentlig betyde færre bekymringer for målgruppen og dermed bedre forudsætninger for effekt.

Pico 2

Socialstyrelsen finder det positivt, at denne NKR finder, at det er god praksis at tilbyde træning af mere end 8 ugers varighed til ældre med funktionsevnedssættelser. Ved længere forløb, er der øget chance for, at det øgede aktivitetsniveau bliver en vane – en del af hverdagen – og at borgere dermed selv kan vedligeholde deres aktivitetsniveau efterfølgende. Dette kan formentlig forhindre risikoen for tilbagefald og for, at borgeren har brug for træning relativt hurtigt efter afsluttet indsats. Ligeledes finder Socialstyrelsen det positivt, at der tages højde for, at der i nogle tilfælde er brug for individuelt tilrettelagte indsatser, som imødekommer den ældres behov og eventuelle barrierer for deltagelse. Disse betragtninger vil imødekomme behovene blandt flere udsatte ældre i målgruppen. Vi kunne dog ønske en tilføjelse til anbefalingen omkring længerevarende forløb, hvor det fremgår, at en individuelt tilrettelagt indsats ligeledes vurderes at øge chancerne for vedholdenhed og for, at borgeren tager ejerskab til sin træning efterfølgende.

Pico 4

Socialstyrelsen finder det værdifuldt, at evidensen for dette område er blevet grundigt undersøgt. Det er positivt, at ADL træning foreslås som et muligt element i en samlet multikomponent indsats. I de praktiske råd kunne der dog med fordel lægges mere vægt på, at ADL træning helst skal foregå i borgerens eget miljø, hvor den aktivitet, der genoptrænes sædvanligvis finder sted, da et velkendt miljø understøtter indlæringen.

Den overordnede anbefaling "Svag/betinget anbefaling imod" undrer os, da den ikke er i tråd med indholdet i afsnit 4.3, da der - ligesom fx i spørgsmål 8 - er en lille, ikke signifikant effekt i forhold til to outcomes. Samtidig fremgår det, at ulemperne ved interventionen ikke forventes at være større end fordelene, hvorfor vi foreslår en ændring til "Svag/betinget anbefaling for".

Pico 5



Socialstyrelsen tilslutter sig anbefalingen om, at det er god praksis at tilbyde langvarig ernæringsindsats. I et socialt perspektiv, ser vi det yderligere som vigtigt, at det også i 5.3 påpeges, at personlige og økonomiske ressourcer er faktorer, der kan have afgørende betydning for indsatsen.

Pico 8

Socialstyrelsen tilslutter sig, at det vil være etisk uforsvarligt og sundhedsskadeligt ikke at tilbyde ernæringsindsatser i tillæg til træning af ældre med underernæring. Da der kun er fundet et studie, der ikke i sig selv kan understøtte den givne anbefaling, er anbefalingen nærmere bygget på ekspertvurderinger. Vi foreslår derfor, at "Svag anbefaling for" bliver ændret til "God praksis".

Yderligere kunne en tilføjelse til afsnit 8.7 ("Andre overvejelser") være det sociale aspekt ved et måltid, da det er alment kendt blandt fagprofessionelle på området, at det kan medvirke til at øge indtaget af mad, hvis man spiser sammen med andre.



KL's høringsvar vedr. National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevnededsættelse og underernæring eller risiko herfor

KL fremsender hermed bemærkninger til høringsmaterialet udsendt af Sundhedsstyrelsen via mail den 4.juli 2016.

KL tager forbehold for senere politisk behandling og for en evt. merudgift for kommunerne.

Helt overordnet finder KL, at evidensbaserede kliniske retningslinjer er et vigtigt redskab til beslutningsstøtte for relevante fagpersoner. Derfor hilser KL også en National klinisk retningslinje, der forholder sig til sundhedsfaglige behandlingstilbud til ældre med funktionsevnededsættelse og underernæring eller risiko herfor, velkommen.

KL finder det positivt, at vigtigheden af, at de ældres værdier og præferencer inddrages i forløbet med indsatserne, er præciseret i retningslinjerne.

Evidensen for samtlige af anbefalingerne er enten af lav/meget lav kvalitet eller i nogle tilfælde ikke eksisterende. Forventningen med den kliniske retningslinje om at skabe basis for mere ensartet og evidensbaseret behandlingstilbud opfyldes derfor kun delvist, hvilket KL finder problematisk i forhold til at skulle anbefale kommunerne at implementere anbefalingerne i nuværende praksis.

Det skal fra KL præciseres, at ernærings- og træningsindsatser her bevæger sig i snitfladen mellem sundhedsindsatser og serviceindsatser. Kommunerne har vidt forskellige styringsmuligheder på sundheds- og ældreområdet. På sundhedsområdet afspejler behandlingsindsatsen en sundhedsfagligvurdering, mens kommunerne på serviceområdet fastsætter serviceniveauet gennem kvalitetsstandarder.

Specifikke opmærksomhedspunkter

KL har følgende konkrete bemærkninger til den nationale kliniske retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevnededsættelse og underernæring eller risiko herfor:

- KL vil anbefale, at det af den Nationale kliniske retningslinje fremgår, hvad der menes med ”præferencefølsom”.

Dato: 16. august 2016

Sags ID: SAG-2016-03069
Dok. ID: 2225501

E-mail: RGSK@kl.dk
Direkte: 3370 3025

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2

- Ad. 4.2 Anbefaling s. 26: KL opfordrer til at omformulere starten af anbefaling 4: ”↓ Anvend ADL-træning”. KL finder det misvisende, at pilen pegende ned ad (symbol for svag/betinget anbefaling) efterfølges af bydeformen ”Anvend”.
- Der opfordres fra KL’s side til korrekturlæsning af retningslinjen.

Dato: 16. august 2016

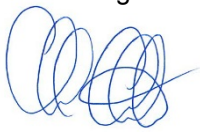
Sags ID: SAG-2016-03069
Dok. ID: 2225501

E-mail: RGSK@kl.dk
Direkte: 3370 3025

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

Med venlig hilsen



Christian Harsløf



Sundhedsstyrelsen
Att.: NKR sekretariatet

Hørings svar vedr. NKR for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevnededsættelse og underernæring eller risiko herfor

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst udkast til NKR for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevnededsættelser og underernæring eller risiko herfor. For uddybende faglige bemærkninger henviser vi til høringssvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi.

Dato:
15. august 2016

E-mail:
sf@fysio.dk

Tlf. direkte:
+45 3341 4659

Danske Fysioterapeuter vil gerne kvittere for et relevant emnevalg, som direkte adresserer den kommunale sundhedsopgave samt det tværfaglige samarbejde om de skrøbelige ældre i kommunerne. De spørgsmål, som søges besvaret i retningslinjen, afspejler kendte og praksisnære problemstillinger for fx fysioterapeuter i trænings- og sundhedscentre, herunder hvilken træning er mest effektiv og varigheden af forløb.

Afgrænsning af patientgruppen er god og nødvendig. Bl.a. at der er tale om ældre med funktionsnedsættelser og evt. underernæring eller risiko herfor, og ikke nødvendigvis begge dele samtidig. Danske Fysioterapeuter ser, at retningslinjen naturligt kan indgå i kommunernes arbejde med den ældre medicinske patient, som overlapper med patientgruppen omfattet af denne retningslinje.

Danske Fysioterapeuter mener, at supervision er en forudsætning for at kunne leve op til anbefalingerne om træning, hvad enten det gælder styrketræning, balancetræning eller en kombineret trænings- og ernæringsindsats. Supervisionen skal ske ved sundhedsfagligt personale med træningsfaglige kompetencer så som fysioterapeuter. Det vil bl.a. sikre, at også de ældre, som ikke kan klare transporten til træningscentret, får en indsats af høj faglig kvalitet. Fx i form af styrketræning ved hjælp af egen kropsvægt udført i den ældres eget hjem. Behovet for supervision bør derfor fremhæves under de praktiske råd og særlige patientovervejelser.

Det er beklageligt, at det ikke har været muligt at finde evidens, som afklarer spørgsmålet om varighed af træningsindsatsen. Danske Fysioterapeuter ser



en tendens til, at knappe ressourcer i kommunerne betyder, at man sparer på tilbud om træning til ældre fx ved tilbyde kortere forløb. Arbejdsgruppens anbefaling om, at der er god praksis at tilbyde forløb af mere end 8 ugers varighed, understøtter, at førnævnte tendens strider mod at tilbyde den fagligt set bedste intervention, især for de mest skrøbelige ældre.

Træning i ADL funktioner er meget udbredt i kommunerne bl.a. på grund af udbredelsen af hverdagsrehabilitering og indførelsen af § 83a i serviceloven. For nyligt udkom Sundhedsstyrelsens Håndbog i rehabilitering på ældreområdet med henblik på at fremme høj og ensartet kvalitet i indsatsen. Derfor undrer det Danske Fysioterapeuter, at man i denne NKR kommer frem til en anbefaling imod at tilbyde ADL træning. Det er i strid med de praksiserfaringer, som vores medlemmer kan berette om. Nemlig, at ADL-træning er meningsfuldt og gavnligt for ældre med funktionsevnededsættelser – især som supplement til anden træning fx styrketræning.

Danske Fysioterapeuter er meget enige i behovet for at undersøge evidensen for træning af ældre med underernæring eller i risiko herfor. Anbefalingen om kombinationen af en ernærings- og træningsindsats vil hjælpe mange fysioterapeuter, som står i et etisk dilemma i forhold til at indlede træning af ældre med underernæring. Danske Fysioterapeuter ser et behov for, at man lokalt i implementeringsfasen styrker samarbejdet mellem fx fysioterapeuter fra træningscentret og ernæringsfagligt personale for at sikre en etisk forsvarlig og helhedsorienteret indsats.

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af vores høringssvar.

Med venlig hilsen

Karen Langvad
Faglig chef

Sundhedsstyrelsen
NKR sekretariatet

17. august 2016
JTH

Høringssvar

National klinisk retningslinje for ernæring og træning til ældre med funktionsevnededsættelse og underernæring eller risiko herfor.

REHPA Videncenter for Rehabilitering og Palliation har modtaget høringsversionen af ovennævnte NKR, som vi har læst med stor interesse. Vi har fundet anledning til at kommentere dele af retningslinjen og fremsender hermed vores høringssvar. Vi står naturligvis til rådighed for yderligere kommentarer.

Relevansen af arbejdet med retningslinjen er uomgængelig. Klinisk praksis efterlyser evidensbaserede retningslinjer på de indsatsområder, retningslinjen omfatter, og samfundsøkonomisk er det helt afgørende, at indsatserne er ensartede og baseret på den bedst tilgængelige evidens. Også for patienterne er det centralt, at de indsatser, der anbefales, bygger på evidens. Desværre leverer retningslinjen på de fleste af indsatsområderne kun sparsom evidens, og anbefalingerne fremstår derfor usikre. Retningslinjen udgør dog et vigtigt udgangspunkt for videre forskning, som med retningslinjen har et videnbaseret grundlag at stå på. Kommentarerne til høringsversionen skal ses i dette lys, som konstruktive bidrag til videre udvikling af viden på området. Vi har valgt at kommentere på tre forhold: Dels afgrænsning af patientgruppen, dels anbefalingerne for ADL-træning og dels de anvendte outcome-mål.

Patientgruppen

Patientgruppen er afgrænset til ældre over 65 år, der ikke er indlagte, og som har mindst 2 samtidige sygdomme (f.eks. kræft, demens, apopleksi, kronisk obstruktiv lunge-sygdom, hjertesygdom, diabetes, gigtsygdomme mv.), funktionsevnededsættelse og evt. underernæring eller risiko herfor.

Afgrænsningen gør det vanskeligt at vurdere, hvem anbefalingerne reelt gælder for. På den ene side kan man overveje, om kriteriet om flere diagnoser indsnævrer

patientgruppen unødigt. Og på den anden side kan man overveje, om den manglende differentiering af patientgruppen reelt giver os en retningslinje, som kun gælder for en mindre del af patientgruppen. Disse to forhold udfoldes nedenfor.

I litteratursøgningen ekskluderes studier af populationer med én sygdom, selv om patienterne måtte opfylde øvrige kriterier. Når retningslinjen gælder ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring eller risiko herfor, virker det ikke helt indlysende, at fx studier af ældre KOL-patienter med funktionsevnenedsættelse og underernæring eller risiko herfor ikke inkluderes. Og man kan overveje, om en mere rummelig afgrænsning ift diagnoser ville have givet flere studier af højere kvalitet og dermed en mere sikker evidens.

Omvendt kan man diskutere, om funktionsevnekriteriet er tilstrækkelig afgrænset eller kunne være differentieret i subgrupper: Litteratursøgningen inkluderer studier, hvor populationen har nedsat kropsfunktion, begrænsninger i aktivitets- og deltagelsesniveau eller mindst to af Frieds' skrøbelighedskriterier (vægttab, træthed/udmattelse, nedsat muskelstyrke, nedsat ganghastighed, lavt fysisk aktivitetsniveau). Reelt inkluderer dette en population med væsentlige variationer i funktionsevnen. Nedsat funktionsevne hos ældre dækker over et stort spænd både på tværs af aldersgrupper og inden for de enkelte aldersgrupper. Se fx skemaet nedenfor (Gardener et al., 2006). Det er uklart, hvilken patientgruppe/subgruppe anbefalingen reelt gælder for. Eksempelvis kunne en anbefaling om høj-intensitets styrketræning i lyset af Gardeners skema ledsages med en vurdering af, om effekten kan forventes at være den samme på tværs af subgrupper med forskellig baseline for funktionsevne.

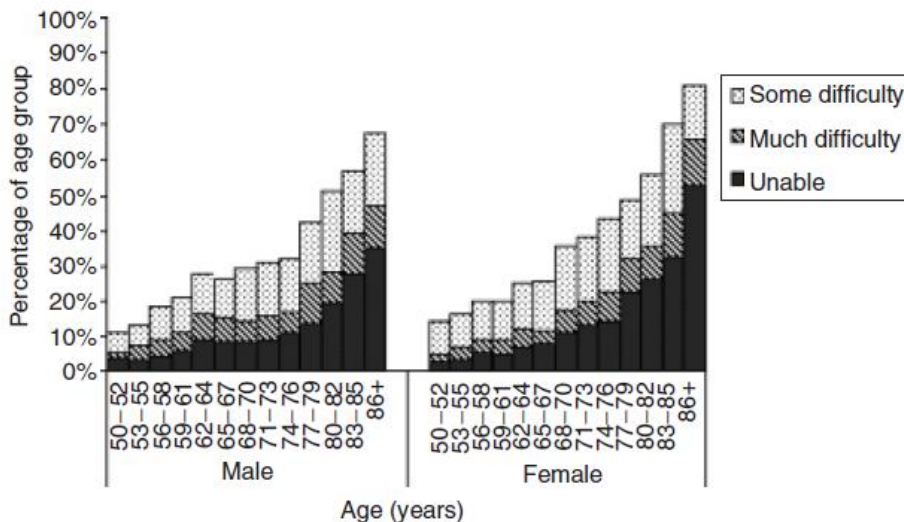


FIGURE 1. Prevalence (%) of each level of difficulty in walking a quarter mile, by age and sex.

Det er positivt, at retningslinjen omtaler patientpræferencer og motivation i forhold til de enkelte anbefalinger. Manglende motivation er en velkendt barriere for ældres

deltagelse i rehabilitering (se fx. Thuesen, 2013), og retningslinjen kunne med fordel belyse dette område mere indgående.

ADL-træning

Det er positivt, at ADL-træning er medtaget i retningslinjen. Der er i disse år stort fokus på området både fagligt og ældrepolitisk med indførelse af rehabilitering forud for hjemmehjælp, servicelovens §83a og lignende nye tiltag.

Den anbefaling, der præsenteres i høringsversionen, er dog overraskende både i sit indhold og i relation til de øvrige anbefalinger. ADL-træning forsynes som den eneste indsats i retningslinjen med en svag/betinget anbefaling *imod*. Det er vanskeligt at se, hvad der skulle begrunde en svag anbefaling *imod* sammenlignet med andre indsatser, hvor der konkluderes en svag anbefaling *for*. Og anbefalingen *imod* står da også i kontrast til andre nye undersøgelser på området. Der er en stor forskningsaktivitet på området og flere nye studier peger i anden retning end retningslinjens anbefaling. Se fx (Aspinal et al., 2016, De Vriendt et al., 2016, Langeland et al., 2016).

Både fagligt og politisk er der konsensus om, at det er god praksis at tilbyde ældre med funktionsevnenedsættelse ADL-træning. Det understøttes i retningslinjens henvisning til patientpræferencer *for* ADL-træning (s. 32). Alligevel går retningslinjens anbefaling *imod* den konsensus.

I begrundelsen for anbefalingen beskrives forskellige metodeproblemer ved de inkluderede studier. Det beskrives bl.a. som et metodeproblem, at interventionerne alle havde

”afsæt i borgerdefinerede mål med henblik på at understøtte selvstændighed i ADL. Dette betyder imidlertid, at interventionerne har været heterogene med hensyn til indhold, intensitet og varighed af træningen. Derfor kan det være svært at vurdere effekten af så forskellige interventioner på specifikke outcomes som f.eks. mobilitet, balance og ADL, idet det ikke er sikkert, at interventionen har været rettet mod de parametre, der er blevet evalueret.”

Dette er et metodeproblem ift den kliniske retningslinjes metoder men bør i sammenhængen ikke føre til en anbefaling *imod* ADL-træning. Snarere kan det ses som anledning til at diskutere, hvordan man fremover kan lave kliniske retningslinjer, når anvendelsen af borgerdefinerede mål er tiltagende, fx i form af Patient Reported Outcome Measures.

Outcome-mål

Afslutningsvis kan man overveje, hvilke mål der er relevante at anvende i studier af ældre mennesker. I retningslinjen medtages mål for livskvalitet ikke. Det er kendt, at der i studier af populationer med dalende funktionsevne, fx såkaldte

”palliative” populationer anvendes livskvalitetsmål som effektmål for rehabilitering (Thuesen et al., 2016), og helbredsrelateret livskvalitet anvendes som outcome-mål i flere studier af ADL-træning (se fx. De Vriendt et al., 2016, og et endnu ikke publiceret dansk studie af Tove-Lise Nielsen). Man kunne overveje, om ikke helbredsrelateret livskvalitet vil være et relevant mål for patientgruppen og dermed burde indgå i vurderingen af studier i retningslinjen.

Anbefaling

Samlet set hilses en NKR på området velkommen. Set fra videncentrets perspektiv rummer nuværende form tre væsentlige områder, som bør gennemarbejdes før udgivelse, hvis retningslinjen skal være anvendelig i klinisk praksis og dermed have betydning for ældre med funktionsevnetab og underernæring eller risiko derfor: Afgrænsning af patientgruppen bør suppleres med nærmere beskrivelse af, hvem retningslinjen kan forventes at gælde for. Anbefalingen vedr. ADL-træning bør tilpasses nyeste evidens, gældende konsensus og patientperspektiver. Og endelig bør retningslinjen suppleres med en metodediskussion, herunder overvejelser om de anvendte outcome-mål i forhold til patientgruppen.

Venlig hilsen

Jette Thuesen, ph.d., postdoc

Ann-Dorthe Zwisler, overlæge, professor, centerleder

Referencer:

- ASPINAL, F., GLASBY, J., ROSTGAARD, T., TUNT LAND, H. & WESTENDORP, R. G. 2016. Reablement: supporting older people towards independence. *Age and ageing*, afw094.
- DE VRIENDT, P., PEERSMAN, W., FLORUS, A., VERBEKE, M. & VAN DE VELDE, D. 2016. Improving health related quality of life and independence in community dwelling frail older adults through a client-centred and activity-oriented program. A pragmatic randomized controlled trial. *The journal of nutrition, health & aging*, 20, 35-40.
- GARDENER, E. A., HUPPERT, F. A., GURALNIK, J. M. & MELZER, D. 2006. Middle-Aged and Mobility-Limited: Prevalence of Disability and Symptom Attributions in a National Survey. *Journal of general internal medicine*, 21, 1091-1096.
- LANGELAND, E., FØRLAND, O., AAS, E., BIRKELAND, A., FOLKESTAD, B., KJEKEN, I., JACOBSEN, F. F. & TUNT LAND, H. 2016. Modeller for hverdagsrehabilitering-en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?
- THUESEN, J. 2013. Gammel og svækket i nye omgivelser. Narrativt arbejde i brugerorienterede rehabiliteringsforløb.: Roskilde Universitet.
- THUESEN, J., TIMM, H. & MIKKELSEN, T. 2016. Koordinering af rehabilitering og palliation til mennesker med livstruende sygdom. Et systematisk review af argumenter og evidens for "hvorfor, hvornår og hvordan". . REHPA Videncenter for rehabilitering og palliation - I proces.



Sundhedsstyrelsen
Enhed for Evidens, Uddannelse og Beredskab
nkrsekretariat@sst.dk

Høringsvar: Udkast til National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med nedsat funktionsevne og underernæring eller risiko herfor

Underernæring og risiko herfor er stadig et alt for stort problem i Danmark, og som den kliniske retningslinje også pointerer, et komplekst område, som kræver en professionel og rettidig indsats. Vi byder den nationale kliniske retningslinje velkommen. Den er et kærkomment værktøj i behandling af ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor.

Forbundets medlemmer arbejder hver dag med at forebygge og behandle underernæring med diætetisk vejledning, mad og måltider. Sammen med de øvrige organisationer i Forum for Underernæring¹ mener vi, at tidlig opsporing af underernæring og risiko herfor, bør være en 'skal-opgave' – ligesom monitorering af ernæringsstatus og udviklingen heraf. De seneste par års indsatser i regi af ældre- og værdighedspulje har været med til at sætte fokus på nødvendigheden af ernæringsfaglig ekspertise. Ambitionen om at skabe et ensartet og evidensbaseret behandlingstilbud til borgere med behov for en ernæringsindsats er vanskelig at nå, når det er en puljefinansieret 'kan-opgave', og ikke en fast indsats.

Der er udfordringer i praktikken i at sikre indtagelse af energi og protein sammen med træning, når ernæringsindsatsen kun omfatter vejledning og ikke rigtig mad. Vi er bekymrede for, at det vil øge uhensigtsmæssig brug af industrielt fremstillede ernæringspræparater til ældre, der ville have bedre gavn af en ordentlig kost. Det gælder eksempelvis for ældre, der lider af dysfagi eller dør med tygge/synke-besvær. Der er ingen tvivl for Kost & Ernæringsforbundet: Rette mad og måltider fordelt på hele døgnet er vejen frem.

¹ Læs mere om Forum for Underernærings arbejde her: <https://www.kost.dk/alle-kom-muner-faar-anbefalinger-mod-underernaering>

17. august 2016

Kost & Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

M: 24 25 78 03
E: gp@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

Journalnr. 20148

Samtidig har vi, i arbejdet med Sundhedskartellets og KL's fire kliniske retningslinjer samt i arbejdet med udbredelsen af brugen af evidenstankegangen i kommunerne, konstateret, at der er potentiale for bedre tværprofessionelt samarbejde.


Det store arbejde, der er lagt for dagen med den nationale kliniske retningslinje, fremhæver og understreger behovet for, at rammen om ernæringsindsatser bliver sikret. Det gælder både koordineringen, organiseringen og gennemførelsen af ernæringsindsatsen på tværs af professionerne. Men det gælder også den mad og ernæring, kommunerne tilbyder i dag, som ikke følger anbefalingerne i den nærværende kliniske retningslinje.

Ernæringsindsatser i fremtidens kliniske retningslinjer bør bredes ud, så offentlige anbefalinger – såsom 'Anbefalinger for den danske institutionskost' og 'Den Nationale Kosthåndbog' - bliver et lige så naturligt arbejdsredskab for andre professioner, som det er for kost-, ernærings og sundhedsfaglige.

Som en enkelt teknisk bemærkning gør vi opmærksom på, at begreberne uplanlagt og utilsigtet vægttab bruges som hinandens synonymer. Vi anbefaler, at den nationale kliniske retningslinje lægger sig fast på at benytte uplanlagt vægttab. Dette er et nyere og mere sigende begreb.

Vi bidrager gerne til udbredelsen af evidensen omkring ernæring, ligesom vi gerne understøtter forskning i mad og måltider samt konsekvenser af dårlig ernæringstilstand blandt ældre. Vi arbejder hver dag målrettet for, at mad, måltider og ernæring – og dermed god ernæringstilstand - anerkendes som behandling og behandlingsmål. Vi står selvfølgelig til rådighed for Sundhedsstyrelsen i det fremtidige arbejde og uddyber gerne yderligere.

Med venlig hilsen



Ghita Parry

Formand

Kost & Ernæringsforbundet er overenskomstbærende fagforening og interesseorganisation for kost-, ernærings- og sundhedsfaglige. Vi forhandler bl.a. løn og arbejdsvilkår, rådgiver om arbejdsliv og karriere, giver juridisk bistand og personlig rådgivning om løn og ansættelsesforhold. Vi varetager medlemmernes interesser på arbejdsmarkedet og i samfundet. Medlemmerne spiller en afgørende rolle i velfærdssamfundet – både for den enkelte borgers sundhed, trivsel og livskvalitet og for folkesundheden. De forskellige uddannelser og arbejdsopgaver er bundet sammen af et stærkt professionsfagligt fællesskab, der bygger på fælles værdier, erfaringer og faglige normer.

Læs mere om os og vores medlemmer på kost.dk og følg os på facebook.com/forbundet

Skabelon til National Klinisk Retningslinje høringsvar

DANSKE
REGIONER



Hvad er en National Klinisk Retningslinje

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem skal tilbydes indsatsen, hvem der skal tilbyde indsatsen eller hvornår den skal tilbydes) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

19-05-2016

Sag nr. 16/477

Dokumentnr. 24936/16

Linea Ohm Søndergaard

Tel. 21152934

E-mail: LSR@regioner.dk

Navn på national klinisk retningslinje

National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med nedsat funktionsevne og underernæring eller risiko herfor

Tekst i kursiv er mulige relevante emner, men ikke obligatoriske.

Generelle faglige kommentarer

Vi har med stor interesse læst udkastet til NKR anbefalingen. Vi er klar over at det repræsenterer et meget stort og opslidende arbejde, da vi begge har arbejdet med at afdække evidensen for træning og andre modaliteter i forhold til at bedre funktionsniveauet hos ældre, og specielt skrøbelige ældre.

Generelle kommentarer

Ældre med nedsat funktionsevne og underernæring eller risiko herfor er en stor og meget relevant gruppe at have fokus på. Men gruppen er kæmpestor og heterogen, og generelt er forskningen på området præget af relativt små studier med svingende og ofte dårlig kvalitet. En af udfordringerne i forhold til at afdække evidensen for en intervention er, at guldstandard designet i evidensbaseret medicin er det randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), og dette design er ikke nødvendigvis det bedste til at identificere anbefalelsesværdige interventioner til den meget heterogene målgruppe. RCT-studier kræver brug af standardiserede behandlingsprotokoller for at reducere variation. Således er mange undersøgelser udført med meget udvalgte forsøgspersoner (typisk 10-15% af den samlede gruppe), og personer med ko- eller multimorbiditet er ofte udelukket, hvilket begrænser generaliserbarheden af resultaterne. Desuden er RCT-designet ikke en mulighed, hvis interventioner omfatter ændring af arbejdskultur, arbejds gange og miljøer. anbefalinger, der alene hviler på moderat-høj grad af evidens uden at der tages forbehold med hensyn til manglende forskning på området, kan således ende med at være misvisende.

I forhold til de fokuserede spørgsmål vil det være en fordel, at den ønskede effekt fremgår. Ordlyden i PICO 1 bliver fx: Bør ældre med funktionsevnenedsættelse, men uden underernæring eller risiko herfor, tilbydes ren styrketræning frem for en kombineret fysisk træningsindsats med henblik på at øge funktionsevnen?

Damfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00

F 35 29 83 00

E regioner@regioner.dk

I gennemgangen af de enkelte fokuserede spørgsmål vil det være en fordel, hvis PICO fremgår i teksten, og at arbejdsgruppens anbefaling klart fremgår (dvs. med overskriften **Arbejdsgruppens anbefaling**)

I forhold til PICO 1

Det er lidt overraskende på basis af søgestrengen, at nedenstående reference ikke er inkluderet
Manini T, Marko M, VanArnam T, Cook S, Fernhall B, Burke J, Ploutz-Snyder L. Efficacy of resistance and task-specific exercise in older adults who modify tasks of everyday life. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007 Jun;62(6):616-23.

et mindre RCT studie, hvor man netop har sammenlignet resultaterne af styrketræning (10 RM), styrketræning kombineret med funktionstræning og funktionstræning alene. Man har ikke gennemført ITT-analyser, hvilket kan være årsagen, men studiet er alligevel interessant og burde måske være nævnt om ikke andet så i baggrunden.

Det er lidt svært at finde konklusionen (side 15), der danner baggrund for anbefalingen. Og man kan vel ikke konkludere, at der er effekt på mobilitet (?).

Konklusionen 'På baggrund af evidensen er det vanskeligt at fastslå det optimale styrketræningsprogram, idet heterogeniteten var stor i de inkluderede studier, hvad angår træningsvarigheden, progression af intensiteten samt træningshyppigheden' burde måske erstattes med 'på grund af den lave kvalitet af evidensen er det vanskeligt at fastslå det optimale styrketræningsprogram inklusiv træningsindhold, -intensitet, -progression, -hyppighed og -varighed. Evidensen trækkes af to studier med meget høj risk of bias (Bellomo 2013 og Seo 2012). Hvis man i stedet kigger på evidensen baseret på to studier med lav risk of bias (Mangione 2010 og Serra Rexach 2011), så er der ikke evidens for konklusionen.

Følgende indgår i konklusionen 'Der blev fundet en moderat og klinisk relevant effekt på det kritiske outcome muskelstyrke samt en lille ikke signifikant effekt på det kritiske outcome mobilitet efter endt behandling til fordel for ældre med funktionsevnededsættelse, som fik styrketræning med intensitet på mellem 8-12 RM'. Dette er ikke korrekt, hvis der ikke er signifikant effekt, **så er der ingen effekt**, signifikansniveauet er jo et udtryk for hvilken usikkerhed på estimatet, som man vil acceptere. Man kan evt. skrive, at numeriske forskelle mellem styrketrænings- og kontrolgrupper var som regel/altid til fordel for styrketræning, men forskellen var ikke signifikant, og derfor var forskellen behæftet med for stor usikkerhed.

I forhold til PICO 2

I forhold til argumentationen vedr. varigheden af et genoptræningsforløb, vil det formentlig være relevant at nævne, at træningsresponsen hos ældre er mindre end hos unge.

Hvid L, Aagaard P, Justesen L, Bayer ML, Andersen JL, Ørtenblad N, Kjaer M, Suetta C. Effects of aging on muscle mechanical function and muscle fiber morphology during short-term immobilization and subsequent retraining. J Appl Physiol (1985). 2010 Dec;109(6):1628-34.

Kosek DJ, Kim JS, Petrella JK, Cross JM, Bamman MM. Efficacy of 3 days/wk resistance training on myofiber hypertrophy and myogenic mechanisms in young vs. older adults. J Appl Physiol (1985). 2006 Aug;101(2):531-44.

Merritt EK, Stec MJ, Thalacker-Mercer A, Windham ST, Cross JM, Shelley DP, Craig Tuggle S, Kosek DJ, Kim JS, Bamman MM. Heightened muscle inflammationsusceptibility may impair regenerative capacity in aging humans. J Appl Physiol (1985). 2013 Sep;115(6):937-48.

I forhold til PICO 3

Der kan stilles spørgsmålstejn ved relevansen af spørgsmålet i PICO 3. Det seneste Cochrane review (Gillespie 2012) finder følgende:

Strength/resistance training delivered in a group setting failed to achieve a significant reduction in rate of falls (64 participants, 1 trial, Analysis 1.1.7) or number of people falling (120 participants, 1 trial, Analysis 1.2.6). Fiatarone 1997 provided insufficient data to be included in this analysis but the authors reported that “no difference between groups was observed in the frequency of falls”. Home-based resistance training in Latham 2003 also failed to achieve a statistically significant reduction in rate of falls (222 participants, Analysis 1.1.8) and risk of falling (Analysis 1.2.7). Two of the trials testing resistance training reported adverse events resulting from the intervention. Latham 2003 reported significantly more adverse events in the resistance training group: “Eighteen people had musculoskeletal injuries in the exercise group, compared with five in the control group; RR3.6, 95%CI 1.5-8.0”, and in Liu-Ambrose 2004 “Musculoskeletal complaints (e.g., sore neck, bursitis of the hip) developed in 10 women in the resistance training group, three in the agility-training group, and two in the stretching group.”

Disse resultater understøttes af et systematisk review af Sherrington et al. (J Am Geriatr Soc 2008; 56:2234–2243), hvor der på baggrund af resultater vedr. effekten af styrketræning på andelen af ‘falder’, og antal fald bl.a. konkluderes:

It is likely that impaired balance is a stronger risk factor for falls than poor muscle strength and that this finding is in keeping with previous findings that strength training increases strength but has less clear effects on balance abilities.

Begge reviews fremhæver derimod vigtigheden af at gennemføre balancetræning. På den baggrund er det lidt svært at forstå, at styrketræning er valgt som den primære træningsform.

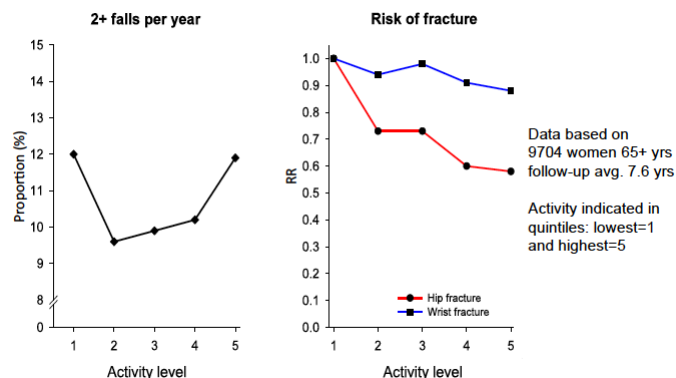
Ved afrapportering af jeres resultater er det relevant at angive frafald i absolutte tal, for >10% er et meget vidt begreb. Det skulle være muligt, når der kun refereres til 2 studier.

I dette PICO står der (s. 25) ‘Der blev fundet en mindre, men ikke-signifikant forskel i de kritiske outcomes mobilitet og balance ...’. Ovennævnte kritik gælder også her. Det er ikke i orden, når der i afsnit 3.7 står ‘Når balancetræning adderes til styrketræning (8-12RM) ses en mindre, men ikke-signifikant effekt på den ældres mobilitet og balance. Der kunne ikke påvises en forskel på forekomsten af fald mellem ældre, der modtog balancetræning adderet til styrketræning, og ældre der kun fik styrketræning, men evidensen var baseret på ét studie’. Det skrevne er baseret på to studier med høj risk of bias.

Et gammelt studie baseret på næsten 1000 ældre kvinder

Gregg EW, Cauley JA, Seeley DG, Ensrud KE, Bauer DC. Physical activity and osteoporotic fracture risk in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Ann Intern Med. 1998 Jul 15;129(2):81-8.

finder, at risikoen for hoftefraktur reduceres med ca. 40% hos ældre fysisk aktive, uden specifikation af aktiviteten (se figur nedenfor).



Det understøttes af en ny metaanalyse

El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults. Br J Sports Med. 2015 Oct;49(20):1348.

som viser, at hvis man pooler resultater fra studier af forskellige typer træning versus ingen træning, så er der en positiv effekt på totalt antal fald (RR=0.63), antal fald, der kræver behandling (RR=0.70), antal fald med svære skader (RR=0.57) og antal fald, der resulterer i frakturer (RR=0.39).

I forhold til PICO 4

Det er lidt svært at forstå, hvordan man er kommet frem til et negativt budskab,

↓ *Anvend ADL-træning efter nøje overvejelse til ældre med funktionsevnedssættelser (⊕□□□).*

Skulle pilen ikke have vendt opad?

Ved gennemgang af forest plots med tilhørende risk of bias oversigt, er det tydeligt, at mange af studierne er af meget dårlig kvalitet, og nogle burde måske slet ikke indgå i analyserne (hvis der overhovedet ikke er givet +). Med hensyn til EOT-effekten af ADL-træning på 'bevægelse og færden' synes det som om der potentielt er en svag positiv effekt af ADL-træning, baseret på de bedste studier. Effekten på balance tipper trods alt til ADL-træning, og det samme gælder for ADL og IADL. I forhold til fald, er studierne af så lav kvalitet, at det ikke giver mening at lave analysen. I forhold til ændring af bopælsstatus er der en fejl i aksebenævnelser. Men hvis ADL-træning står til venstre (som i de andre forrest plots), så tipper den trods alt til ADL-træning.

I forhold til de anvendte begreber

Den danske oversættelse af disability er det ikke særlig mundrette 'funktionsevnetab' (Kirsten Avlund's PhD afhandling 1995), som vi nok kommer til at holde fast i. Til gengæld mener vi, at funktionsevnedssættelse og funktionsevneniveau kan erstattes af henholdsvis 'nedsat funktion' og 'funktionsniveau'. Det er først, når evnen er tabt, at det hedder 'funktionsevnetab'.

Med venlig hilsen

Nina Beyer (PhD) og Christian Have Dall (PhD)

Fysio- og Ergoterapiafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg hospital

11.08.16

17. august 2016

Mail fra Katarina Hörnqvist Rasmussen katarinahoernqvistrasmussen@hotmail.com

Høringssvar ang. NKR for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor

Hej.

På vegne af bestyrelsen for Dansk Selskab for Geriatri, vil jeg blot meddele, vi synes oplægget ser fornuftigt ud, og vi har ingen kommentarer.

Med venlig hilsen

Læge Katarina Hörnqvist Rasmussen
Medicinsk Afdeling O, Herlev Hospital

Sundhedsstyrelsen
NKRsekretariat@sst.dk

Den 17. august 2016

Høringssvar fra DASYS vedr. National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi har udsendt høringmaterialet til vores medlemmer og fået kommentarer tilbage fra Fagligt Selskab for Geriatiske Sygeplejersker.

I afsnit 0.2 Afgrænsning af patientgruppe, første linje

"Anbefalingerne i denne NKR er målrettet ældre over 65 år, der ikke er indlagte"

Denne sætning passer ikke sammen med afsnit 0.3 Målgruppe/brugere, hvor der står

"Målgruppen for denne NKR er sundhedsprofessionelle og beslutningstagere særligt inden for ældreområdet som kliniske diætister,... samt sundhedsprofessionelle ansatte på sygehusafdelingerne, herunder geriatere..., som er involveret i vurdering og beskrivelse af behovet for både trænings- og ernæringsindsats f.eks. i perioden efter en indlæggelse".

I afsnit 0.2 skrives således, at NKR ikke er rettet mod de indlagte patienter, men i afsnit 0.3 er det også sundhedsprofessionelle på sygehusafdelinger der er målgruppe/brugere og vil derfor af samme grund dermed omfatte de indlagte patienter.

Side 13

1 Værdien af styrketræning til ældre med funktionsnedsættelser

1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser afsnit 3

De sundhedsprofessionelle på sygehusene bør ligeledes medvirke til information og rådgivning om træningens vigtighed til indlagte patienter, således patienterne forberedes inden udskrivelsen.

Side 36

5 Effekten af langvarig ernæringsindsats

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

I det første afsnit vedr. "utilsigtet vægttab". Her er det ofte ved indlæggelse at de utilsigtede vægttab opdages, hvilket bekræftes i afsnit 3 "på baggrund af et nyt dansk studie, kan formen på vejledningen overvejes, da studiet viste, at ældre, der lige har været indlagt, havde større effekt af ernæringsindsats gennemført ved personligt møde snarere end ved telefonisk opfølgning". Dette foregår i sygehusregi og derfor skal denne NKR også omfatte de indlagte og ambulante patienter i sygehusregi.

I afsnit 5, bør kompetenceudvikling inden for området også gælde for sundhedsprofessionelle ansat på sygehuse.

Side 39

6 Effekten af individuel eller standardiseret ernæringsindsats til ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring

Her bør der tilføjes "sundhedsprofessionelle ansat på sygehuse", da anbefalingerne ligner dem der er i 5 Effekten af langvarig ernæringsindsats.

Vi ser frem til det endelige resultat. Skulle ovenstående give anledning til spørgsmål, står Fagligt Selskab for Geriatiske Sygeplejersker og DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående kommentarer synspunkter.

Med venlig hilsen

For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS

Bente Hoeck
Næstformand

17. august 2016

Hørings svar NKR for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse

Kære arbejdsgruppe for NKR.

Hermed høringssvar fra Silkeborg kommune.

Generelt er vores oplevelse at materialet er grundigt undersøgt og solidt bearbejdet. Det påskønner vi som kommune, da det letter os i vores hverdag.

Vi ser frem til at der kommer mere forskning på området, da der mangler eller er svag evidens ved flere relevante områder. Vi er klar over at det ikke er muligt i forbindelse med denne NKR, men det er et ønske fra os, at der er evidens på trænings- og underernæringsområdet.

Herefter vil vi kommentere på enkelte elementer i høring materialet:

S. 36. ernæringsindsats over 3 mdrs. varighed.

3 mdr. er lang tid i forhold til øvrige kommunale indsatser, herunder træning i kommunalt regi. Vi ønsker en præcisering af indholdet i indsatsen. Er det 3 samtaler eller tæt opfølgning med samtaler hver 14 dag? Er der beskrevet noget om dette i det materiale der ligger til grund for anbefalingen?

S. 36 nederst. Relevant viden i kommunen.

Vi er meget enige i, at det er væsentlig med relevant viden blandt faggrupper der er tæt på de ældre i hverdagen. Vi støtter ideen om uddannelse af nogle personalegrupper. Det vil være velkomment med undervisningsmateriale der kan støtte undervisningen.

s. 54 8.8 Rationale for anbefaling

”Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at kvaliteten af evidensen var meget lav, og at det vil være etisk uforsvarligt ikke at tilbyde ernæringsindsatser i tillæg til træning til ældre med underernæring eller risiko herfor. Der er endvidere lagt vægt på, at kontrolgruppen i studiet af Rydwik et al (2008) reducerede deres muskelmasse signifikant i forhold til deres eget udgangspunkt, hvilket indikerer, at der ikke bør tilbydes træning til ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring uden en indsats, der behandler underernæringen.”

Vi finder denne viden meget relevant og væsentligt, at det bliver en central del af anbefalingen for træning med ældre borgere.

Afsnittene om træning er relevante og vi tilslutter os materialet.
Vi har ikke yderligere kommentarer fra Silkeborg kommune

Venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, reading "LINDA G NÆSAGER". The signature is written in a cursive, flowing style.

Linda Gulløv Næsager (18994)
Leder af Sundhedshuset



Høringssvar vedrørende: ” NKR for ernærings- og træningsindsatser for ældre med funktionsevnededsættelse og underernæring eller risiko herfor”

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 17. august 2016
Side 1
Ref.: UG
E-mail: ug@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende ”NKR for ernærings- og træningsindsatser for ældre med funktionsevnededsættelse og underernæring eller risiko herfor”

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen som høringssvar vedrørende ovennævnte nationale kliniske retningslinje.

Ergoterapeutforeningen er generelt positiv overfor et fokus på ældreområdet med en højere grad af helhedsorienteret og individuel tilgang til borgerne i forhold til indsatser.

På den anden side fremstår konklusioner og anbefalinger i netop denne NKR noget fragmenteret fra den virkelighed, som borgerne befinder sig i og som eksempelvis ergoterapeuter arbejder efter. Her er det først og fremmest en anbefaling **imod** ADL, der er i skærende kontrast til Servicelovens §83a og eksempelvis den nyligt publicerede håndbog fra Sundhedsstyrelsen om rehabilitering på ældreområdet.

Anbefalingerne bør derimod være med til at sikre ensartet høj kvalitet til gavn for borgerne både i vurdering, behandling, genoptræning og rehabilitering ud fra et sundhedsparadigme som tager sit afsæt i et helhedsorienteret menneskesyn fx som det er beskrevet i WHO's rehabiliteringsdefinition: *Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse.*

Derfor kan den negative anbefaling vedrørende ADL i den fremsendte høringssvarversion være med til at fremme et fokus på indsatser, der i højere grad passiviserer borgeren i stedet for at fokusere på indsatser, der har til formål at fremme borgerens selvstændighed i egne gøremål.

ADL

Ergoterapeutforeningen er uforstående overfor og kan ikke finde argumentationen i denne NKR for, at træning af ADL ligefrem skulle ende med en anbefaling **imod**. Der argumenteres med, at de givne studier har lav grad af evidens men



samtidig, at ADL ikke har forårsaget negative følger. Der er således et paradoks i at anbefalingen bliver **imod**. Vi anbefaler, den endelige udgave som minimum ændres til en "Det er god praksis" at ADL vurdere og ADL træne i hverdagen. Ergoterapeutforeningen anfægter naturligvis ikke, at evidensen måtte være lav ud fra de fremlagte præmisser, men vi vil påpege, at der på en gang ses på mange effektmål og mange interventioner i studierne, som efter vores mening ikke alle er hverdagsaktiviteter. Ergoterapeutforeningen finder desuden ikke, at der nødvendigvis er et modsætningsforhold mellem en borgers præferencer ift. ADL og en given vurdering og træning i ADL. Redskabet AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) er et standardiseret redskab, som netop kan anvendes systematisk til måling af ADL og også bruges til monitorering. Ca. en tredjedel af danske ergoterapeuter er kaliberede til at anvende redskabet. Se i øvrigt mere information om AMPS på <http://www.amps-danmark.dk/>

Underernæring

Det beskrives, at der skal tilbydes ernæringsindsatser, men det bliver ikke beskrevet, hvad disse skal indeholde udover næringsdækningen af kalorier og proteiner. NKR beskæftiger sig i de fleste af de fokuserede spørgsmål i denne NKR med ældre uden underernæring som problem eller som er i risiko for problemet. Det underbygger ikke rigtig anbefalingerne for ernæringsindsatser i NKR. Det kunne have været ønskeligt om temaet ensomhed og sociale relationers betydning havde indgået i relation til indsatser ift. ernæring, så perspektivet på ernæringsindsatser var bredere.

Populationen

Det ser ud som om mange af de inkluderede studier er blandt virkelig svækkede ældre, der får en del pleje og bor i omgivelser, hvor plejen måske også er let tilgængelig. Her kan det måske være svært at finde rette indsats og rette redskaber til at måle en eventuel effekt?

Derfor undrer det Ergoterapeutforeningen, at der lægges vægt på så mange effektmål, der ikke direkte er aktivitetsudførelsesrelaterede inden for emne fire, (ADL) og at de også refererer til mange interventioner, som efter Ergoterapeutforeningens mening ikke vil kunne kategoriseres under "træning af hverdagsaktiviteter". Søgestrategien retter sig mod studier, hvori der indgår ældre med flere sygdomme, og man kunne med fordel også have set på studier af ældre med enkelt diagnoser fx apopleksi og Parkinson således, at NKR fik et bredere anvendelsesperspektiv efterfølgende.

Andre referencer man kunne have medtaget

De Vriendt P, Peersman W, Florus A, Verbeke M, Van de Velde D: "Improving health related quality of life and independence in community dwelling frail older adults through a client-centred and activity-oriented program. A pragmatic randomized controlled trial" J Nutr Health Aging 2016;20:35-40, Epub 2015 Jan 7. Dette studie viser god effekt på ADL udførelse af et ti ugers ergoterapi-program af meget lav intensitet. Der blev ikke undersøgt effekt på længere sigt. Desuden gennemfører ergoterapeut, cand.scient.san & ph.d. studerende Tove Lise Nielsen i øjeblikket et randomiseret studie i Randers kommune om blandt andet effektiviteten af ergoterapeutisk hjemmehabilitering. Mere information om projektet på:

http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/documents/Hverdagsrehabilitering/rehabmesse_2014_oplaeg_fra_randers_tekst.pdf



Forskning

Med det store politiske, samfundsrelevante og lovgivningsmæssige fokus, der er på hverdagsrehabilitering må det være evident, at det er nødvendigt at ADL området i højere grad indgår i forskningssammenhænge både til ældre med multikomplekse sygdomme, ældre med kroniske lidelser fx KOL og kræft, men også til ældre der kun har en enkelt diagnose og fx lider af Parkinson og demens.

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

Høring: National Klinisk Retningslinje for Ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevnededsættelse og underernæring eller risiko herfor

Til: Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens høringsudkast til NKR for Ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevnededsættelse og underernæring eller risiko herfor og takker for muligheden for at afgive hørings svar.

DSF har samlet et høringssvar med input fra:

- Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri, DSFGG
- Dansk Selskab for Hjerte- og lungefysioterapi, DSHLF

Der henvises endvidere til de vedhæftede høringssvar fra de respektive faglige selskaber sidst i dette dokument.

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvaret relevante og anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af den nationale kliniske retningslinje. Såfremt der er opklarende spørgsmål, er vi naturligvis behjælpelige.

Generelle bemærkninger

Dansk Selskab for Fysioterapi kvitterer for en klinisk retningslinje, der belyser relevans og anvendelse af to essentielle indsatser i forebyggelse og rehabilitering af ældre med funktionsnedsættelser.

Afgrænsningen af patientgruppen i denne kliniske retningslinje kan være lidt problematisk, eftersom det er beskrevet, at anbefalingerne skal omfatte ældre over 65 år, der har flere samtidige sygdomme, fx demens, men man vælger ikke at medtage studier, der beskæftiger sig med mentale og sociale funktionsevnededsættelser.

Set i forhold til, at denne NKR omhandler ernæring, havde det været relevant at inddrage tandlæger og tandplejere i arbejdsgruppen eller i det mindste som høringssparter. Da dårlig tandstatus og mundhygiejne kan spille en stor rolle i forhold til underernæring.

Dansk Selskab for Fysioterapi anerkender vigtigheden af at tage udgangspunkt i den ældres værdier og præferencer, men savner at dette afspejles i de valgte outcomes. Livskvalitet er fx kun medtaget som vigtigt outcome på de PICO's, der omhandler ernæring (PICO 5-8).

Anbefalingerne i denne kliniske retningslinje er bygget på evidens af lav eller meget lav kvalitet, da der er fundet meget få studier. Dette understreger, at der i høj grad er behov for mere og bedre forskning på området i fremtiden.

Bemærkninger til de enkelte anbefalinger/PICO spørgsmål

PICO 1: Betegnelsen "ren styrketræning" er ikke en velkendt terminologi og kan muligvis skabe misforståelser. Der skrives senere "høj-intensitets styrketræning" – og terminologien er mere dækkende; altså styrketræning med høj, moderat eller lav intensitet.

PICO 2: Ligeså vigtigt som patientpræferencer, der fint er medinddraget i dette PICO-spørgsmål, er også inddragelse af pårørende og i nogle tilfælde personale. Dette berøres ikke, men kunne være en vigtig faktor i afsnit 2.2.

PICO 4: Evidensen er lav og meget lav for outcomes til dette PICO-spørgsmål, men det beskrives, at der ikke blev fundet hverken bivirkninger eller adverse effects af denne type træning og derfor undrer det DSF, at arbejdsgruppen er kommet frem til en svag anbefaling *imod* samt formuleringen "efter nøje overvejelse" i denne anbefaling. Denne formulering anvendes normalt, hvis der er mistanke om skadelig virkning af interventionen.

På vegne af

Dansk Selskab for Fysioterapi

Med venlig hilsen

Annette Fisker

Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tel: +45 33414612

E-mail: kontakt@dsfys.dk

www.danskselskabforfysioterapi.dk



Bilag:

1. Høringssvar fra Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri
2. Høringssvar fra Dansk Selskab for Hjerte- og Lungefysioterapi

Høring: National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor

Til: Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for fysioterapi i Gerontologi og Geriatri (DSFGG) har læst Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor.

Med i høringen kunne der også være indkaldt:

Dansk tandplejerforening

Landsforeningen for kliniske tandteknikere

Foreningen for kliniske diætister

Overordnede bemærkninger

Overordnet er det meget positivt, at patientperspektivet inddrages, og at der åbnes op for at ” I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til borgerens situation”. s. 12

Væskemangel hænger ofte sammen med underernæring og mandler derfor, at dette også er med i de kliniske retningslinier.

Denne NKR har fokus på typen af ernæringsindsats i form af kalorier, proteiner og mikronæringsstoffer, men mangler at forholde sig til årsdagen til underernæring, såsom:

Nedsat appetitregulering

Ændret smagsoplevelse

Ændrede måltidsoplevelse (tab af ægtefælle, flytning o.a.)

Svamp i munden

Mundtørhed

Synkedysfunktion, ernæringstilskud virker ikke alene, hvis det er indtagelsen, der er problemer med

Gebis (for stort pga. væggtab)

Dårlige tænder

Nedsat evne til at tygge selvstændigt.

Kontinuitet hos den ældre er vigtig i forhold til at opnå gode resultater med henblik på ernæring og træning.

Flere steder nævnes:

”forhold som f.eks. transporten til og fra træning er også vist at udgøre en barriere for deltagelse i træning hos den enkelte (Franco et al 2015). Konsekvensen kan være, at de udebliver eller takker nej til træningstilbuddet (Nina Beyer rapport 2010). Derfor kan nogle ældre have brug for en individuelt tilrette-

lagt ernærings- og træningsindsats, som imødekommer den ældres behov og eventuelle barrierer for deltagelse. Nogle ældre kan f.eks. have behov for at træningen sker i hjemmet med en gradvis øgning af intensitet og træningsmængde, efterhånden som den ældre responderer på indsatsen”.

Den NKR mangler retningslinier for denne indsats. Det kunne være at træningsindsatsen skal varetages af fysioterapeuter. Træningen kan i nogle tilfælde varetages af plejepersonalet efter instruktion fra fysioterapeuter, hvor fysioterapeuten ligeledes sikrer opfølgning af indsatsen.

Side 8

↑ Overvej at tilbyde en kombineret **trænings-** og ernæringsindsats (dagligt supplement med min. 200 kcal og 9 g protein) til ældre med funktionsevnedssættelse, men uden underernæring eller risiko herfor (□□□□).

↑ Overvej at give en ernæringsindsats (min. supplement med 400 kcal og 18 g protein dagligt eller sikring af at min. 75 % af beregnet energi og proteinbehov dækkes) sammen med kombineret **fysisk træning** til ældre med funktionsevnedssættelse og underernæring eller risiko herfor (□□□□).

Der mangler specificering af ”træningsindsats” og ”fysisk træning”, hvor der i første afsnit på siden starter med at anbefale ren styrketræning.

Side 9 fodnote:

Fodnoten fortsætter, som almindelig tekst på side 10.

1 Fodnote) I denne NKR er hverdagsaktiviteter defineret som Activities of Daily Living (ADL), f.eks. problemer med at klæde sig på, lave mad eller gøre rent. Betegnelsen omfatter således både...

Der mangler fortsættelse af fodnoten, men måske er det den der fortsætter på side 10?

Uanset screeningsværktøj, er det vigtigt at de er valideret.

Side 13

Det anbefales indledningsvist at træne de store muskelgrupper, primært i benene, og gradvist trappe intensiteten op over ca. 4 uger fra > 12 RM til en intensitet mellem 8-12 RM såfremt den enkelte ikke har gener, der kan relateres til træningen. Afklaring af den ældres forventninger og motivation for at deltage i træning er væsentlig. Styrketræning kan af nogen opfattes som hård og irrelevant. Mange ældre kan være bekymrede for, om træningen kan øge risikoen for skader samt forværre kroniske sygdomme. Det er derfor vigtigt inden opstart, at den ældre modtager tilstrækkelig information og rådgivning fra f.eks. egen læge eller terapeut for at imødegå sådanne bekymringer, så den enkelte på et informeret grundlag kan tage stilling til et givet træningstilbud.

Vigtigt at huske på at mange af de ældre kan opfatter muskelømheden, som en uønsket bivirkning til træning. Nævnes på side 16, men bør måske også nævnes her?

Side 20

”...vejledning der motiverer den ældre til have et aktivt hverdagslivs også kan understøtte den ældres selvhjulpethed (f.eks. at tage trapperne, medvirke til forflytninger, stående aktiviteter m.m.)”.

Der bør også nævnes tværfagligt samarbejde og pårørende, så alle parter støtter op omkring den ældre og giver de bedste mulige forudsætninger for et aktivt hverdagsliv, som f.eks. at pårørende og evt. plejepersonale ikke hjælper borgeren unødigt ud fra en misforstået omsorgstanke/travlheden.

Side 23

3.3. Praktiske råd og særlige patientovervejelser.

Ved afklaring af den ældres forventninger og motivation for at deltage i et træningsforløb indeholdende balancetræning bør tages i betragtning, at fald er tabu blandt ældre. Kilde: Dorte Høst, "Ældres opfattelse og håndtering af at falde samt motivation for faldforebyggende tiltag".

Side 32

4.8 Rationale for anbefaling

Anbefalingen bør tages i betragtning ved visitation af ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring eller risiko herfor til hverdagsrehabilitering. I det man måske i højere grad skal overveje at tilbyde de ældre den hjælp de efterspørger.

Side 36

"...forventes oplysning og vejledning af den ældre at være afgørende for compliance til ernæringsindsatsen mod underernæring..."

Oplysninger og vejledning til pårørende er mindst lige så vigtigt.

Ovenstående bør gentages i afsnit 6.3 s. 39

Ovenstående bør gentages i afsnit 8.3 s. 51

"...Dette kan for nogle faggrupper nødvendiggøre uddannelse på området..."

Det er især vigtigt at plejepersonalet omkring de ældre, som oftest er dem, der er omkring borgerne ved måltider.

Ovenstående bør gentages i afsnit 6.3 s. 39

Ovenstående bør gentages i afsnit 8.3 s. 51

Side 38

Patientpræferencer

Arbejdsgruppen forventer, at varigheden af indsatsen generelt ikke er præferencefølsom, men at andre faktorer, som f.eks. personlige og økonomiske ressourcer, afgør dette.

Ernæringsdrikkenes smag og konsistens kan være et problem i forhold til compliance.

Side 42

Andre overvejelser

Individualiseret ernæringsindsats kræver sundhedsfagligt personale med ernæringsfaglig ekspertise.

Det er vigtigt med henblik på at sikre den rette tilførsel af næringsstoffer, samt undgå skadelige effekter.

Side 51

"Formålet er bl.a. at styrke den ældres vidensniveau, afdække og styrke den ældres motivation og handlekompetencer samt støtte den ældre i at vedligeholde de opnåede ændringer."

De pårørende skal medinddrages.

Side 62

Bilag 3: Monitorering

Arbejdsgruppens forslag til monitorering kan med fordel tage udgangspunkt i det arbejde Forum for Underernæring har lavet, som er offentliggjort i februar 2016.

<http://www.lf.dk/aktuelt/forum-for-underernaering>

Bilag 4: Opdatering og videre forskning

Meget positivt, at arbejdsgruppen har forholdt sig så systematisk til dette.

Med venlig hilsen

Annette Storm

Fysioterapeut

Cand. Scient. San.

p.v.a. Bestyrelsen i Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri



Høringsvar NKR for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor

Overordnede bemærkninger

Dansk Selskab for Hjerte og Lungefysioterapi kvitterer for et systematisk og grundigt arbejde.

I baggrundsafsnittet er det ønskeligt om problemfeltet underernæring og funktionsnedsættelse udrulles og problematiseres mere tydeligt, eksempelvis med tal der belyser omfanget af denne problemstilling.

Sundhedsstyrelsens skriver at: *"NKR er udvalgte velafgrænsede problemstillinger, som der skal suppleres med allerede veletablerede og eksisterende evidensbaserede anbefalinger"*. Det er derfor både ønskeligt og fagligt understøttende hvis denne NKR henviser til "den eksisterende evidens" samt hvor disse forefindes mhp. at lette tilgangen til relevant viden for de sundhedsprofessionelle og skabe sammenhæng imellem de eksisterende anbefalinger. Der kan ex. anvendes link eller litteratur henvisninger.

Det er er beklageligt at mental og social funktionsevne nedsættelse ekskluderes som målgruppe, da det er en helt centrale problem stillinger i daglige klinik. Det område er formentlig fravalgt da disse sjældent indgår i RCT studier. Den kliniske relevans kan dette til trods ikke fornægtes. Da effekten i de behandlede PICO er yderst begrænset og tvivlsom i denne NKR, efterlader det et spørgsmål om hvor virksomt disse tiltag overhovedet kan anbefales fremfor anden interventioner hos den mere sårbar grupper, der er ekskluderet/fravalgt i denne NKR. Det er særdeles ønskeligt at arbejdsgruppen elaborerede på denne klinisk meget aktuelle problemstilling.

Vedrørende anbefalinger

Vi konstaterer at evidensgrundlaget for de anbefalinger der er indeholdt denne NKR er lavt, og der er begrænset tiltro til de estimerede effekt estimater for nuværende. Vi ser således væsentlig forsknings behov og potentiale fremadrettet. Vægtningen i præsenterede anbefalinger samt argumentationer og sondringer er flot velafbalanceret.

Afklaringer/ugennemsigtighed

1. I PICO 1 bruges termen "ren styrketræning". Hvad er dette, kan det defineres? Og hvad er uren styrketræning i såfald?
Der kunne i stedet sondres imellem tung, moderat, mild intensitets af styrketræning, samt muskeludholdenhedstræning i afsnittet forkortelser og begreber.
2. For hvert PICO er der med afsæt i evidens og litteratur fremført rationaler og argumenter for valg af PICO. Vi savner en afklaring og gennemsigtighed af kvaliteten af den evidens der fremføres i de respektive PICO'ers baggrundsafsnit?
Er det kohorte studier, tværsnitsstudier, RCT etc.? og hvad er kvalitetskriterierne

og kvaliteten af den valgte baggrundslitteratur? Hvis der er baggrunds undersøgelser af lav kvalitet, hvordan kan det tænkes at påvirker effekten af interventioner som syntes åbenlyse, men potentielt baseret på svagt grundlag eller et falsum. En redegørelse herfor er ønskeligt og vil løfte denne NKR.

Vedrørende målemetoder

Vi anerkender at outcomes formentlig har skulle begrænse sig til ca. 10 outcomes i denne NKR.

Livskvalitet er et centralt væsentligt begreb i patient behandling. Vi konstaterer og beklager derfor at dette outcome ikke har været gennemgående i de behandlede PICO's, men desværre kun indgår i PICO omhandlende ernæringsintervention.

Videre kunne relevante outcomes som genindlæggelse og død have være medtaget. Vi anerkender at nye outcomes formentlig ikke havde ændret evidensgrundlaget eller styrken af anbefalingerne. Ikke desto mindre finder vi det væsentligt at Sundhedsstyrelsens NKR udtrykker hvilke fagpolitiske behandlingseffekter der ønsket intervenseret for i fremtidig forskning og daglig klinisk behandling.

Det ville løfte den aktuelle NKR om der blev beskrevet rationaler for tilvalg og rationaler for fravalg i outcomes.

Vedrørende implementering

Generelt efterspørger Dansk selskab for hjerte og lungefysioterapi fortsat en mere markant og tydeligere praksis udfoldelse i Nationale Kliniske Retningslinjer. Dette dels mhp. at reducere den erkendte behandlings variation nationalt dels mhp. at lette og ensarte en integrering i forløbs-beskrivelser. Dette kan fx. gøres i et bilag i denne aktuelle NKR, eller ved at henvise til regionale forløbsprogrammer med detaljeret indholdsbeskrivelse.

Patient og praksis inddragelse

Vi konstaterer, at flertallet af de eksisterende Nationale Kliniske Retningslinjer fortsat kun behandler patientperspektivet i et meget begrænset omfang, og som oftest begrænser sig arbejdsgruppens empiriske antagelser.

Vi ønsker således endnu engang at henlede opmærksomhed på en opprioritering af dette område, særligt i de tilfælde hvor evidensgrundlaget er sparsomt, hvilket er tilfældet i den aktuelle NKR.

Vi er ser frem til en opprioritering af dette område når NKR – ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor opdateres om to år.

p.v.a. Dansk Selskab for hjerte og lungefysioterapi

Henrik Hansen, Bestyrelsesmedlem

København, den 17. august 2016

Til: NKR sekretariat, Sundhedsstyrelsen.

Høringssvar vedrørende "NKR for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor"

Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD) vil først takke for muligheden for at få lov til at kommentere på ovennævnte. Vi støtter stærkt op om formålet med at sikre en evidensbaseret indsats af **høj kvalitet** i forhold til ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor.

FaKD har til det fremsendte flg. bemærkninger:

Når en NKR ikke er juridisk bindende, og det er den faglige vurdering, der altid er afgørende for den konkrete sundhedsfaglige ydelse, vil vi opfordre til, at Sundhedsstyrelsen i denne NKR indfører en mere konkret anbefaling af autoriserede sundhedspersoner under faggrupperne. Dette kan særligt ske i disse sammenhænge:

- under træningsafsnittet anføres "fagpersoner med kompetencer svarende til fysioterapeuter"
- under ADL vurdering anføres "fagpersoner med kompetencer svarende til ergoterapeuter"
- under ernæringsindsatsen anføres "fagpersoner med kompetencer svarende til kliniske diætister"

Vi mener, at især formuleringen på side 36 afsnit 5.3: "Det **kan** være relevant at have faggrupper med ernæringsfaglig ekspertise som en del af det tværfaglige team omkring ældre med underernæring eller risiko herfor" skal omformuleres, når det er en NKR, der lægger op til et kvalitetsløft. Her bør netop klart og direkte anbefales ekspertise på området for at løfte muligheden



for forbedring. "Ernæringsfaglig ekspertise" er også et vidt begreb, da der findes mange små kurser ift. ernæring, der ikke berettiger til opnåelse af autorisation som sundhedsperson.

Vi mener, at Sundhedsstyrelsen i det mindste burde anbefale, at de faggrupper, som er autoriserede sundhedspersoner, er de foretrukne, som klart skal anbefales til at løfte denne opgave.

Vi er klar over, at der fremgår en anderledes formulering heraf i forhold til området med de ældre med *utilsigtet væggtab*.

Definition af underernæring:

Graden af underernæring er i denne NKR ikke angivet, men en ældre der er underernæret, med en ernæringscore (A) på 2 eller 3, vil FaKD opfordre til særligt får tilbudet om en ernæringsindsats af fagperson med kompetencer svarende til en klinisk diætist.

Efteruddannelse/tværfaglighed:

På side 36 opfordres til nødvendig efteruddannelse i forhold til monitoreringen af ernæringsindsatsen til alle de faggrupper, der er involverede i den tværfaglige indsats. FaKD er meget positive overfor efteruddannelse, men vil gerne her ytre vores bekymring for vore medlemmers rolle på det fremtidige arbejdsmarked - både som kliniske diætister og dem med retningen forebyggelse og sundhedsfremme.

Hvis f.eks. social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker efteruddannes til at varetage ernæringsindsatsen og monitoreringen heraf, fordi det ikke direkte anbefales at arbejde tværfagligt med professioner som kliniske diætister og (andre) professionsbachelorere i ernæring og sundhed, kan vi være bekymret for en uheldig udvikling. Dette gør sig særligt gældende i de situationer, hvor kliniske diætister ikke indgår i bemanningen på afdelingerne på hospitalerne.



Det vil være en positiv udvikling, hvis både FaKD's medlemmer bliver involveret i det tværfaglige arbejde om den ældre, og bliver inddraget i selve undervisningen for de tværfaglige faggrupper som typisk er social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Årsager til utilstrækkelig ernæringsindtag, der enten gør den ældre underernæret eller indebærer risiko herfor, er multiple og ofte multifaceterede. Det er derfor væsentligt, at denne ernæringsindsats varetages af autoriserede sundhedsprofessionelle med brede kompetencer i forhold til både klinisk praksis og vejledningssituationer.

Brede kompetencer ift. sundhedsfremme og forebyggelse, som en professionsbachelor i ernæring og sundhed med toningen sundhedsfremme og forebyggelse besidder, er også en væsentlig faggruppe at inddrage.

I forhold til tværfaglighed vil FaKD gerne påpege at faggrupperne som **tandlæger** og **tandplejere** også bør involveres mere i det tværfaglige arbejde med den ældre.

Vi opfordrer også til **tværsektoriel** netværksdannelse, understøttet af en generel kompetenceudvikling, i forhold til ernæringsområdet.

Yderligere kommentarer og bemærkninger:

Denne NKR lægger op til en løsning på ulighed i sundhed, for at sikre alle ældre lige adgang til den bedste kvalitet. For så vidt angår en langvarig ernæringsindsats ved f.eks. en klinisk diætist er der ikke lige adgang hertil. Hospitalsindlagte patienter har i begrænset omfang adgang til diætistbehandling, og ikke alle kommuner har endnu kliniske diætister tilknyttet, om end der pågår en udvikling i denne retning.

Når det viser sig, at fysioterapi kan gøre mere skade end gavn, hvis ikke den ældre får dækket sit ernæringsbehov, opfordrer vi til, at der tilvejebringes en mulighed for, at læger kan henvise ældre til en privat praktiserende klinisk diætist i de tilfælde, hvor der ikke er kliniske diætister ansat kommunalt, eller i de tilfælde, hvor den ældre med behov ikke har adgang til klinisk diætist via et hospital.



Der er under den eksisterende lovgivning fuld brugerbetaling ved brug af privat praktiserende kliniske diætister. Medlemmer af Sygeforsikringen Danmark kan få dele af udgiften dækket. Derimod gives der tilskud over sundhedsloven til betaling for brug af bl.a. kiropraktorer og fysioterapeuter efter lægehenvielse. Sundhedslovens § 71 indeholder en mulighed for også at give tilskud til diætist efter regler fastsat af Ministeren.

Sundhedslovens § 140 og § 140a kunne udvides tilsvarende med tilbud om **operernæring** (nuværende tekst nedenfor):

”§ 140. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.”

FaKD vil hermed foreslå, at der arbejdes på vederlagsfrit tilbud om operernæring, hvis der var et lægefagligt begrundet behov.

”§ 140 a. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvielse.”

Vi kan ikke se nogen saglig årsag til, at der ikke også er hjemmel til vederlagsfri behandling hos en klinisk diætist.

Vi tillader os at fremkomme med endnu et forslag, som ganske vist hører uden for de konkrete kommentarer til høringen af denne NKR, men som lægger op til denne perspektivering:

Der udarbejdes ”pakkeforløb” som f.eks. kræftpakker, hjertepakker og psykiatripakker; Sundhedsstyrelsen kunne oplagt indtænke en mulighed for en ”ældre-pakke”, der relaterer sig til den ældre medicinske pt. med funktionsnedsættelse og underernæring og dennes forløb tværsektorielt. Vi hører gerne Sundhedsstyrelsens holdning hertil.



Positiv omtale af NKR:

Afslutningsvis vil FaKD orientere Sundhedsstyrelsen om, at vi vil være aktivt behjælpelig med, at denne NKR bliver synliggjort for vore medlemmer og deres tværfaglige kollegaer ved at introducere den på vores generalforsamling i år og lægge den på vores hjemmeside. Foreningen af Kliniske Diætister er faggruppens repræsentative faglige organisation, og vi ser det derfor som en naturlig forpligtelse at denne retningslinje hurtigt og effektivt deles med medlemmerne og på deres arbejdspladser.

Med venlig hilsen

Mette Pedersen

Formand

mp@diatist.dk



Hørringsvar.

En is om dagen

90-årige Grethe Thøgersen holder vægten med økologisk proteinberiget is fra Skee Ismejeri.

- Det gælder om at nyde livet, siger Grethe Thøgersen med et smil, mens hun fanger endnu en skefuld proteinberiget hindbær is i det lille bæger.

De sidste to år har hun spist en is hver aften, før hun går i seng. Den daglige protein is hjælper hende til at holde vægten efter nogle år med alvorlig sygdom, bl.a. halskræft, hvor hun skulle finde ud af at spise igen efter måneder med strålebehandlinger og sondemad.

- Jeg kunne jo ikke spise. Når man ikke rigtig har nogen appetit, så gælder det om at få noget, man har lyst til – og is, det bliver jeg aldrig træt af, forsikrer Grethe Thøgersen.



Den proteinberigede is smager som den is, hun husker fra sin barndom. Den er omtrent dobbelt så fed som den flødeis, man ellers kan købe, og er desuden tilsat ekstra økologiske mælkeproteiner. Det høje indhold af fedt og proteiner gør isen til et let omsætteligt kosttilskud til alle, der har svært ved at holde vægten eller tage på.

Svaret:

Jeg medgiver at jeg har betalt for at få fremstillet artiklen. Den er god nok og kan verificeres.

Is smager bare bedre, har en bedre energi balance og er meget mere koncentreret, så fantasien burde efterhånden række længere end til kun at tale om proteindrikke.

Det forekommer også besynderligt, at man ikke har kunnet finde forskning af bedre kvalitet. Der er tale om produkter med for langt de fleste med mere end 20 år på markedet og mange midler til forskning

Den proteinberigede is er godkendt som Særlig medicinsk ernæring og findes på Styrelsens liste over tilskuds berettigede ernæringspræparater

Venlig Hilsen

Jørgen Nielsen. Direktør Skee Ismejeri DK 4370 St Merløse



København, 19. august 2016

Sundhedsstyrelsen

Att.: Kristoffer Lande Andersen

Vedr.: "Høring: National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevne-nedsættelser og underernæring eller risiko herfor"

Dansk Tandplejerforening er blevet gjort opmærksom på ovenstående høring. Da vi ikke har været en del af listen af høringsparter, har vi ikke før været opmærksomme på høringen eller deadline. Derfor tillader vi os at fremsende vores kommentarer i nærværende brev, da det overrasker os, at vi ikke indgår som en naturlig høringspart. Dette baserer vi på det grundlag, at der er en stor sammenhæng mellem ældres tandsundhed og muligheden for den ældre for at kunne tygge og synke maden for derved at kunne indtage tilstrækkelig ernæring samt undgå underernæring med tilhørende funktionsevne-nedsættelse.

Underernæring blandt ældre koster unødigt det danske samfund mange milliarder kroner årligt. Og hvad endnu værre er, så forringer det livskvaliteten for mange ældre borgere. I Dansk Tandplejerforening støtter vi op om, at der sættes fokus på problemer med ældres risiko for underernæring eller funktionsevne-nedsættelser, men opfordrer samtidig til at der også ses på sammenhængen mellem tandsundhed og besvær med at synke, da det kan føre til underernæring. Tandsundhed har nemlig en væsentlig betydning for den enkelte borgers evne til at komme til kræfter efter endt sygdomsforløb.

Det er væsentligt at sikre sig, at de ældre ikke har ondt i tænderne på grund af f.eks. betændelse i tandkødet, nedtrykket mad i tandkødsломmerne, en tandbyld eller løse tænder. Det er meget naturligt, at det ikke fremmer lysten til at spise, hvis man ved, det vil gøre ondt i tænderne eller munden, når man tygger maden.

Vi mener derfor, at man fremover bør indtænke tand- og mundpleje i relation til funktionsevne-nedsættelse og underernæring, da vores fagområde hænger sammen med begge disse områder.

Konkrete bemærkninger til høringsversionen

Afsnit 5.7 "Rationale for anbefaling": Dansk Tandplejerforening vil gerne påpege, at der i afsnittet og nærværende punkt ikke er taget højde for, at hvis den ældre ikke er i stand til at børste sine tænder selv, og ingen andre gør det for vedkommende, så kan det have en stor betydning for den ældres tyggefunktion etc.

Afsnit 6.7 "Arbejdsgruppens overvejelser - Patientpræferencer": I afsnittet står der "... Årsagerne til underernæring er individuelle, hvilket i høj grad kan imødekommes med en individuel anbefaling". Dette er



Dansk Tandplejerforening helt enige i, og vi finder det absolut relevant for det videre arbejde med indsatser over for gruppen af ældre, hvor vi anbefaler, at tandpleje indgår som et indsatsområde.

Med håb om at komme med på høringslisten over fremtidige høringer om ældres sundhedstilstand, funktionsevne-nedsættelse, underernæring mv.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'E. Gregersen', enclosed within a blue oval scribble.

Elisabeth Gregersen

Formand

Skabelon til National Klinisk Retningslinje høringsvar



Hvad er en National Klinisk Retningslinje

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem skal tilbydes indsatsen, hvem der skal tilbyde indsatsen eller hvornår den skal tilbydes) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

19-05-2016

Sag nr. 16/477

Dokumentnr. 24936/16

Linea Ohm Søndergaard

Tel. 21152934

E-mail: LSR@regioner.dk

Navn på national klinisk retningslinje

Ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor

Generelle faglige kommentarer

Relevans:

Overordnet set anser vi materialet for at være meget relevant og anvendeligt

Patientgruppe: Relevant

Ældre med nedsat funktionsevne og underernæring eller risiko herfor er en stor og meget relevant gruppe at have fokus på. Men gruppen er kæmpestor og heterogen, og generelt er forskningen på området præget af relativt små studier med svingende og ofte dårlig kvalitet. En af udfordringerne i forhold til at afdække evidensen for en intervention er, at guldstandard designet i evidensbaseret medicin er det randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), og dette design er ikke nødvendigvis det bedste til at identificere anbefalelsesværdige interventioner til den meget heterogene målgruppe. RCT-studier kræver brug af standardiserede behandlingsprotokoller for at reducere variation. Således er mange undersøgelser udført med meget udvalgte forsøgspersoner (typisk 10-15% af den samlede gruppe), og personer med koeller multimorbiditet er ofte udelukket, hvilket begrænser generaliserbarheden af resultaterne. Desuden er RCT-designet ikke en mulighed, hvis interventioner omfatter ændring af arbejdskultur, arbejdsgange og miljøer. Anbefalinger, der alene hviler på moderat-høj grad af evidens uden at der tages forbehold med hensyn til manglende forskning på området, kan således ende med at være misvisende.

Denne NKR tager fat i en række meget relevante problemstillinger hos den ældre borger med stabile symptomer på funktionsevnenedsættelser, der som oftest vil befinde sig i den primære sundhedssektor.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00

F 35 29 83 00

E regioner@regioner.dk

Denne NKR har imidlertid også relevans for den sekundære sundhedstjeneste, idet det er hospitalets opgave under indlæggelsen at vurdere og beskrive patientens behov for den efterfølgende kommunale indsats.

Evidensniveau:

Desværre er evidensen ikke overvældende for de fleste spørgsmåls vedkommende og det er derfor begrænset hvor meget denne NKR vil ændre i forhold til praksis i den sekundære sundhedstjeneste.

Vedrørende ernæringsområdet specifikt, skal nævnes, at der desværre er meget sparsom evidens for de fremkomne anbefalinger, hvorfor det må anbefales at de fremkomne ernæringsmæssige anbefalinger fremadrettet underbygges af yderligere forskning på området.

Med udgangspunkt i forklaringerne om evidensen kvalitet s.6 kan de fremkomne anbefalinger i denne NKR godtages, men bør suppleres med en redegørelse for hvilken effekt en sådan intervention forventes at have, således at man ikke behøver at gennemlæse evidensgennemgangen.

Det bør fremgå hvilke outcome der er kritiske, og hvilke der er vigtige. Desuden bør det fremgå på hvilken baggrund outcome er udvalgt og vurderet.

Andet:

-Let læselig tekst

-Det er u hensigtsmæssigt at referencerne i udkastet(ernæringsdelen) ikke er på plads inden udsendelse af dokumentet, da det forhindrer én i at se hvilke referencer der refereres til undervejs i ernæringsdelen.

Det ville være hensigtsmæssigt, hvis man kunne præcisere anbefalingerne, fx anbefaling nummer 1. Der anbefales ren styrketræning frem for anden træning. Her bør det fremgå med hvilket udstyr, hvor ofte og hvor længe træningen bør udføres. Dette ville kunne gøre anbefalingerne mere implementerbare og øge sandsynligheden for opfyldelse af formålet for Den Kliniske Retningslinje.

Der kunne ønskes større klarhed omkring anvendelse af WHO's ICF definitioner og afgrænsningen heraf side 9,10/74. Fx er det kun dele af kroppens funktioner samt dele af aktivitets- og deltagelseskomponenten, der inkluderes.

Der er uklarhed omkring underernæring og risiko herfor i materialet. Da det er med i overskriften, undrer det fx at der under definition af målgruppen står "eventuelt underernæring", side 10/74.

11. Der mangler konsistens mellem kombineret fysisk træning og kombineret trænings- og ernæringsindsats fx side 45/74. Hvad menes der med træning i anbefaling 7? Menes der fysisk træning som i det fokuserede spørgsmål? Og hvad er fysisk træning her?

12. Tabellerne med outcomes i relation til de enkelte fokuserede spørgsmål kunne med fordel stilles mere overskueligt op.

Sammenblanding af litteraturreferencer

Der må være sket en sammenblanding af nogle litteraturreferencer. Jette Lindegaard Pedersens studie optræder som nr. 15 i referencelisten, men bør være nr. 4 i referencelisten

Fx på side 40 er følgende tekst. Jette Lindegaard Pedersens studie viser ikke effekt på livskvalitet, men derimod viser studiet effekt på evnen til at udføre hverdagsaktiviteter.

*Typen af ernæringsindsats, der tilbydes i praksis, varierer. For ældre er der vist effekt af standardiserede ernæringsindsatser på evnen til at udføre hverdagsaktiviteter (14), kropsvægt(10,14) (+ Cawood et al, 2012) og muskelstyrke (Cawood et al, 2012). **Ligeledes er der vist effekt af individualiseret ernæringsindsats på mobilitet(7,15), evnen til at udføre hverdagsaktiviteter(4), livskvalitet(15) og kropsvægt(16-18) sammenlignet med ingen indsats.** Det er derfor relevant at vide hvilken af indsatserne, der har størst effekt hos ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring, eller risiko herfor. Det fokuserede spørgsmål blev besvaret med udgangspunkt i to kritiske og seks vigtige outcomes udvalgt af arbejdsgruppen forud for litteratursøgningen (se evidensprofil og bilag 6).*

Og side 45:

*Træning øger behovet for næringsstoffer og kan øge muskelmasse og styrke og mobilitet(29). **For skrøbelige ældre, med underernæring eller risiko herfor er der vist effekt af ernæringsindsats på evnen til at gennemføre hverdagsaktiviteter(4), vægtøgning(2,6,7)(+Beck 2008), mobilitet(7,9) (+Beck 2008), livskvalitet(15) og fald (Gray-Donalds 1995) sammenlignet med ingen indsats eller standard behandling.***

På side 36, side 39 står følgende tekst med henvisning til reference nr. 4:

På baggrund af et nyt dansk studie, kan formen på vejledningen overvejes, da studiet viste, at ældre, der lige havde været indlagt, havde større effekt af ernæringsindsats gennemført ved personligt møde snarere end ved telefonisk opfølgning(4).

Denne tekst kunne godt henvises til Jette Lindegaard Pedersens studie. I hvert fald er der intet i referencen nr. 4 der giver belæg for teksten, hvorimod det er et resultat i studiet.

Samt side 37 linje 5

"Ligeledes er der vist effekt af ernæringsindsatser til ældre på evnen til at gennemføre hverdagsaktiviteter(4)"

(4) Joshua AM, D'Souza V, Unnikrishnan B, Mithra P, Kamath A, Acharya V, et al. Effectiveness of progressive resistance strength training versus traditional balance exercise in improving balance among the elderly - a randomised controlled trial. J Clin Diagn Res 2014;8(3):98-102.

(15) Pedersen LJ, Pedersen PU, Damsgaard EM. Early nutritional follow-up after discharge prevents deterioration of ADL functions in malnourished, independent, geriatric patients who live alone - A randomized clinical trial. J Nutr Health Aging 2015:1-9.

--

Side	Punkt	Linje	Specifikke Kommentarer
	1.4, 2.4, 3.4, 4.4, 5.4, 6.4, 7.4, 8.4,		Generelt ønskes nævnt hvilke kritiske og vigtige outcome, der er tale om, når antallet nævnes under ”Baggrund for valg af spørgsmål” ved hvert nedslagspunkt. Det er ikke læsevenligt at skulle navigere et andet sted hen (f.eks. i et bilag) for at finde det.
			Der bør være henvisning til forkortelsesliste første gang en forkortelse bliver brugt eller ordet bør skrives ud første gang. (RM)
8			Det anbefales at der i afsnittet ”Centrale budskaber” s. 8 at tilføje at noget om evidensen generelt på området. Det er meget tydeligt at evidensen er yderst sparsom samt at den forsknings der foreliggende indeholder stor risiko for bias. Måske et resume af bilag 4?
10		27-35	Fint at definitionen på den ældre med funktionsevnenedsættelser beskrives tydeligt ud fra de 4 punkter
13	Sidste afsnit		Anvendelse af ordet terapeut er upræcist – anvend konsekvent enten sundhedsprofessionel, ergo- eller fysioterapeut.
19			Der foreligger ikke en forklaring af def. Af kritiske vs. Vigtige outcomes. Og der mangler en vurdering af om fald og frakturer vurderes som kritiske eller vigtige s.19.
20	2.3	2	2. ord ”vil” skal slettes.
21+22			”Opnå adækvat muskelstyrke” + ”Formodes at have behov for længerevarende...”, Målene er lidt flydende,- sigtes der på at opnå en adfærdsændring omkring selvtræning, en bedret habituel funktionsevne el-

			ler er målet at opnå gangfunktion uden for faldrisiko?
29	4 4.7		<p>↓ Anvend ADL-træning efter nøje overvejelse til ældre med funktionsevnededsættelser (⊕□□□).</p> <p>Er det ikke en fejl at lande på en svag anbefaling imod? Argumentationen herfor synes ikke klar.</p> <p>En svag anbefaling imod vælges vel kun, når det vurderes at ulemperne er større end fordelene samt når patientpræferencerne er varierende. Dette synes ikke tilfældet ud fra arbejdsgruppens overvejelser om skadelige virkninger: ”Det skønnes imidlertid ikke, at ADL-træning har skadelige effekter”. Læseren må forstå det således at der ikke er større ulemper end fordele ved interventionen, hverken målt ud fra konsensus i arbejdsgruppen, ud fra evidensen eller ud fra varierende patientpræferencer.</p>
36			Samme afsnit er skrevet x 2
36			<p>Der mangler en definition af faggruppe med faglig ekspertise – evt. blot i en note.</p> <p>Eks. ” det anbefales at ernæringsindsatsen tilbydes af en fagperson med ernæringskompetencer som f.eks kompetencer svarende til en BA i ernæring og sundhed el. klinisk diætist samt cand. Scient i kl. ernæring”. Hvordan skal man ellers vide at faggruppen har en ernæringsfaglig ekspertise? SST må da godt sætte krav til kvaliteten.</p>
37			<p>Ernæringsindsatsen er defineret som indsatser (her er en slå fejl) som har til formål at dække minimum 75 % af det estimerede energi- og protein behov. Enig i at dette er et godt mål således at patienten sikres et minimumsindtag. Udfordringen er blot, at der er lavet meget få studier, hvor man har defineret ernæringsindsatsen således. Og i forhold til dette fokuserede spørgsmål fandt arbejdsgruppen, da heller ingen undersøgelser. Spørgsmålet er om denne definition er for snæver if. med afdækning af dette område?</p>
40			Mangler s i indsats

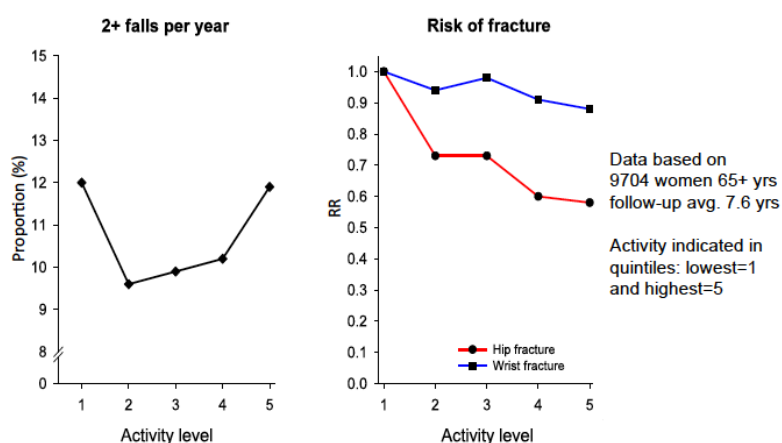
Bilag 4 dot. 3			Værd at bemærke den foreslåede yderligere forskning i om den faldtruede ældre har en yderligere effekt af styrketræning, der ligger ud over effekten af balancetræning. Et forslag der bør støttes
39/74	afsnit 6.3		"Disse kan med fordel anvendes til at identificere ældre..." Vi foreslår ordet omhandlet slettet – indsæt i stedet ordet omfattet.
side 11/74	afsnit 3, linje 3		Forslag: Det er vigtigt, at sundhedsprofessionelle med relevante faglige kompetencer udfører en indledende vurdering, som afdækker den enkelte ældre borgers forudsætninger, eventuelle bekymringer og motivation for fysisk træning, samt vedkommendes mulighed for at genvinde selvhjulpethed. Hjemmetræning og træning kan derefter eventuelt delegeres, med mulighed for supervision og opfølgning, til sundhedsprofessionelle uden en træningsfaglig baggrund
	Ift. PICO 1		<p>Det er lidt overraskende på basis af søgestrengen, at nedenstående reference ikke er inkluderet Manini T, Marko M, VanArnam T, Cook S, Fernhall B, Burke J, Ploutz-Snyder L. Efficacy of resistance and task-specific exercise in older adults who modify tasks of everyday life. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007 Jun;62(6):616-23. et mindre RCT studie, hvor man netop har sammenlignet resultaterne af styrketræning (10 RM), styrketræning kombineret med funktionstræning og funktionstræning alene. Man har ikke gennemført ITTanalyser, hvilket kan være årsagen, men studiet er alligevel interessant og burde måske være nævnt om ikke andet så i baggrunden.</p> <p>Det er lidt svært at finde konklusionen (side 15), der danner baggrund for anbefalingen. Og man kan vel ikke konkludere, at der er effekt på mobilitet (?). Konklusionen 'På baggrund af evidensen er det vanskeligt at fastslå det optimale styrketræningsprogram, idet heterogeniteten var stor i de inkluderede studier, hvad angår træningsvarigheden, progression af intensiteten samt træningshyppigheden' burde måske erstattes med 'på grund af den lave kvalitet af evidensen er det vanskeligt at fastslå det optimale styrketræningsprogram inklusiv træningsindhold, -intensitet, - progression, -hyppighed og -varighed. Evidensen trækkes af to studier med meget høj risk of bias (Bello-mo 2013 og Seo 2012). Hvis man i stedet kigger på evidensen baseret på to studier med lav risk of bias (Mangione 2010 og</p>

		<p>Serra Rexach 2011), så er der ikke evidens for konklusionen. Følgende indgår i konklusionen 'Der blev fundet en moderat og klinisk relevant effekt på det kritiske outcome muskelstyrke samt en lille ikke signifikant effekt på det kritiske outcome mobilitet efter endt behandling til fordel for ældre med funktions- evnenedsættelse, som fik styrketræning med intensitet på mellem 8-12 RM'. Dette er ikke korrekt, hvis der ikke er signifikant effekt, så er der ingen effekt, signifikansniveauet er jo et udtryk for hvilken usikkerhed på estimatet, som man vil acceptere. Man kan evt. skrive, at numeriske forskelle mellem styrketrænings- og kontrolgrupper var som regel/altid til fordel for styrketræning, men forskellen var ikke signifikant, og derfor var forskellen behæftet med for stor usikkerhed.</p>
	Ift. PICO 2	<p>I forhold til argumentationen vedr. varigheden af et genoptræningsforløb, vil det formentlig være relevant at nævne, at træningsresponsen hos ældre er mindre end hos unge. Hvid L, Aagaard P, Justesen L, Bayer ML, Andersen JL, Ørtenblad N, Kjaer M, Suetta C. Effects of aging on muscle mechanical function and muscle fiber morphology during short-term immobilization and subsequent retraining. <i>J Appl Physiol</i> (1985). 2010 Dec;109(6):1628-34. Kosek DJ, Kim JS, Petrella JK, Cross JM, Bamman MM. Efficacy of 3 days/wk resistance training on myofiber hypertrophy and myogenic mechanisms in young vs. older adults. <i>J Appl Physiol</i> (1985). 2006 Aug;101(2):531-44. Merritt EK, Stec MJ, Thalacker-Mercer A, Windham ST, Cross JM, Shelley DP, Craig Tuggle S, Kosek DJ, Kim JS, Bamman MM. Heightened muscle inflammationsusceptibility may impair regenerative capacity in aging humans. <i>J Appl Physiol</i> (1985). 2013 Sep;115(6):937-48.</p>
	Ift. PICO 3	<p>Der kan stilles spørgsmålstejn ved relevansen af spørgsmålet i PICO 3. Det seneste Cochrane review (Gillespie 2012) finder følgende: Strength/resistance training delivered in a group setting failed to achieve a significant reduction in rate of falls (64 participants, 1 trial, Analysis 1.1.7) or number of people falling (120 participants, 1 trial, Analysis 1.2.6). Fiatarone 1997 provided insufficient data to be included in this analysis but the authors reported that "no difference between groups was observed in the frequency of falls". Homebased resistance training in Latham 2003 also failed to achieve a statistically significant</p>

		<p>reduction in rate of falls (222 participants, Analysis 1.1.8) and risk of falling (Analysis 1.2.7). Two of the trials testing resistance training reported adverse events resulting from the intervention. Latham 2003 reported significantly more adverse events in the resistance training group: “Eighteen people had musculoskeletal injuries in the exercise group, compared with five in the control group; RR 3.6, 95% CI 1.5-8.0”, and in Liu-Ambrose 2004 “Musculoskeletal complaints (e.g., sore neck, bursitis of the hip) developed in 10 women in the resistance training group, three in the agility training group, and two in the stretching group.”</p> <p>Disse resultater understøttes af et systematisk review af Sherrington et al. (J Am Geriatr Soc 2008; 56:2234–2243), hvor der på baggrund af resultater vedr. effekten af styrketræning på andelen af ‘faldere’, og antal fald bl.a. konkluderes:</p> <p>It is likely that impaired balance is a stronger risk factor for falls than poor muscle strength and that this finding is in keeping with previous findings that strength training increases strength but has less clear effects on balance abilities.</p> <p>Begge reviews fremhæver derimod vigtigheden af at gennemføre balancetræning. På den baggrund er det lidt svært at forstå, at styrketræning er valgt som den primære træningsform. Ved afrapportering af jeres resultater er det relevant at angive frafald i absolutte tal, for >10% er et meget vidt begreb. Det skulle være muligt, når der kun refereres til 2 studier. I dette PICO står der (s. 25) ‘Der blev fundet en mindre, men ikke-signifikant forskel i de kritiske outcomes mobilitet og balance’. Ovennævnte kritik gælder også her. Det er ikke i orden, når der i afsnit 3.7 står ‘Når balancetræning adderes til styrketræning (8-12RM) ses en mindre, men ikke-signifikant effekt på den ældres mobilitet og balance. Der kunne ikke påvises en forskel på forekomsten af fald mellem ældre, der modtog balancetræning adderet til styrketræning, og ældre der kun fik styrketræning, men evidensen var baseret på ét studie’. Det skrevne er baseret på to studier med høj risk of bias.</p> <p>Et gammelt studie baseret på næsten 1000 ældre kvinder Gregg EW, Cauley JA, Seeley DG, Ensrud KE, Bauer DC.</p>
--	--	---

Physical activity and osteoporotic fracture risk in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Ann Intern Med. 1998 Jul 15;129(2):81-8.

finder, at risikoen for hoftefraktur reduceres med ca. 40% hos ældre fysisk aktive, uden specifikation af aktiviteten (se figur nedenfor).



Det understøttes af en ny metaanalyse

El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults. Br J Sports Med. 2015 Oct;49(20):1348. som viser, at hvis man pooler resultater fra studier af forskellige typer træning versus ingen træning, så er der en positiv effekt på totalt antal fald (RR=0.63), antal fald, der kræver behandling (RR=0.70), antal fald med svære skader (RR=0.57) og antal fald, der resulterer i frakturer (RR=0.39).

Ift. PICO 4

Det er lidt svært at forstå, hvordan man er kommet frem til et negativt budskab, ↓ Anvend ADL-træning efter nøje overvejelse til ældre med funktionsevnededsættelser (⊕□□□). Skulle pilen ikke have vendt opad? Ved gennemgang af forest plots med tilhørende risk of bias oversigt, er det tydeligt, at mange af studierne er af meget dårlig kvalitet, og nogle burde måske slet ikke indgå i analyserne (hvis der overhovedet ikke er givet +). Med hensyn til EOT-effekten af ADL-træning på 'bevægelse og færden' synes det som om der potentielt er en svag positiv effekt af ADL-træning, baseret på de bedste studier. Effekten på balance tipper trods alt til ADL-træning, og det samme gælder for ADL og IADL. I forhold til fald, er studierne

			af så lav kvalitet, at det ikke giver mening at lave analysen. I forhold til ændring af bopælsstatus er der en fejl i aksebenævnelserne. Men hvis ADL-træning står til venstre (som i de andre forrest plots), så tipper den trods alt til ADL-træning.
	Ift. nvendte begreber		Den danske oversættelse af disability er det ikke særlig mundrette 'funktionsevnetab' (Kirsten Avlund's PhD afhandling 1995), som vi nok kommer til at holde fast i. Til gengæld mener vi, at funktionsevnenedsættelse og funktionsevneniveau kan erstattes af henholdsvis 'nedsat funktion' og 'funktionsniveau'. Det er først, når evnen er tabt, at det hedder 'funktionsevnetab'.

Kommentarer til organisatoriske

Modstridende med eksisterende vejledninger?

Er der organisatoriske forhold, der skal belyses?

Konsekvenser for det tværsektorielle arbejde?

Overordnet:

- Træning centralt eller i hjemmet: fordele/ulemper, hvilken sektor tænkes at skulle varetage indsatsen ?
- Ernæringsindsats centralt eller i hjemmet: fordele/ulemper, hvilken sektor tænkes at skulle varetage indsatsen ?
- Dernæst kan initiativerne mest hensigtsmæssigt placeres i eksisterende forløbsprogrammer?

Selvom anbefalingen vedr. spørgsmål 1: *Overvej at vælge styrketræning frem for andre former for træning* "kun" kommer ud med en svag anbefaling baseret på et begrænset evidensniveau, synes det relevant at implementere anbefalingen som givet vil få betydning i det fremadrettede tværsektorielle arbejde. I praksis vil det sige at den fysioterapeutiske intervention skal ændres fra den nuværende praksis, hvor fokus er på at gøre træningen funktionel (lig en hjemlig opgave) samt om at vedligeholde eksplosiviteten i muskulaturen (f.eks. 3-5 rejse-sætte sig) til at man starter med den belastning, der netop kan gentages >12 gange og går mod en højere belastning, der kun kan gentages 8-12 gange efterhånden som forløbet skrider frem.

I hospitalsregi bliver det dog vanskeligt at implementere, da patienterne kun sjældent magter at udføre 12 repetitioner. Dosering af styrketræning til de svageste bør undersøges yderligere.

Anbefaling vedr. spørgsmål 2: *Det er god praksis at lade træningsforløb vare mere end 8 uger* støtter sig alene på konsensus i gruppen og afføder derfor næppe de store ændringer.

Anbefaling vedr. spørgsmål 3: *Overvej at tilbyde balancetræning i tillæg til styrketræning til faldtruede* baseres på få studier uden signifikante resultater. På baggrund af de to studier om balance træning kombineret med styrketræning konkluderes at der ikke er en nogen risiko ved balancetræning i kombination med styrketræning - med gælder det også ved selvtræning? Ikke superviseret balancetræning virker lidt risikabelt! Her bør helt klart sættes nogle bedre studier op.

Anbefaling vedr. spørgsmål 4: Svag anbefaling imod at *Anvende ADL-træning efter nøje overvejelse* er overraskende. Der ønskes en mere klar beskrivelse af hvorfor det er en anbefaling imod. se Specifikke kommentarer.

Anbefaling vedr. spørgsmål 7 og 8: *Overvej at tilbyde en kombineret ernærings- og træningsindsats (hvh. dagligt 200 kcal og 2 x ugl 400 kcal)* baserer sig ligesom anbefaling vedr. spørgsmål 1 på et undersøgelse med et begrænset evidensniveau, men der er en tydelig tendens i resultaterne. Spørgsmål 7 bør foranledige en ændring, idet selv en ganske lille intervention (protein tilskud) ser ud til at kunne ændre patientens overskud til træning/rehabilitering
En stor multicenter RCT-undersøgelse om netop dette emne, PEPOP, er i gang og det forventes at den kan bringe yderligere klarhed over emnet.

Kommentarer til økonomiske konsekvenser

Er der økonomiske forhold, der skal belyses? Der foreligger ingen økonomisk vurdering af anbefalingerne og der er vel ingen tvivl om at det vil koste penge at drifte anbefalingerne.

Der må derfor tages forbehold for dette

Er der driftsmæssige forhold der bør belyses?

Flere undersøgelser er nødvendige

Forslag til supplerende litteratur

Reference og begrundelse

Regionale kontaktpersoner

Tovholder

Referencegruppe medlem

Review af National Klinisk Retningslinje med titlen:

Ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevnededsættelse og underernæring eller risiko herfor.

Dette review indeholder vurdering af manuskriptets styrker og svagheder samt forslag til ændringer. Det er opbygget med en indledning, som er overordnet og generel, og derefter følger en gennemgang af de enkelte afsnit: Titel, afgrænsning og de 8 fokuserede spørgsmål.

GENEREL VURDERING

Det er positivt, at Sundhedsstyrelsen har valgt at udarbejde en NKR, som vedrører en så kompleks patientgruppe. Det er en udfordrende opgave.

Afsnittene omkring ernæring er velargumenterede med en fin inddragelse af andre relevante videnskabelige referencer end de ofte få artikler, som helt præcist kan give svar på de fokuserede spørgsmål.

Afsnittene som fokuserer på træning er generelt præget af en utilstrækkelig videnskabelig argumentation.

Denne NKR bliver ekstra kompleks af, at man har valgt at lave en fælles NKR for trænings- og ernæringsindsats. Det giver anledning til tidvis mærkelige problemstillinger. Jeg vil uddybe det i teksten under de enkelte spørgsmål, men skal her som eksempel blot nævne spørgsmål 8, som stiller spørgsmålet om ældre med funktionsevnetab og underernæring skal tilbydes en ernæringsindsats samtidig med træningsindsats. Spørgsmålet virker absurd, fordi patienter med underernæring vel generelt skal tilbydes en ernæringsindsats, og spørgsmål 8 bliver så i virkeligheden, om patienter med funktionsevnetab skal undtages fra denne generelle anbefaling.

Absurditeten bliver tydelig, hvis man som et tankeeksperiment kombinerer andre spørgsmål. Hvis man fx ville spørge: "Bør patienter med funktionsevnetab og hypertension tilbydes kombineret træningsindsats og antihypertensiv behandling?" tror jeg enhver kan få øje på det absurde.

Jeg tror, at denne NKR med fordel kunne opdeles i 2, nemlig én om træning og én om ernæring. Det udelukker ikke, at man i en retningslinje om træning til ældre også vurderer, hvornår en træningsindsats skal suppleres med en ernæringsindsats, eller i en retningslinje om ernæring også skriver, hvornår det er relevant at supplere med træning. Helt analogt til, at man i en vejledning om behandling af fx diabetes vil skrive om behandling af nyre- eller hjertesvigt, når det er relevant.

Denne NKR omhandler patienter beskrevet som "ældre over 65 år, der ikke er indlagte, og som har flere samtidige sygdomme, funktionsevnededsættelse og evt. underernæring eller risiko herfor" dvs. ældre med multimorbiditet og funktionsevnetab, hvilket svarer til den patientgruppe, som er defineret som geriatriske patienter i SSTs specialebeskrivelse. Denne patientgruppe betegnes i vejledningen efterfølgende som "ældre med funktionsnedsættelse". Men ældre med funktionsnedsættelse er ikke det samme som ældre med multimorbiditet og funktionsnedsættelse, idet ældre med funktionsnedsættelse udmærket kan have funktionsnedsættelse som følge af en enkelt sygdom. Der er således nogen terminologisk forvirring. Jeg vil foreslå, at man indfører begrebet "geriatriske patienter" eller "ældre med geriatriske problemstillinger". Det vil gøre læsningen og forståelsen af denne retningslinje væsentligt enklere.

TITEL

Titlen er tung og samtidig uklar og upræcis. Titlen giver læseren en uklar fornemmelse af om retningslinjen handler om ældre patienter, som har både funktionsevnededsættelse og underernæring, eller om patienter, som har enten nedsat funktionsevne eller underernæring? Derudover er udtrykket "underernæring eller risiko herfor" problematisk, fordi det i retningslinjen ikke klart er defineret hvad "risiko herfor" betyder.

Jeg vil foreslå titlen ændret til ”Ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse” eller mere præcist ”Ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger”, eller ”Ernærings- og træningsindsatser til ambulante geriatriske patienter”, idet hele denne NKR handler om ældre med funktionsevnenedsættelse og multimorbiditet (geriatriske patienter). Nogle af disse ældre er også underernærede og har brug for en ernæringsindsats, hvilket fortsat fremgår i mit forslag til ny titel.

AFGRÆNSNING OG DEFINITIONER

s. 9 afgrænsning af patientgruppen

”ældre over 65 år, der ikke er indlagte, og som har flere samtidige sygdomme (fx), funktionsevnenedsættelse og evt. underernæring eller risiko herfor.”

Denne afgrænsning er meget tæt på SSTs definition af en geriatrisk patient (<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan/intern-medicin-geriatri>) : ”Den geriatriske patient kan ikke afgrænses på enkelt diagnoser, men er en ældre patient med flere samtidige sygdomme, aldersforandringer og påvirket funktionsevne.”

Jeg vil foreslå, at man under afgrænsning af patientgruppen anfører dette, så læseren gør sig klart, at her er tale om den store gruppe af patienter, som SST i anden sammenhæng definerer som geriatriske patienter (velvidende at behandling af alle disse patienter ikke varetages af geriatere ligesom behandling af fx hjertepatienter i vidt omfang varetages af fx praktiserende læger og andre intern medicinske speciallæger fx geriatere).

s. 10 ”Denne NKR inkluderer derfor patienter med underernæring eller risiko for underernæring karakteriseret ved enten utilsigtet vægttab alene eller positiv screeningsscore, uanset screeningsværktøj”. Sætningen er tung og skelner ikke mellem hvad der faktisk er underernæring og hvad der er risiko for underernæring.

Jeg vil foreslå, at man overvejer simpelthen at definere patienter med disse kriterier opfyldte som havende ”underernæring” eller alternativt i punktform definerer 1) underernæring og 2) risiko for underernæring.

s.10 ”Målgruppen vil i denne NKR blive benævnt ældre med funktionsevnenedsættelser”. Jeg vil foreslå at dette ændres til ”Målgruppen vil i denne NKR blive benævnt geriatriske patienter”, jf. kommentaren ovenfor og fordi det er mere dækkende end blot ”ældre med funktionsevnenedsættelser”, som jo også kunne være patienter med følger efter enkelte sygdomme.

FOKUSERET SPØRGSMÅL 1

s 13. Fokuseret spørgsmål 1: *Bør ældre med funktionsevnenedsættelser, men uden underernæring eller risiko herfor tilbydes ren styrketræning frem for anden træning?* Spørgsmålet virker umiddelbart mere teoretisk end klinisk relevant. I det virkelige liv vil træningen oftest være en kombination af styrketræning og anden træning, hvilket der er god evidens for, se fx Thomas et al.(Thomas et al., 2010).

Desuden virker det mærkeligt her at kombinere spørgsmålet om træning med om hvorvidt patienterne er underernærede eller ej idet spørgsmålet grundlæggende går på hvorvidt træning til ældre med funktionsnedsættelse skal være ren styrketræning eller enden træning. Jeg vil foreslå, at man sletter den indskudte sætning ”men uden underernæring eller risiko herfor”

Det klinisk relevante spørgsmål ville således være:

Bør ældre med funktionsevnededsættelser tilbydes ren styrketræning eller bør styrketræning kombineres med anden træning?

Spørgsmålet er belyst ved gennemgang af 6 (små) randomiserede studier med stort frafald og evidensgrundlaget bliver derfor beskedent. Det skyldes måske netop, at spørgsmålet ikke har tilstrækkelig klinisk relevans? Der findes en række træningsstudier, hvor man anvender bredt sammensatte træningsprogrammer. Hvis spørgsmålet omformuleres kunne disse studier inddrages.

FOKUSERET SPØRGSMÅL 2

Bør ældre med funktionsevnededsættelse, men uden underernæring eller risiko herfor, tilbydes kombineret fysisk træning af kortere (< 8 uger) eller længere (8-uger – 6 måneder) varighed?

I dette spørgsmål anvendes det klinisk relevante begreb ”kombineret fysisk træning”. Det understreger min pointe ovenfor under spørgsmål 1.

Igen er spørgsmålet om underernæring som indskudt sætning i dette spørgsmål irrelevant. Spørgsmålets fokus er træningsvarighed og ikke ernæringsindsats.

Der er ingen studier fundet som kan belyse spørgsmålet, hvorfor anbefalingen alene bygger på ”arbejdsgruppens kliniske erfaring og konsensus”.

Når man slet ikke i litteraturen kan finde svar på et spørgsmål, er det værd at overveje, om spørgsmålet er stillet forkert. Det kan man rette op på ved at formulere tillægsspørgsmål og fx se på om spørgsmålet kan belyses ud fra viden om andre patientgrupper og ud fra teoretisk baggrundsviden. Der findes studier, som tyder på at en længerevarende træning har effekt i denne patientgruppe. Se fx Daniels et al, som er et review, og som konkluderer, at træningsintervention formentlig skal være længerevarende (Daniels et al., 2008). Medicin virker kun så længe den indtages, og det gælder formentlig også træning, en pointe der ville kunne underbygges med teoretisk viden fra studier af den fysiologiske træningseffekt samt evt. også med studier af andre patientgrupper. Hvad sidstnævnte angår illustrerer bl.a. et studie af træning af hjertepatienter, hvordan en årelang vedligeholdelse af træningsindsatsen har vedvarende effekt i modsætning til en korterevarende indsats (Belardinelli et al., 2012). Jeg synes således godt, at spørgsmålet kan besvares lidt grundigere end blot ud fra ”arbejdsgruppens kliniske erfaring og konsensus”.

FOKUSERET SPØRGSMÅL 3

Bør faldtruede ældre med funktionsevnededsættelse men uden underernæring eller risiko herfor, tilbydes balancetræning som supplement til styrketræning?

Igen er spørgsmålet om underernæring i den indskudte sætning irrelevant. Det virker mærkeligt, at spørgsmålet med den nuværende formulering reelt ekskluderer patienter med underernæring – der er trods alt en del faldpatienter, som også er underernærede. De fleste studier af intervention overfor faldpatienter har næppe anvendt underernæring som eksklusionskriterium, da der næppe er grund til at antage, at den grundlæggende effekt af træningsintervention i relation til fald afhænger af, om faldpatienten er underernæret eller ikke underernæret. Ligeledes er det mærkeligt at begrænse træningsformen til styrketræning. Spørgsmålet er, om ikke spørgsmålet her er formuleret så snævert og ekskluderende, at det bliver vanskeligt at finde videnskabelige undersøgelser der besvarer det.

Jeg undrer mig over, at OTAGO, som er et anerkendt kombineret styrke- og balancetræningsprogram ikke er inddraget til belysning af dette spørgsmål. Effekten af OTAGO er beskrevet i en metaanalyse (Thomas et al., 2010).

Spørgsmålet besvares med data fra 2 randomiserede studier inkluderende i alt 61 patienter, idet der ikke var nogen metaanalyser, systematiske reviews eller kliniske retningslinjer, som kunne belyse det stillede spørgsmål. Igen synes jeg, at man må overveje, om spørgsmålet er formuleret forkert. Hvis man i stedet havde stillet spørgsmålet: *"Hvilken træningsform bør ældre faldpatienter tilbydes?"* kunne man fx have inkluderet et systematisk review gennemført af en gruppe bestående af de bedste internationale forskere på dette felt (Sherrington et al., 2011). Man kunne yderligere have inkluderet 3 Cochrane reviews (Gillespie Lesley et al., 2012, Kendrick et al., 2014, McClure Roderick et al., 2005). Man kunne også i argumentationen inddrage studier, som underbygger konklusionen ved at ekstrapolere fra nært tilgrænsende sygdomsmanifestationer. Her tænker jeg især på Lucy Yardley's studier af balancetræning mod kronisk svimmelhed hos ældre, idet følelsen af svimmelhed er relateret til angst for fald og dermed også til fald (Yardley et al., 2012). Som spørgsmålet nu er stillet og belyst, ender man op med en meget svag anbefaling, som jeg ud fra mit kendskab til litteraturen og min egen erfaring på området vurderer burde være betydeligt stærkere.

FOKUSERET SPØRGSMÅL 4

Bør ældre med funktionsevnenedsættelse tilbydes træning i hverdagsaktiviteter (ADL-træning)?

Der indgår data fra i alt 1197 patienter fordelt på 6 randomiserede studier, dvs. spørgsmålet er i rimeligt omfang belyst i den videnskabelige litteratur, og arbejdsgruppens anbefaling vurderes derfor at være tilstrækkeligt begrundet.

FOKUSERET SPØRGSMÅL 5

Bør ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring eller risiko herfor tilbydes en kortvarig (<3 måneder) eller langvarig (> 3 måneder) ernæringsindsats?

Arbejdsgruppen fandt ingen studier som kunne besvare spørgsmålet, men i afsnittet om baggrund for valg af spørgsmålet er der i et vist omfang redegjort for andre studier, som kan anvendes til ekstrapolering. Arbejdsgruppens anbefaling vurderes på den baggrund at være troværdig.

FOKUSERET SPØRGSMÅL 6

Bør ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring eller risiko herfor tilbydes individuelt tilrettelagt fremfor standardiseret ernæringsindsats?

Spørgsmålet er besvaret med inddragelse af både baggrundslitteratur samt de studier som direkte kan besvare det fokuserede spørgsmål. På den baggrund fremstår arbejdsgruppens konklusion korrekt og troværdig.

FOKUSERET SPØRGSMÅL 7

Bør ældre med funktionsevnenedsættelse men uden underernæring eller risiko herfor, tilbydes en ernæringsindsats sammen med kombineret fysisk træning?

Indledningsvist slås fast, at der er vist effekt af trænings- og ernæringsindsatser, når de gives hver for sig til grupper identificerede med enten trænings- eller ernæringsbehov. Spørgsmålet er således om der hos ikke-ernæringstruede ældre er effekt af at supplere træning med en ernæringsindsats.

s. 45 Der redegøres for baggrunden med anførelse af en række studier, som viser, at der er effekt af ernæringsindsats som supplement til træningsindsats. Der anføres ingen studier, som viser det modsatte. Derfor er det lidt overraskende, når der på s 46, andet afsnit står, at effekten er usikker. Jeg tolker det sådan, at præcis på patientgruppen bestående af hjemmeboende ældre med multimorbiditet og funktionsnedsættelse (den geriatriske patient) er der ikke dokumenteret evidens. Arbejdsgruppens afsluttende anbefaling og evidensniveau virker troværdig.

FOKUSERET SPØRGSMÅL 8

Bør ældre med funktionsevnededsættelse og underernæring eller risiko herfor, tilbydes en ernæringsindsats sammen med kombineret fysisk træning?

Det er under forrige spørgsmål allerede anført (s 45 afsnit 7.4), at der er evidens for de 2 indsatser hver for sig, så spørgsmålet er altså nu, om der er en additiv effekt. Arbejdsgruppen har blot fundet et enkelt RCT som belyser spørgsmålet om additiv effekt. På baggrund af referencer til andre studier, hvis resultater kan anvendes til ekstrapolering, forekommer den konkluderende anbefaling alligevel troværdig. Der er publiceret en ny metaanalyse om effekt af ernæring i kombination med træning. Denne bør inddrages (Beck et al., 2016).

- BECK, A. M., DENT, E. & BALDWIN, C. 2016. Nutritional intervention as part of functional rehabilitation in older people with reduced functional ability: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled studies. *J Hum Nutr Diet*.
- BELARDINELLI, R., GEORGIU, D., CIANCI, G. & PURCARO, A. 2012. 10-year exercise training in chronic heart failure: a randomized controlled trial. *J Am Coll Cardiol*, 60, 1521-8.
- DANIELS, R., VAN ROSSUM, E., DE WITTE, L., KEMPEN, G. I. & VAN DEN HEUVEL, W. 2008. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 8, 278.
- GILLESPIE LESLEY, D., ROBERTSON, M. C., GILLESPIE WILLIAM, J., SHERRINGTON, C., GATES, S., CLEMSON LINDY, M. & LAMB SARAH, E. 2012. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/abstract>.
- KENDRICK, D., KUMAR, A., CARPENTER, H., ZIJLSTRA, G. A. R., SKELTON DAWN, A., COOK JULIETTE, R., STEVENS, Z., BELCHER CAROLYN, M., HAWORTH, D., GAWLER SHEENA, J., GAGE, H., MASUD, T., BOWLING, A., PEARL, M., MORRIS RICHARD, W., ILIFFE, S. & DELBAERE, K. 2014. Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009848.pub2/abstract>.
- MCCLURE RODERICK, J., TURNER, C., PEEL, N., SPINKS, A., EAKIN, E. & HUGHES, K. 2005. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004441.pub2/abstract>.
- SHERRINGTON, C., TIEDEMANN, A., FAIRHALL, N., CLOSE, J. C. & LORD, S. R. 2011. Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *N S W Public Health Bull*, 22, 78-83.
- THOMAS, S., MACKINTOSH, S. & HALBERT, J. 2010. Does the 'Otago exercise programme' reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 39, 681-7.
- YARDLEY, L., BARKER, F., MULLER, I., TURNER, D., KIRBY, S., MULLEE, M., MORRIS, A. & LITTLE, P. 2012. Clinical and cost effectiveness of booklet based vestibular rehabilitation for chronic dizziness in primary care: single blind, parallel group, pragmatic, randomised controlled trial. *Bmj*, 344, e2237.

Til Sundhedsstyrelsen
ved Kristoffer Lande Andersen

Generelt:

Overordnet en godt gennemført og overskuelig udarbejdelse af anbefalinger.

Dog:

Mange af de ønskede spørgsmål lader sig ikke undersøge i blinde studier.

Det bør diskuteres, om krav af blinding i intervention er relevant i vurderingen af bias. Det kan skønnes generelt, hvilken indflydelse denne bias kan have haft (f.eks. 30 % overestimat af effekt). I stedet for blot at automatstemple det hele som 'høj risk af bias'.

Det bør angives, om de anførte 'høj risiko for bias' i nogen tilfælde alene skyldes manglende blinding. Hvilket dog nok ikke er tilfældet. Der er sikkert mange bias i de fleste undersøgelser.

Spørgsmålet er egentligt, om interventions-blindede undersøgelser & Cochrane analyse er egnet til at belyse denne type problemer.

Specifikt

Der angives flere steder xx kritiske og yy vigtige outcomes udvalgt af arbejdsgruppen forud for litteratursøgningen (se ... samt bilag 6). Men bilag 6 er ikke medsendt, så vidt jeg kan. Derfor svært at vurdere grundlaget for de valgte outcomes.

side 8: RM betyder? Giv et eksempel på hvad det kan indebære.

side 9: 0.2 Afgrænsning af patientgruppe

Forklar hvorfor "har flere samtidige sygdomme" i "Anbefalingerne i denne NKR er målrettet ældre over 65 år, der ikke er indlagte, og som har flere samtidige sygdomme (f.eks. kræft, demens, apopleksi, kronisk obstruktiv lunge-sygdom, hjertesygdom, diabetes, gigtsygdomme mv.), funktionsevnenedsættelse og evt. underernæring eller risiko herfor."

Samtidigt argumenteres for den ellers uforståelige eksklusion af monosygdomme (f.eks. diabetes, KOL, demens, gigtsygdomme eller hoftefrakturer). Disse patienter kan have lige så meget funktionsnedsættelse og underernæring som de inkluderede.

side 11: Målgruppe er bred. Hvem skal reagere/initiere? Hvem skal udføre?

Side 12: Volapyk, for mig i hvert fald: Styrketræning udført med høje intensiteter ($\geq 70\%$ af 1RM (≤ 12 RM)) har bedre effekt på maksimal styrketilvækst end træning udført med lave intensiteter ($< 70\%$ af 1RM (> 12 RM))

side 16: Umiddelbart før tabeller "Evidensprofil": Angiv nogle stikord til baggrund & formål: med link til uddybning.

side 20: 2.2 Anbefaling

"Det er god praksis at tilbyde træning af mere end 8 ugers varighed til ældre med funktionsevnenedsættelser, men uden underernæring eller risiko herfor"

Dette synes at vær i modstrid med:

side 22: Det er formodentligt ikke varigheden af en given træningsindsats, der har betydning for den enkelte, men faktorer som ressourcer, afhængighed i hverdagsaktiviteter, sværhedsgraden af kronisk sygdom, tidligere erfaring med fysisk træning, motivation og forståelse for sammenhængen mellem funktionsevne og fysisk træning.

side 41:

"6.5 Litteratur Besvarelse af spørgsmålet kræver studier, der sammenligner en individualiseret ernæringsindsats med en standardiseret ernæringsindsats. Studier, der sammenligner en standardiseret eller individualiseret ernæringsindsats med ingen indsats eller vanlig pleje, er derfor ikke medtaget"

Svært at forstå, fordi dagens praksis ikke er "standardiseret ernæringsindsats" men stort set "ingen indsats"