

Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Psykisk utviklingshemming og overvekt



Fagkonsulent Thuva Dyve Furuseth
Avdeling voksenhabilitering

HELSE SØR-ØST


Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Generelt om overvekt og fedme

Generelt

- En av de viktigste helseutfordringer i verden (5% KMI <30)
- 1 av 5 nordmenn KMI <30
- KMI <30 øker risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag, høyt blodtrykk, kreft, type 2 diabetes, gallesten, psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, fett-lever, urinsyregikt, stress-inkontinens, brokk, åreknuter og infertilitet
- Vektreduksjon 5-10% gir betydelig gevinst i forhold til blodtrykk, insulinresistens, lipidverdier og lette søvnforstyrrelser



2

HELSE SØR-ØST


Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Psykisk utviklingshemming og overvekt: Forekomst

Andelen overvektige er høyere hos voksne mennesker med psykisk utviklingshemming enn i normalbefolkningen for øvrig 38% vs 28%

Andelen sykelig overvektige er høyere hos voksne mennesker med psykisk utviklingshemming enn i normalbefolkningen for øvrig 7,4% vs 4,2%



3


HELSE SØR-ØST

Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Psykisk utviklingshemming og overvekt: Øvrige risikofaktorer

- Kvinne
- Mild til moderat psykisk utviklingshemming
- Selvstendig boform
- Daglig brusdriking
- Bruk av medisiner med økt vekt som bivirkning
- Lite fysisk aktivitet
- Diagnose (DS, PWS, ASD)



4

HELSE SØR-ØST

Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Hva sier loven?

Grunnleggende menneskerettigheter

- Rett til selvbestemmelse
- Rett til å treffe egne valg
- Rett til å være seg selv
- Rett til fravær av tvang



5

HELSE SØR-ØST

Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

§ 1. Formål

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivare tatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Kommunen **skal** etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

(...)

- Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og valgfrihet i forhold til mat
- Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

6

HELSE SØR-ØST


Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Helse – og omsorgstjenesteloven

§ 3-3 Helsefremmende og forebyggende atferd

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.




7

HELSE SØR-ØST

Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

KARTLEGGING



8

HELSE SØR-ØST

Akershus universitetssykehus UNIVERSITETET I OSLO

Fakta om brukers atferd, livssituasjon, og somatisk og psykisk helse

- **Helse**
 - Diagnoser
 - Kognitivt funksjonsnivå
 - Psykisk helse
 - Generelt humør/sinnsstemning
 - Evt. psykiske lidelser
- **Fysisk helse**
 - Evt. fysiske handikap
 - Fysikk med tanke på henvist problemstilling
 - KMI og midjemål, fettprosent
 - Lipidverdier
 - Arvelige sårbarhetsfaktorer
- **Fysiske rammer**

- Botilbud
- Arbeidstilbud
- Fritid
- Vedtak jf KHOL § 3-2/Personalressurs
- Individuell plan

- **Sosiale forhold**
 - Familie
 - Øvrig nettverk
- **Hypotese: Hvorfor er bruker overvektig?**
 - Vekthistorie
 - Spiser for mye?
 - Beveger seg for lite?
 - En kombinasjon?

9 HELSE SØR-ØST

Akershus universitetssykehus UNIVERSITETET I OSLO

Brukers interesser (verdier, ønsker og problemoppfatning)

- Problemoppfatning
- Egenmotivasjon til vektreduksjon
- Samtykkekompetanse og beslutningskompetanse
- Preferansekartlegging

A cartoon illustration of a woman with a distressed expression looking at a satellite dish. A speech bubble above her says "HVORFOR SKJER DETTE MED MEG!!?". To the left of the dish are several stacks of food containers, suggesting a diet or eating habits related to the problem.

10 HELSE SØR-ØST

Andre berørte parters interesser

- Hvem henviser?
- Tjenestetilbudets interesser
- Familien eller andre nærpersioners interesser



11

Foreløpig normativ beslutning



12

Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Kroppsmasseindeks (KMI)

Vekt (kg) / Høyde (m)²

74 kg

(1,67 x 1,67)

KMI = 26,5

13

HELSE SØR-ØST

Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Normal vekt – hva er det?

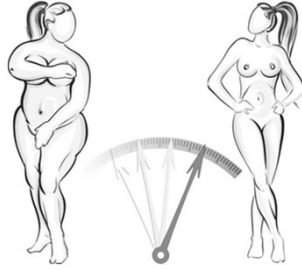
Undervekt KMI <18,5

Normalvekt KMI 18.5 - 25

Overvekt KMI 25 – 29,9

Kraftig overvekt KMI 30 - 39,9

Sykelig overvekt KMI > 40



14

HELSE SØR-ØST

Standardisert måling av risiko ("Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne" Helsedirektoratet)

- KMI
- Midjemål (Økt midjemål = >102 cm (menn) >88 cm (kvinner)
- Fettprosent

- Pasienter uten kjent tilleggs sykdom
- KMI >30 Dersom pasienten selv tar initiativ
KMI >35 Tilbys oppfølging og behandling uoppfordret

- Lipidverdier
- Vektrelatert tilleggs sykdom
- Arvelig sårbarhet
- Vurdering av lege

15

Funksjonell analyse av spiseatferd

- Beskrivelse av måltatferd
 - Kostregistrering 2 uker
 - Gjennomsnittlig total kcal pr. Dag
 - Antall måltider
 - Næringssammensetning
 - Hvordan gjennomføres spiseatferd?
 - Hvor? Sammen? Alene?
 - Annen atferd knyttet til spisingen
- Kostplanlegging
 - Hvem planlegger og setter opp kosten?
 - Hvem handler inn maten?
 - Hvem lager maten og hvordan?
- Fysisk aktivitet
 - Generelt aktivitetsnivå
 - Trening
 - Preferanser knyttet til aktivitet



16

Vekthistorie

- Vekt som barn?
- Tidligere eller nåværende spiseforstyrrelse?
- Røykeslutt?
- Svangerskap?
- Menopause?
- Tidligere vektreduksjonsforsøk og resultat av disse?
- Annen livssituasjon som kan ha bidratt til vektoppgang (sykemelding, psykisk belastning, traumer og overgrep, medikamenter, alkohol, endring i jobb eller familiesituasjon)
- Overvekt nærpersioner?



17

HELSE SØR-ØST

Hvilke rammebetingelser kan påvirke spiseatferden/vekten?

Medisinske handikap, sykdom, diagnose

Medikamenter

Søvnmønster

I hvilken grad er brukers hverdag strukturert og forutsigbar?

I hvilken grad har bruker tilgang til prefererte stimuli og aktiviteter i løpet av hverdagen?



18

HELSE SØR-ØST

Akershus universitetssykehus UNIVERSITETET I OSLO

Forts. Økologisk analyse


<p>Definerte hendelser og situasjoner som reduserer sannsynligheten for uhensiktsmessig spising?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tid på dagen • Situasjoner? • Steder? • Aktiviteter? • Med hvem? • Følelsesmessige variabler? 	<p>Definerte hendelser og situasjoner som øker sannsynligheten for uhensiktsmessig spising?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tid på dagen • Situasjoner? • Steder? • Aktiviteter? • Med hvem? • Følelsesmessige variabler?
--	---

19 HELSE SØR-ØST

Akershus universitetssykehus UNIVERSITETET I OSLO


Observerte konsekvenser av spising? Hypoteser om målaterdens funksjon


<p>POSITIV FORSTERKNING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spise for å bli mett • Spise for å oppnå gode følelser • Spise for å "ha noe å gjøre" /skape stimulering 	<p>NEGATIV FORSTERKNING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spise for å unngå å bli sulten • Spise for å unngå andre vonde følelser • Spise for å unngå ubehagelige situasjoner/tomrom
---	---



© 2008 by the author

20 HELSE SØR-ØST


 Akershus
universitetssykehus


 UNIVERSITETET
I OSLO

Empiri

21

HELSE SØR-ØST

 Akershus
universitetssykehus

 UNIVERSITETET
I OSLO

Spanos et. al (2013) "Weight management interventions in adults with intellectual disabilities and obesity: a systematic review of the evidence" Nutrition Journal, 12

Gjennomgang av 22 studier som viste effekt i form av vektreduksjon hos mennesker med psykisk utviklingshemming

Elektronisk databasesøk 1982-2011


Databaser: Medline, Embase, PsycINFO, CINAL (Totalt 1228)


22 studier plukket ut etter følgende kriterier:

- Diagnose psykisk utviklingshemming
- Voksne >18 pr
- Vektstatus
- Utelukket kirurgiske og medikamentelle tiltak

- Resultat oppgitt i form av reduksjon i vekt eller BMI (5-10%)


HELSE SØR-ØST

 Akershus
universitetssykehus


 UNIVERSITETET
I OSLO

Delt inn etter type intervensjon:

- 1. Atferdsendring*
- 2. Atferdsendring + fysisk aktivitet*
- 3. Diett*
- 4. Fysisk aktivitet*
- 5. Diett + fysisk aktivitet*
- 6. Multi-komponent (3 eller flere av de ovenfornevnte)*


 HELSE SØR-ØST


 Akershus
universitetssykehus

 UNIVERSITETET
I OSLO

Atferdsendring

 HELSE SØR-ØST

 Akershus
universitetssykehus

 UNIVERSITETET
I OSLO


Atferdsendring


"Behavior self-controll program" Rotatori og Fox (1981)


Manual:

1. Øke bevissthet rundt egen vekt
2. Redusere frekvens av snacks-spising
3. Unngåelse av triggere som kan føre til over-spising
4. Innføring av en balansert diett
5. Selv-kontroll på over-spising
6. Øke fysisk aktivitet
7. Inntak av lavkalori mat

Selv-monitorering og selv-forsterkning

 HELSE SØR-ØST


 Akershus
universitetssykehus

 UNIVERSITETET
I OSLO


Selv-monitorering og selv-forsterkning

- Deltakerne ble bedt om å føre mat-dagbøker og belønne seg selv for ønsket atferd:


- Å unngå triggere som erfaringsmessig kan føre til overspising
 - Å kun spise én porsjon pr måltid
 - Redusere antall måltider
- Å kun innta måltider og snacks på et bestemt sted i hjemmet
 - Redusere frekvensen av inntak av snacks
 - Å legge ned bestikket mellom hver bit mat
 - Å unngå å spise opp en hel porsjon
 - Inntak av lav-kalori mat

 HELSE SØR-ØST

Forfatter, land	Deltakere	Intervensjon	Follow up	Resultater
Fox (1985) USA	a) N=8 4 kvinner, 4 menn. Gj.snittsalder: 27. Grad av PU: moderat. Foreldrene involvert i intervensjonen.	10 uker. a) 2 gruppesamlinger pr. uke. Foreldrene involvert gjennom råd om "hjemmelekser" og forsterkersystemer	10 uker	a) - 3,4 kg b) - 1,09 kg
	a) N=7 Menn. Gj.snittsalder: 29. Grad av PU: Moderat.	b) Samme som a), men foreldrene var ikke involvert	3 mnd 6 mnd	a) + 0,7 kg b) + 0,1 kg a) + 1,8 kg b) + 2,8 kg
McCarran (1990) USA	N=8, 7 kvinner, 1 mann CP, IQ 50-85	14 uker 3 gruppesamlinger pr. Uke	14 uker	a) -2,5 kg b) -1,2 kg
		a) Oppfølging av gruppeleder utenom gruppesamlingene b) Ingen oppfølging utenom gruppesamlingene	12 mnd	a) -1,5 kg b) +0,5 kg
Sailer (2006) USA	N=6, 4 kvinner, 2 menn PU: Lett	10 uker 1 gruppesamling pr. Uke Telefonkontakt mellom samlingene	10 uker	-2,5 kg
			1 mnd	-1,5 kg



Akershus
universitetssykehus



UNIVERSITETET
I OSLO

Atferdsendring + fysisk aktivitet


HELSE SØR-ØST

Forfatter land	Deltakere	Intervensjon	Follow up	Resultat
Fox (1984) USA	a) N=8, 5 kvinner, 3 menn. Gj.snitt IQ 42,1	10 uker, 2 gruppesamlinger pr. Uke	10 uker	a) -3,3 kg b) -3,72
	b) N=8, Gj.snitt IQ 46,3	Rotatori-manual + fysisk aktivitet (kroppsgymnastikk, aerobic (2 ganger om dagen) + gåturer og å ta trappen b) Satt sammen i par for samarbeid og kompisforsterkning	15 uker 52 uker	a) -0,9 kg b) -1,4 kg a) -0,27 kg b) 1,8 kg
Fisher (1986)	N=17, kun kvinner, PU: Lett til moderat	8 uker, ukentlige gruppesamlinger	8 uker	a) -1 kg b) -0,6 kg
		a) Rotatori-manual b) Rotatori-manual+fysisk aktivitet (gåturer 10-30 min pr. Dag)	4 uker	a) +0,6 kg b) +0,6 kg


Akershus universitetssykehus		UNIVERSITETET I OSLO
<h1>Diett</h1>		

Forfatter land	Deltakere	Intervensjon	Follow up	Resultat
Antal (1988) Ungarn	N=15, 10 kvinner, 5 menn "mainly imbeciles", 1 down syndrom	9 måneder 30 dagers-roterende meny, 1000-1100 kcal	9 mnd	Kvinner: -16 kg Menn: -13 kg
Bertoli (2008) Italia	N=37, 12 kvinner, 25 menn 13 med Down syndrom Resten fysiske handikap	Individuelle kostplaner og veiledning lege+ernæringsfys.	12 mnd	-6,8 kg

HELSE SØR-ØST



Akershus
universitetssykehus





Fysisk aktivitet

HELSE SØR-ØST

Forfatter land	Deltakere	Intervensjon	Follow up	Resultat
Rimmer (2004) USA	Treningsgruppe N=30 Down syndrom Kontrollgruppe N=22 Down syndrom	12 uker 3 treningsøkter 45 min pr. Uke	12 uker	Trening: -1 kg Kontroll: + 1,7 kg
Moss (2004) Sør-Afrika	N=100, 53 kvinner, 47 menn Fungereing 4-12 år	12 uker 3 treningsøkter pr. Uke Gåture 20-30 min	3 mnd	Kvinner: -2,74 BMI Menn: -3,1 BMI
Wu (2010) Taiwan	N=146 PU: mild til alvorlig	6 måneder 4 treningsøkter pr uke à 40 min (aerobic, jogging, dansing og gåture)	6 måneder	Vekt: -1,86 kg BMI: -0,84
Mendonca (2011) Portugal	A: N=13, Down syndrom og PU: lett til moderat B: N=12 Ingen diagnoser eller PUS	12 uker 3 treningsøkter pr. Uke (gå eller løpe på tredemølle, styrketrening)	12 uker	a)-0,4 BMI b)-0 BMI


HELSE SØR-ØST


Diett + fysisk aktivitet

HELSE SØR-ØST

Forfatter land	Deltakere	Intervensjon	Follow Up	Resultat
Marshall (2003) England	N=25, 68% menn, 32% kvinner Down syndrom	6 uker Ukentlige samlinger Diett: Å spise sunt Aktivitet: Råd om å være i fysisk aktivitet	6 uker	- 3,4 kg - 1,6 BMI
Bradley (2005) England	N=9 Kvinner PU: Ikke rapportert	12 måneder 13 gruppesamlinger (90-120 min) Diett: Informasjon om sunn mat, matlaging og besøk på supermarked) Fysisk aktivitet: Utilstrekkelig informasjon	12 mnd	- 6,2 kg
Chapman (2005, 2008) England	43%kvinner 57%menn A: Intervensjonsgruppe: N=38, B: Kontrollgruppe: N=50 PU: Ikke rapportert	Individuell oppfølging av fysioterapeut Diett: Råd (utilstrekkelig informasjon) Fysisk aktivitet: Individuelt tilpasset aktivitetsprogram. Omsorgsytere involvert	6 mnd	A: -0,32 BMI B: +0,35 BMI
			12 mnd	A: -1,52 kg B: +0,41 kg
			6 år	A: -2,42 kg B: +0,16 kg




Akershus
universitetssykehus





UNIVERSITETET
I OSLO

Multi-komponent

HELSE  SØR-ØST

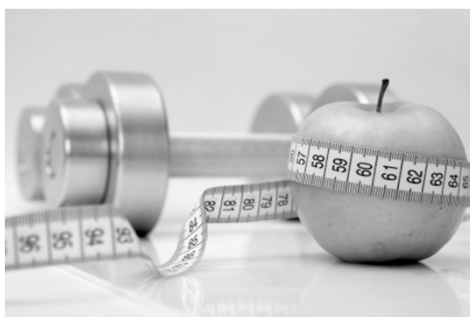
Forfatter Land	Deltakere	Intervensjon	Follow up	Resultat
Jackson (1982) Australia	Kun kvinner A: Intervensjonsgruppe N=6, gj.snitt IQ 38,17 B: Kontrollgruppe N=6, gj.snitt IQ 40,33	14 uker, samlinger annenhver uke (60 min) Diett: Råd om sunn mat/diett. Aktivitet: Generell informasjon om fysisk aktivitet Atferdsendring: selvmonitorering, belønning, straff, reduksjon antall måltider.	17 uker 3 mnd 6 mnd 12 md	A: -5,75 kg B: -0,59 kg A: -6,25 kg B: -0,59 kg A: -6,08 kg B: +0,33 kg A: -7,33 kg B: 0,0 kg
Harris (1984) USA	N= 21 A: 10 gjennomførte 8 kvinner, 2 menn Gj.snitt IQ 52,5 B: 11 dropouts	7 uker, ukentlige samlinger Diett: Undervisning sunn, balansert diett, hva kjennetegner lavkalori/høykalori, Fysisk aktivitet: 5-10 min aerobic etter hver samling Atferdsendring: stimuluskontroll, selvmonitorering, selvforsterkning, målvalg. Omsorgspersoner involvert.	7 uker 12 mnd	A: -3 kg A: -0,76 kg B: +2,39 kg
Ewing (2004) USA	A: N=92 54,4% kvinner, Gj.snitt IQ 50,2 B: Ingen PU N=92 84,5% Kvinner	8 uker 8 gruppesamlinger, 2-4 hjemmebesøk Diett: Individuelle kost-planer Besøk på matbutikk Fysisk aktivitet: Treningsplan, gåturer Atferdsendring: motivasjon til endring, hindre tilbakefall, unngå "automatisk tenkning"	2 mnd	A: -0 BMI B: -0,89 BMI

HELSE SØR-ØST


 	
<h3>Oppsummering</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgående; størst effekt første post-test • Kalori-underskudd synes å være metoden med størst effekt • Det virker å øke sannsynligheten for å lykkes dersom man involverer omsorgspersoner i intervensjonen 	
<p>38</p> <p>HELSE SØR-ØST</p>	


Overvekt og fedme: Anbefalte tiltak

- Skape et energiunderskudd på 500-1000 kcal pr. Dag
- Hvilken diett har lite å si i det lange løp
- Kombiner gjerne med økt grad av fysisk aktivitet




Atferdsanalytiske tiltak


 Akershus
universitetssykehus


 UNIVERSITETET
I OSLO

Eksempel tiltak kaloriunderskudd

Kneringer & Page (1999) "Improving staff nutritional practices in community-bases group homes: Evaluation, training, and management"
Journal of Applied Behavior Analysis, 32, pp. 221-224


 HELSE SØR-ØST



 Akershus
universitetssykehus

 UNIVERSITETET
I OSLO

Deltakere


13 tjenesteytere fra til sammen 2 omsorgsboliger bosatt av 5 (4 overvektige) personer med kognitiv svikt og utfordrende atferd



 HELSE SØR-ØST

 Akershus
universitetssykehus 

Metode

- Undervisning og veiledning om:
Hensiktsmessig oppbevaring av matvarer
Planlegging og utforming av menylister
Matlaging




 Akershus
universitetssykehus 


Design


Multiple baseline, 3 faser

Ukentlige, uanmeldte besøk hvor følgende personalatferd ble registrert:

- Mat oppbevart korrekt i kjøleskap og tørrskap
- Måltider på menylisten i tråd med nasjonale retningslinjer
- Matlaging
 - Meny visuelt presentert for tjenesteytere og tjenestemottakere
 - Samsvar mellom meny og måltidet som ble laget
 - Porsjoner servert i tråd med retningslinjer
 - Samhandling mellom ty og tm



 Akershus
universitetssykehus


 UNIVERSITETET
I OSLO


Resultat


- I begge omsorgsboligene økte frekvens av ønsket personalatferd knyttet til kost etter opplæring
 - Korrekt matoppbevaring: 54% til 89%
 - Måltider i tråd med nasjonale retningslinjer: 25% til 81%
 - Matlaging:
 - Menylister: 38% til 97%
 - Samsvar meny – måltid: 59% til 98%
 - Porsjoner 37% til 92%
 - Samhandling 34% til 97%

Positive effekter for tjenestemottakerne:

- Vektreduksjon hos 3 av 4 av de overvektige
- Redusert fettprosent hos 3 av 5 beboere
- 3 av tjenestemottakerne hadde høyt BT og opplevde en reduksjon etter intervensjon
- 1 av tjenestemottakerne hadde høyt kolestrolnivå og opplevde en reduksjon etter intervensjon

HELSE  SØR-ØST


 Akershus
universitetssykehus



 UNIVERSITETET
I OSLO

Eksempel tiltak økt fysisk aktivitet

Luca & Holborn (1992) "Effects of Variable-ratio Reinforcement Schedule with Chandling Criteria on Exercise in Obese and Nonobeste Boys" *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, pp. 671-679

46

HELSE  SØR-ØST


 Akershus universitetssykehus 



Deltakere

N= 6

Intervensjonsgruppe: N=3 Gutter 11 år, overvekt (over 97% persentil)

Kontrollgruppe: N=3 Gutter 11 år, ikke overvekt (litt under 50% persentil)

47 

 Akershus universitetssykehus 


Metode

- Målatferd: Sykling på ergometersykkel
- Design: single-case changing-criterion design

Baseline:

Instruks om å sette seg på sykkel og trene så lenge deltakeren hadde lyst. Ingen videre oppmuntring. Antall tråkk på sykkel/omdreininger ble målt pr. treningsøkt, og regnet om til antall tråkk pr. min.

8 datapunkter.

48 

VR skjema

Kriterie for forsterkning:

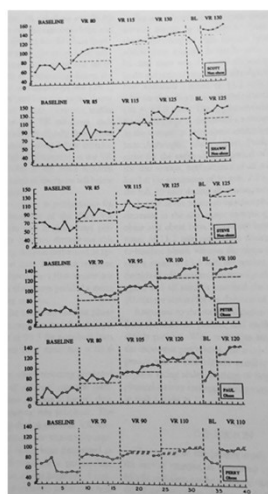
15% over baseline antall tråkk pr. Min

For hvert minutt trening med oppnådd forsterkningskriterie hørte guttene et "pling" som signaliserte 1 poeng. Poeng kunne etter endt treningsøkt veksles inn i forsterkere.

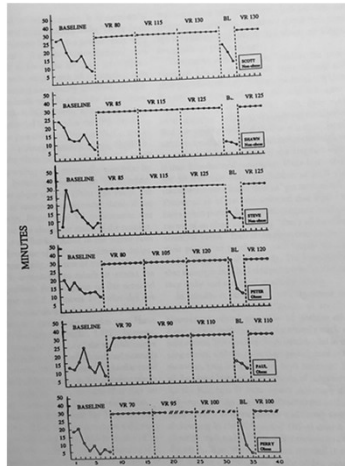
De kunne trene så lenge de hadde lyst, max 30 min.

Totalt 3 faser (15% økning fra forrige fase), og 1 fase hvor man returnerte til baselinebetingelser

Resultat, antall tråkk pr. min



Resultat, varighet av treningsøkt



51

Forebygging



52

Sørge for «et godt liv» med god tilgang til prefererte aktiviteter

- Morsomme aktiviteter
- Sosial kontakt
- Noe å glede seg til
- Hindre «dødtid» og kjedsomhet
- Fravær av stress og ubehag
- Legg til rette for, og øk sannsynligheten for at bruker tar fornuftige valg, både med tanke på kost og fysisk aktivitet



Bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

Rundskriv IS-10/2015

«Det vil normalt ikke oppstå vesentlig skade i lovens forstand selv om tjenestemottakeren ikke lever i samsvar med alminnelige oppfatninger om sunn og god livsførsel. (...) I tråd med det ovenforstående vil heller ikke det at en person overspiser nødvendigvis medføre vesentlig skade i lovens forstand. Det er derfor i utgangspunktet ikke anledning til å anvende tvang for å stoppe overspising/ «trøstespising» i den hensikt å slanke personen, eller for å få vedkommende i bedre form. Skal tvangsvedtak i slike sammenhenger godtas, må det være en forutsetning av spisingen etter en helsefaglig vurdering kan medføre vesentlig skade. Dette bør vurderes av en lege.»

Kriterier for iverksetting av tiltak omfattet av bestemmelsene i KHOL Kap. 9

- KMI/BMI over 35
- Økende vektgraf
- Overvektsrelatert tilleggssykdom, eller lipidverdier som tilsier risiko for utvikling for dette
- Arvelige sårbarhetsfaktorer
- Spiseatferden går ut over andre viktige områder i livet
- Stigmatiserende og/eller helseskadelig matsøkende atferd
- Tvangsmessig spisemønster med et tydelig lidelsestrykk
- Lavt funksjonsnivå, liten evne til å på egenhånd administrere eget kosthold

55

Spørsmål?

56