

OPLÆG TIL NATIONAL HANDLINGSPLAN MOD SVÆR OVERVÆGT

Forslag til løsninger og perspektiver



OPLÆG TIL NATIONAL HANDLINGSPLAN MOD SVÆR OVERVÆGT

Forslag til løsninger og perspektiver

OPLÆG TIL NATIONAL HANDLINGSPLAN MOD SVÆR OVERVÆGT

– Forslag til løsninger og perspektiver

Udarbejdet af en ekstern arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen,

Center for Forebyggelse

Udgiver: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse

Ansvarlig institution: Sundhedsstyrelsen

© Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003

Design: 1508 A/S

Tryk: Arco Grafisk

Distribution: J.H. Schultz Grafisk A/S

Emneord: overvægt, forebyggelse, behandling, evidens,
dokumentation, anbefalinger, handlingsplan.

Sprog: Dansk

Pris: 100 kr. (inkl. moms)

URL; <http://www.sst.dk>

Version: 1,0

Versionsdato: 19. marts 2003

Format: pdf, html

ISBN trykt udgave 87-91232-91-0

ISBN elektronisk udgave 87-91232-92-9

Denne rapport citeres således:

Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Oplæg til national handlingsplan
mod svær overvægt – Forslag til løsninger og perspektiver

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Center for Forebyggelse

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail sst@sst.dk

Hjemmeside www.sst.dk

Publikationen kan hentes og bestilles på www.sst.dk eller bestilles hos J.H. Schultz
Information A/S, Albertslund, tlf. 70 26 26 36, e-mail schultz@schultz.dk

Indhold

FORORD	6
SAMMENFATNING	8
I. INDLEDNING	12
1.1 Baggrund	12
1.2 Mål for indsatsen vedrørende svær overvægt i Danmark	14
1.3 Begrebsafklaring	15
1.4 Definitioner	16
II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN	17
2. Læsevejledning	17
3. Generelle betragtninger	18
4. Evidens inden for forebyggelse og sundhedsfremme	20
5. Indsatsområder	22
5.1 Kost	23
5.2 Fysisk aktivitet	23
6. Niveauer	24
6.1 Det private niveau	24
6.2 Fællesskaberne	24
6.3 Det offentlige	24
6.4 Samspillet mellem de tre niveauer	24
6.5 Indsatstyper	24
7. Målgrupper	25
7.1 Børn og unge (generelt)	25
7.2 Børn og unge med særlig risiko for at udvikle overvægt eller overvægtsrelaterede sygdomme	28
7.3 Voksne (generelt)	30
7.4 Voksne med moderat overvægt (BMI 25-29.9) og/eller særlig risiko for at udvikle svær overvægt eller overvægtsrelaterede sygdomme	32
7.5 Voksne med svær overvægt (BMI ≥ 30)	34
III. OPFØLGNING	36
8. Organisering af indsatsen	36
8.1 Opgaver på statsligt niveau	36
8.2 Opgaver på amtsligt niveau	38
8.3 Opgaver på kommunalt niveau	40
8.4 Den frivillige sektor	41
8.5 Det private erhvervsliv	42
8.6 Arbejdspladser/Fagbevægelsen	42
9. Grund-, videre- og efteruddannelse	43

IV. DOKUMENTATION	44
10. Forekomst	44
10.1 Udvikling i overvægt blandt voksne	44
10.2 Udvikling i overvægt blandt børn og unge	45
10.3 Udvikling i overvægt i Danmark i forhold til øvrige vestlige lande	45
10.4 Social ulighed og overvægt	45
10.5 Grupper med særlig risiko for udvikling af svær overvægt	46
11. Konsekvenser af svær overvægt	46
11.1 Type-2 diabetes	47
11.2 Hjerter-/karsygdom og dødelighed	47
11.3 Cancer	47
11.4 Slidgigt	47
11.5 Lungeproblemer og søvnapnø	47
11.6 Svær overvægt hos børn og unge	47
11.7 Livskvalitet	48
12. Risikogrupper i relation til udvikling af svær overvægt	48
12.1 Identifikation	48
12.2 Opsporing	48
12.3 Binge Eating Disorder (BED)	49
13. Vægttab	50
13.1 Sundhedsmæssige konsekvenser	50
14. Faktorer, der påvirker risikoen for overvægt	51
14.1 Biologiske faktorer	51
14.2 Adfærdsmæssige faktorer	52
14.3 Miljømæssige	53
14.4 Andet	53
15. Danskernes kostvaner	54
16. Fysisk aktivitet blandt danskere	55
17. Forebyggelse	57
17.1 Forebyggelse af overvægt hos voksne	57
17.2 Forebyggelse af overvægt hos børn	57
18. Behandling	58
18.1 Mål for vægttab	58
18.2 Fordele ved vægttab	58
18.3 Metoder til opnåelse af vægttab ved livsstilsintervention	59
18.4 Farmakologisk behandling	59
18.5 Kirurgisk behandling	59
18.6 Opfølgning på behandling	59
18.7 Binge Eating Disorder (BED)	59

Indhold

V. INDSATS I DANMARK	62
19. Forebyggelse	63
19.1 Grundskolen	63
19.2 Gymnasiet	63
19.3 Befolkningsrettede initiativer	63
20. Behandling	64
20.1 Offentlige tilbud om vægttab	64
20.2 Private organisationer	64
20.3 Partnerskaber	65
21. Uddannelser	66
VI. BEHOV FOR YDERLIGERE DOKUMENTATION	67
VII. BILAG	68

Forord

Sundhedsstyrelsen tog i september 2001 initiativ til at udarbejde en national handlingsplan for forebyggelse og behandling af svær overvægt. Baggrunden var, at svær overvægt er et hastigt stigende problem i Danmark. Det anslås, at 10-13% af danskerne er svært overvægtige, hvilket svarer til mindst 400.000 danskere. Ydermere stiger antallet af svært overvægtige børn og unge dramatisk.

Svær overvægt har en række konsekvenser, der bl.a. kan resultere i alvorlige følgesygdomme, men som også kan komme til udtryk i form af manglende trivsel og social isolation. Udover de personlige omkostninger belaster svær overvægt de

offentlige budgetter over en bred front. Der er behov for handling, både hvad angår den enkeltes livsstil, samfundets indretning og de normer, der gælder, hvor mennesker færdes. Planens forslag til forandringer vil derfor kræve en bredere forståelse end det, der angår det rent medicinske.

Årsagerne til svær overvægt er så komplekse, at sundhedsvæsenet ikke kan løfte opgaven alene. Sundhedsvæsenet har en central rolle i behandling og rådgivning af det enkelte menneske. Men at fremme sundhed og forebygge svær overvægt forudsætter, at andre discipliner, fagområder og sektorer bidrager og kræver både lokal og national fokus.



Forord

Anbefalingerne tager hensyn til sociale forskelle i motivationsforhold og den ophobning af sundhedsproblemer, der optræder i visse sociale grupper. Desuden udgør børn en særlig gruppe i forebyggelsesøjemed, fordi forebyggelse og behandling af overvægt hos børn bidrager til forebyggelse af overvægt hos voksne, og fordi motivationen af børn stiller særlige krav. Men netop på disse områder er forskningen endnu ikke nået så langt, at der er klare svar. Derfor er der behov for samtidig udforskning af, hvordan de sociale, psykologiske, familiemæssige etc. faktorer har betydning i forbindelse med overvægt.

Svær overvægt opstår hos enkeltpersoner, og kun det enkelte menneske kan modvirke problemet. Ikke desto mindre er det samfundets opgave at etablere rammer, der støtter enkeltpersoner i deres bestræbelser for at opnå en stabil vægt. Derfor fokuserer planen på, hvad det enkelte menneske kan gøre, hvad der kan gøres i fællesskab, og hvordan samfundet kan støtte den enkeltes bestræbelser på at opnå en hensigtsmæssig vægt.

Planen lægger ikke op til et bestemt slankhedsideal, men til en nuanceret opfattelse af krop og sundhed, hvor det at være slank ikke automatisk er lig med at være sund, og hvor overvægt ikke i sig selv behøver at medføre dårlig fysisk og psykisk trivsel. Opfattelsen af et godt liv er meget individuel, hvilket også er planens udgangspunkt. Ved imple-

mentering af planen, er det derfor vigtigt at budskaberne er nuancerede samt køns- og aldersdifferentierede, så indsatsen for at forebygge svær overvægt ikke fremmer kropsutilfredshed og spiseforstyrret slankeadfærd, især blandt teen-agere.

Sundhedsstyrelsens mål med denne plan er at se problemet overvægt i en helhed og skabe grobund for erfaringsudveksling og dialog om den fremtidige indsats. Ved hjælp af videndeling og erfaringsudveksling på styrelsens hjemmeside og i nye netværk håber vi, at der er mange, der vil tage livtag med vægten. Det er nu, der skal handles. Der er ingen undskyldning for at vente.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke Ernæringsrådets arbejdsgruppe for bidraget til dokumentationsafsnittet.

Ligeledes skal der lyde en stor tak til den eksterne arbejdsgruppe, som har ydet en vigtig indsats for at skabe en fælles faglig platform bag Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Sundhedsstyrelsen, marts 2003

Jens Kr. Gøtrik
Medicinaldirektør

Sammenfatning

Dokumentation

Forekomsten af overvægt i Danmark er steget markant inden for de seneste årtier. Siden 1987 er der sket en stigning i forekomsten på 75%. Stigningen har især fundet sted i de yngste aldersgrupper og hos personer med lav uddannelse. Aktuelt er 30-40% af den voksne befolkning overvægtige (BMI $\geq$ 25). Det drejer sig om mere end 1.3 mio. danskere. 10-13% er svært overvægtige (BMI $\geq$ 30), hvilket svarer til ca. 400.000 personer. Næsten 100.000 vejer så meget, at de vil have helbreds komplikationer til deres overvægt (BMI $\geq$ 35). Også blandt børn er der sket en foruroligende stigning i forekomsten af svær overvægt gennem de senere år. I 1997 var 7-10% af børnene i 8.-9. klasse overvægtige. Ca. 4% var svært overvægtige, hvilket betyder en tredobling i perioden fra 1972-1997. Udviklingen i Danmark afspejler en global trend, som ifølge WHO indebærer, at hvis udviklingen fortsætter som hidtil, vil 60-70% af alle europæere være overvægtige i 2030. Denne udvikling tilskrives især en kombination af mere fysisk inaktiv livsstil og ændrede spisevaner.

Følger af svær overvægt

Svær overvægt er forbundet med øget sygelighed og dødelighed samt med dårlig trivsel og social udstødelse. Sygelighedsrisikoen stiger med graden af overvægt, og især overvægt lokaliseret i bughulen spiller en rolle uanset graden af overvægt. Ved overvægt opstår der forstyrrelser i kroppens stofskifte, som spiller en rolle for udviklingen af type-2 diabetes, hjerte-/karsygdom og visse cancerformer. Desuden øger overvægt risikoen for slidgigt, lungeproblemer og søvnforstyrrelser. Overvægt og gentagne slanketure øger i sig selv risikoen for spiseforstyrrelser.

Svært overvægtige diskrimineres ofte i skoler og på arbejdsmarkedet. Særligt børn rammes hårdt, og hos både børn og voksne ses der øget forekomst af manglende socialt selvværd, social isolation, depression og angst.

Der er ikke foretaget en egentlig økonomisk analyse af de faktiske omkostninger forbundet med svær overvægt i Danmark. Det er beregnet, at 4-8 % af de danske sundhedsudgifter går til overvægtsrelaterede sygdomme, og hvis den hastigt stigende vækst af svær overvægt fortsætter, vil disse udgifter naturligvis stige. Disse skøn er bl.a. baseret på udenlandske beregninger, og der bør gennemføres en tilbundsående, professionel sundhedsøkonomisk analyse af meromkostninger ved moderat og svær overvægt i Danmark for derved bl.a. at prioritere de mest kost-effektive metoder til forebyggelse og behandling af svær overvægt.

Faktorer, der påvirker risikoen for overvægt

Overvægt er udtryk for længere tids ubalance, hvor energiindtagelsen overstiger energiudgiften (positiv energibalance). Men årsagerne er komplekse, og både biologiske faktorer, fx arv, køn og alder, adfærdsmæssige faktorer, fx kost og fysisk aktivitet, og miljømæssige faktorer (fysisk, økonomisk og socialt miljø) spiller en rolle.

En energitæt kost, fx en kost med et højt indhold af fedt og/eller sukker, muliggør en positiv energibalance og kan dermed øge risikoen for moderat og svær overvægt hos især stillesiddende og i øvrigt overvægtsdisponerede personer. En kost med lav energitæthed og et højt indhold af fibre kan på den

Sammenfatning

anden side forventes at bidrage til at nedsætte risikoen for vægtøgning og svær overvægt.

Fysisk aktivitet har i sig selv en gunstig effekt på en lang række følgetilstande til svær overvægt, (fx type-2 diabetes, forhøjet kolesterolniveau i blodet og forhøjet blodtryk). Effekten er størst, hvis øget fysisk aktivitet kombineres med nedsat energiindtagelse. Fysisk aktivitet muliggør opretholdelse af en stabil kropsvægt, men ikke nødvendigvis vægttab, med mindre der finder en samtidig kostomlægning sted.

Psykosociale faktorerers indflydelse på risikoen for udvikling af svær overvægt er dårligt belyst, men svær overvægt forekommer især i befolkningsgrupper med de korteste uddannelser og laveste indkomster. Desuden tillægges samspillet mellem forældre og børn særlig betydning for både forebyggelse og behandling af svær overvægt hos børn.

Risikogrupper

Personer med svær overvægt i familien vil have en øget risiko for selv at udvikle svær overvægt. Børn i familier med overvægtige forældre udvikler hyppigere svær overvægt, hvilket kan være relateret til såvel genetiske faktorer som kost- og motionsvaner i familien. Desuden vil personer med type-2 diabetes, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterolindhold i blodet eller personer med hjerte-karsygdom i den nærmeste familie, have en forhøjet risiko for at udvikle komplikationer i forbindelse med svær overvægt. Kvinder udvikler hyppigere ekstrem overvægt end mænd, og det sker ofte i forbindelse med graviditet og overgangsalder. Storrygere og især unge mennesker har en særlig risiko for at tage på i vægt efter rygeophør. Desuden findes der en række

medicintyper, som øger risikoen for at tage på i vægt.

En særlig risikogruppe kan karakteriseres ved tvangsoverspisning, kaldet Binge Eating Disorder (BED), som er en psykiatrisk lidelse og som forekommer hos ca. 2% af den voksne befolkning. Blandt overvægtige forekommer BED hos ca. 8%.

Vægttab

Der er evidens for, at normalvægtige lever længere end overvægtige. Det er ligeledes dokumenteret, at et tilsigtet vægttab medfører bedre psykosocialt og fysisk velbefindende, gunstigere risikofaktorprofil, lavere sygelighed på kort sigt samt formentlig nedsat dødelighed hos visse grupper af moderat og svært overvægtige personer. Der er belæg for at tilråde vægttab ved svær overvægt – især ved tilstedeværelse af samtidige overvægtsrelaterede følgetilstande/sygdomme. Det er vigtigere at opretholde en stabil vægt frem for gentagne vægttab, som ikke holdes.

Danskernes kost- og motionsvaner

Energiindtagelsen er faldet de sidste årtier blandt både børn og voksne, men børn og unges indtagelse af sukker, er alt for højt. Over halvdelen kommer fra slik, kager og is, og mere end en tredjedel kommer fra sodavand og andre sukkersødede læskedrikke.

Flere og flere danskere har fået stillesiddende arbejde, og det ser ikke ud til, at de, der er inaktive i arbejdstiden, kompenserer ved at være fysisk aktive i fritiden. Den daglige transport er blevet mindre fysisk krævende. Bilparken vokser år for år, og cykeltrafikken har vist en faldende tendens i de senere år.

Sammenfatning

Alt i alt tyder udviklingstrækkene på, at gennemsnitsdanskere indtager for meget energi i forhold til det fysiske aktivitetsniveau.

Forebyggelse og behandling

Forslaget til handlingsplan har som mål at bidrage til at reducere vægten hos de personer, der allerede lider af eller har en særlig risiko for at udvikle svær overvægt (specielt personer med type-2 diabetes og hjerte-/karsygdom), samt at medvirke til at skabe en bevidsthed og kultur i den danske befolkning, som fremmer en normal vægtudvikling og modvirker vaner, der fører til overvægt.

Det overordnede mål er

- at forebygge, at flere personer får BMI på eller over 30
- at reducere vægten blandt personer med BMI på eller over 30

Delmål

- at forebygge overvægt hos normalvægtige
- at forebygge vægtstigning hos personer med overvægt ($BMI \geq 25$) og/eller stabilisere vægten hos personer, der har gennemført vægttab
- at forebygge følgesygdomme til overvægt
- at fremme vægttab hos personer med svær overvægt eller overvægtsrelaterede tilstande

ANBEFALINGER

Sundhedsstyrelsens anbefalinger tager udgangspunkt i at hæmme og fremme de faktorer, hvor det er evident, at disse faktorer har en henholdsvis negativ og positiv effekt på energibalancen og dermed sandsynligvis på forekomsten og udviklingen af svær overvægt. De konkrete anbefalinger bygger på en faglig vurdering af, at det pågældende tiltag - alt andet lige - vil have en gavnlig effekt på det konkrete problem.

Niveauer

Det anbefales, at der sættes ind på tre niveauer: Det private niveau (den enkelte, familien og hjemmet samt de nærmeste omgivelser), fællesskaberne (de hverdagssammenhænge, vi indgår i uden for hjemmet og familien - fx skoler, arbejdspladser, fritidsorganisationer, erhvervslivet) og det offentlige niveau (staten, amterne og kommunerne).

Indsatstyper

De indsatstyper, der anbefales, omfatter strukturelle indsatser (fx lovgivning, etablering af behandlingstilbud, mærkning og subsidiering), normative indsatser (fx politikker, retningslinier, vejledninger), oplysningsindsatser (fx uddannelse, motivation, videnformidling) samt forskning og metodeudvikling.



Sammenfatning

Målgrupper

Indsatserne retter sig mod

- Børn og unge generelt med henblik på at fremme en overvægtsforebyggende livsstil
- Børn og unge med overvægt og/eller særlig risiko for at udvikle overvægt eller overvægtsrelaterede sygdomme med henblik på vægtstabilisering/vægttab
- Voksne generelt med henblik på at fremme en overvægtsforebyggende livsstil
- Voksne med moderat overvægt ($BMI = 25-29.9$) og/eller særlig risiko for at udvikle svær overvægt eller overvægtsrelaterede sygdomme (fx personer, der er arveligt disponerede for svær overvægt eller for følgesygdomme til svær overvægt, personer, der holder op med at ryge, eller får medicin med vægtøgning som bivirkning, eller kvinder i forbindelse med graviditet) med henblik på vægtstabilisering/vægttab
- Voksne med svær overvægt ($BMI \geq 30$) med henblik på vægttab/vægtstabilisering som forebyggelse af følgesygdommene til svær overvægt

Indsatsområderne omfatter

- kost
- fysisk aktivitet

Specifikke mål for indsatserne

- At sænke indtagelsen af fedt- og sukkerrige fødevarer og øge indtagelsen af fiberrige fødevarer (fx. fuldkornsprodukter, kartofler, frugt og grønt) hos de personer, som har behov for det
- At stimulere til en mere fysisk aktiv livsstil og til øget deltagelse i organiseret og ikke-organiseret fysisk aktivitet

Organisering af indsatsen

Der lægges op til en multidimensionel indsats, som involverer en bred vifte af aktører. Det drejer sig bl.a. om stat, amt, kommune, frivillige organisationer, arbejdspladser og det private erhvervsliv.

Konkrete anbefalinger

Der præsenteres i alt 66 konkrete anbefalinger, som præsenteres ud fra enten et målgruppeperspektiv eller ud fra et aktørperspektiv. For de læsere, der ønsker at anlægge et målgruppeperspektiv, henvises til afsnit 7, og hvis man ønsker at anlægge et aktørperspektiv, henvises til afsnit 8.

Vigtige budskaber

- Der er forskel på svær overvægt, som indebærer en sundhedsrisiko, og almindelig utilfredshed med lidt ekstra kilo på kroppen
 - At være slank er ikke automatisk lig med at være sund
 - Overvægt behøver ikke i sig selv at medføre dårlig fysisk og psykisk trivsel
 - En stabil vægt er bedre end vægttab, der ikke holdes
 - Voksne er vigtige rollemodeller for børn, husk derfor
 - Brug mindre tid foran skærmen
 - Bruge bilen mindre
 - Lad være med at mobbe overvægtige
 - Daginstitutioner, skoler, arbejdspladser og fritidssektoren er vigtige rammer om sunde vaner. Særligt afgørende er
 - Adgang til sund mad og frisk drikkevand
 - Ingen sodavands- og slikautomater
 - Bevægevenlige miljøer, trapper frem for elevator
 - Leg og bevægelse som en del af hverdagen
-

I. Indledning



1.1 Baggrund

Forekomsten af svær overvægt har de sidste 30-40 år været stigende globalt. WHO påpegede i 2000¹, at forekomsten af overvægt stiger med en alarmende hastighed – specielt blandt børn. De reelle konsekvenser af denne udvikling må formodes for alvor først at vise sig et stykke ude i fremtiden. I 1999 udarbejdede Sundhedsstyrelsen en redegørelse for overvægtsproblemet omfang i Danmark og for den helbredsrisiko, der er knyttet til overvægt². Redegørelsen peger på, at problemet også er stigende i Danmark – især blandt yngre voksne – og at der er behov for en forebyggende indsats.

I sommeren 2001 udgav Dansk Selskab for Adipositasforskning en klaringsrapport³, som påpegede nødvendigheden af at forebygge svær overvægt. Rapporten anbefalede, at der udarbejdes en national strategi for forebyggelse og behandling af svær overvægt. Sundhedsstyrelsen besluttede i efteråret 2001 at udarbejde et forslag til en national handlingsplan vedrørende svær overvægt i Danmark. Til at rådgive Sundhedsstyrelsen blev nedsat en ekstern arbejdsgruppe. Kommissoriet præsenteres i Bilag 1.

1 WHO, Obesity - Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on Obesity, Geneva. WHO, 2000.

2 BL Heitmann, Richelsen B, Laub Hansen G, Hølund U. Overvægt og fedme – befolkningens sundhed set i relation til den øgede forekomst af fedme i Danmark. Sundhedsstyrelsen 1999

3 Svendsen OL, Heitmann BL, Lyngby Mikkelsen K, Raben A et al. Svær overvægt i Danmark. Klaringsrapport. Ugeskr. Læger 2001; 163 suppl. 8.

I. Indledning

Sammensætning af arbejdsgruppen

Ole Kopp Christensen, Centerchef, Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen (Formand)

Susanne Anthony, Psykoterapeut, Formand, Adipositasforeningen (udpeget af Sundhedsstyrelsen)

Arne Astrup, Prof., dr. med., Forskningsinstitut for Human Ernæring, tidligere formand for Ernæringsrådet (udpeget af Sundhedsstyrelsen)

Vibeke Graff, Kontorchef, Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Susanne Hansen, Kostfaglig koordinator, Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune, (repræsentant fra Frederiksberg og Københavns Kommune)

Berit Lilienthal Heitmann, Adj. Prof., Ph.D., Enheden for Epidemiologisk Kostforskning ved Institut for Sygdomsforebyggelse (udpeget af Sundhedsstyrelsen)

Ulla Hølund, Fuldmægtig, dr.odont., Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen (koordinator)

Michael Kjær, Prof. dr. med, Idrætsmedicinsk Forskningsenhed, Bispebjerg Hospital (udpeget af Sundhedsstyrelsen)

Inge Lissau, Ph.D., Seniorforsker (repræsentant fra Statens Institut for Folkesundhed - Barsel fra december 2002, erstattet af Mette Kjølner cand. psych., seniorforsker)

Sten Madsbad, dr. med. Hvidovre Hospital, (repræsentant Fra H:S)

Svend Aage Madsen, Chefpsykolog, Ph.D., Juliane Marie Centret, Rigshospitalet (udpeget af Sundhedsstyrelsen)

Pia Müller, praktiserende læge (repræsentant fra Dansk Selskab for Almen Medicin)

Benthe Nygaard, Børne- og ungelæge, Holbæk Kommune (repræsentant fra Dansk Selskab for Børnesundhed)

Lars Ovesen, Afdelingsforstander, Fødevaredirektoratet (udpeget af Sundhedsstyrelsen)

Tove Petersen, Afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen

Bjørn Richelsen, Prof., dr.med., Århus Universitets-hospital, Formand for Ernæringsrådets arbejdsgruppe om overvægt (udpeget af Sundhedsstyrelsen, medlem siden august 2002)

Regitze Siggaard, Ernæringsfaglig medarbejder, cand.brom., Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen (Barsel fra juni 2002)

Repræsentant fra Kommunernes Landsforening (inviteret, men ingen udpeget)

Ole Lander Svendsen, overlæge, dr. med, Bispebjerg Hospital (udpeget af Sundhedsstyrelsen)

Thorkild I.A. Sørensen, Prof., overlæge, dr. med, Institut for Sygdomsforebyggelse, Formand for Dansk Selskab for Adipositasforskning (udpeget af Sundhedsstyrelsen)

Bjarke Thorsteinsson, Kontorchef, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (udpeget af Sundhedsstyrelsen)

Mette Waaddegaard, MD, Ph. D., Psykoterapeutisk Center, Stolpegården, Gentofte (udpeget af Sundhedsstyrelsen)

Miriam Wilmont, Fuldmægtig, Amtsrådsforeningen (repræsentant fra Amtsrådsforeningen)

Arbejdsgruppen har holdt otte møder, og udvalgsarbejdet er afsluttet februar 2003

I. Indledning

EU Konference om svær overvægt

I september 2002 gennemførte Sundhedsstyrelsen i regi af det danske EU formandskab en konference om svær overvægt med deltagelse af 22 medlems- og ansøgerlandes regeringer og sundhedsmyndigheder. På konferencen fremlagde førende internationale forskere dokumentation for overvægtsproblemet omfang og konsekvenser. Konferencens konklusion var, at der her og nu bør sættes ind med forebyggelse og behandling ud fra det eksisterende faglige grundlag sideløbende med, at der indsamles ny viden.

Som opfølgning på konferencen vedtog Det Europæiske Råd den 2. december 2002 en række rådskonklusioner, som understreger nødvendigheden af at forebygge og reagere på de problemer, der følger af svær overvægt og at benytte en tværfaglig indgangsvinkel. Medlemsstaterne opfordres til at tage fat på svær overvægt i deres nationale folkesundhedspolitikker, og Rådet opfordrer kommissionen til at

- Forstærke sine bestræbelser på at forebygge og bekæmpe svær overvægt
- Støtte medlemsstaterne i deres bestræbelser på at forebygge og behandle svær overvægt (under hensyntagen til den potentielle risiko for spiseforstyrrelser)
- Fortsætte med at styrke forskningen vedrørende overvægt
- Sikre at forebyggelse af svær overvægt tages i betragtning i alle relevante fællesskabspolitikker (især i programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed 2003-2008)

Den fulde ordlyd fremgår af Bilag 2.

Samarbejde med Ernæringsrådet

Sideløbende med arbejdet i Sundhedsstyrelsen har Ernæringsrådet haft en arbejdsgruppe med det formål at udarbejde en rapport om betydningen af faktorer for udviklingen af overvægt - oplæg til en forebyggelsesstrategi. Flere eksperter er repræsenteret i begge arbejdsgrupper. Sundhedsstyrelsen og Ernæringsrådet har indgået en aftale om, at Ernæringsrådets rapport danner grundlag for den del af Sundhedsstyrelsens forslag til handlingsplan, der vedrører dokumentation inden for området. Sammensætningen af Ernæringsrådets arbejdsgruppe fremgår af Bilag 3.

1.2 Mål for indsatsen vedrørende svær overvægt i Danmark

Forslaget til handlingsplan har som mål at bidrage til at reducere vægten hos de personer, der allerede lider af eller har en særlig risiko for at udvikle svær overvægt – specielt personer med type-2 diabetes og hjerte-/karsygdom, samt at medvirke til at skabe en bevidsthed og kultur i den danske befolkning, som fremmer en normal vægtudvikling og modvirker vaner, der fører til overvægt.

Det overordnede mål er

- at forebygge, at flere personer får BMI på eller over 30
- at reducere vægten blandt personer med BMI på eller over 30

Delmål

- at forebygge overvægt hos normalvægtige
- at forebygge vægtstigning hos personer med overvægt ($BMI \geq 25$) og/eller stabilisere vægten hos personer, der har gennemført vægttab
- at forebygge følgesygdomme til overvægt
- at fremme vægttab hos personer med svær overvægt eller overvægtsrelaterede tilstande

I. Indledning

Specifikke mål for indsatserne

- at sænke indtagelsen af fedt- og sukkerrige fødevarer og øge indtagelsen af fiberrige fødevarer (fx. fuldkornsprodukter, kartofler, frugt og grønt) hos de personer, der har behov for det
- at stimulere til en mindre passiv livsstil og til øget deltagelse i organiseret/ikke-organiseret fysisk aktivitet

Planens sigte er at

- anbefale foranstaltninger, som medvirker til at opfylde det overordnede mål både i forhold til forebyggelse og behandling
- støtte igangværende indsatser, som medvirker til at opfylde det overordnede mål
- skabe overblik over dokumentationen på området
- identificere behov for ny viden
- skabe grundlag for metodeudvikling

1.3 Begrebsafklaring

Generel forebyggelse (rettet mod hele befolkningen)

Formålet er at stabilisere overvægtsgraden i befolkningen, at reducere tilvæksten og eventuelt at reducere forekomsten af svær overvægt.

WHO prioriterer som det vigtigste, at reducere befolkningens gennemsnitsvægt (i industrialiserede lande anses BMI=21 som værende den optimale median for BMI i befolkningen). Dertil kommer formål om at reducere forekomsten af overvægtsrelaterede tilstande/sygdomme, at forbedre befolkningens kostvaner og fysiske aktivitetsniveau samt at reducere de forhold i samfundet, som udsætter befolkningen for en øget risiko for at udvikle svær overvægt.

Selektiv forebyggelse (rettet mod højrisikoindivider og -grupper)

For disse grupper drejer det sig om at reducere vægten gennem vægttab eller forebygge yderligere vægtstigning gennem vægtvedligehold. Som en samlet betegnelse herfor anvendes udtrykket vægthåndtering.

Specifik forebyggelse/behandling (rettet mod svært overvægtige og personer med overvægtsrelaterede sygdomme)

For denne gruppe drejer det sig om vægthåndtering i form af vægttab – og som det afgørende: at bevare vægttabet gennem vægtvedligehold.

Redskaber til specifik forebyggelse/behandling:

- Livsstilsintervention
- Farmakologisk behandling
- Kirurgisk behandling
- Opfølgning på behandling

Målgrupper:

- børn og unge (generelt)
- børn og unge med overvægt og/eller særlig risiko for at udvikle overvægt eller overvægtsrelaterede sygdomme
- voksne (generelt)
- voksne med moderat overvægt (BMI=25-29.9) og/eller særlig risiko for at udvikle overvægt eller overvægtsrelaterede sygdomme
- voksne med svær overvægt (BMI≥30) og/eller overvægtsrelaterede sygdomme

Interesserter:

Samarbejdspartnere og netværk, centralt, regionalt og lokalt:

Offentlig forvaltning.

- Centralt:
 - Ministerier
 - Styrelser/direktorater
 - Råd
- Regionalt:
 - Amter
- Lokalt:
 - Kommuner

I. Indledning

Sundhedssektoren
Forsknings- og uddannelsesinstitutioner
Videnskabelige Selskaber
Faglige organisationer
Sygdomsbekæmpende organisationer
Ældreorganisationer
Idrætsorganisationer
Øvrige frivillige organisationer
Private aktører/formidlere på slankemarkedet
Industri og detailhandel
Produktionserhverv (fx landbrug og fiskeri)
Medier

1.4 Definitioner

BMI (Body Mass Index)

BMI er det mest anvendte mål til klassificering af vægtilstanden i en befolkningsgruppe og bruges til at fastslå forekomsten af overvægt i en befolkning og de dermed forbundne risici. BMI tager imidlertid ikke højde for fordelingen af kroppens fedt- og muskelvæv og kan derfor heller ikke entydigt betegne graden af overvægt eller relaterede helbredsrisici hos enkeltindivider.

BMI beregnes som kropsvægten (kg) divideret med højden (m) x højden (m)

Overvægt hos børn

Hidtil er det ikke lykkedes at nå til samme enighed om at klassificere overvægt hos børn og unge som hos voksne. Hos børn ændres BMI væsentligt i løbet af væksten. BMI stiger stejlt hos spædbørn, falder i løbet af førskolealderen for atter at stige i løbet af puberteten og ungdommen.

En klassificering af overvægt hos børn må derfor foretages på baggrund af aldersspecifikke BMI-grænser, der er udviklet på baggrund af internationale data for børns BMI i forhold til alder⁵.

Det enkelte barns overvægt kan bestemmes ved hjælp af højde-/vægt-kurver, hvorved barnet vurderes i forhold til en normalbefolkning af børn.

Energi

Måles i kilokalorier (kcal) eller kilojoule (kJ), (1 kcal = 4,2 kJ)

Energibalance

Overvægt er et udtryk for, at energiindtagelsen overstiger energiudgiften, hvilket benævnes positiv energibalance.

Positiv energibalance øger risikoen for overvægt.

TABEL 1

Klassifikation af overvægt i henhold til WHO's definitioner⁴ (inndelingen refererer til helbredsrisikoen ved forskellige grader af overvægt og gælder kun for voksne)

Klassifikation	Alternativ benævnelse	BMI (kg/m ²)	Helbredsrisiko
Undervægt		<18,5	Afhænger af årsagen til undervægten
Normalvægt		18,5-24,9	Middel
Overvægt		≥25	
Moderat overvægt		25-29,9	Let øget
Svær overvægt	Fedme	≥30	
- Klasse I	Fedme	30-34,9	Middel øget
- Klasse II	Svær fedme	35-39,9	Kraftigt øget
- Klasse III	Ekstrem svær fedme	≥40	Ekstremt øget

4 WHO, Obesity - Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on Obesity, Geneva, 1999. WHO, 2000

5 T Cole BMJ 2000 May; 320(7244):1240

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

2. Læsevejledning

I det følgende præsenteres en række forslag til løsninger og perspektiver for udmøntning af planens mål.

Der præsenteres først nogle generelle betragtninger over elementerne i planen og de strategier, som foreslås. Dernæst diskuteres de forskellige typer dokumentation, som planens forslag baseres på, efterfulgt af et afsnit om indsatsområder og et afsnit om de forskellige niveauer, der skal sikre planens gennemførelse. Så følger en præsentation af de konkrete forslag, delt op efter hvilke målgrupper, indsatserne henvender sig til (børn og unge generelt, børn og unge med overvægt eller risiko for udvikling af overvægt, voksne generelt, voksne med BMI = 25-29,9 og/eller overvægtsrelaterede følgetilstande/sygdomme, voksne med BMI ≥ 30). Endelig følger et afsnit, hvor de foreslåede tiltag er organiseret efter aktører (stat, amt, kommune, frivillige, arbejdspladser, det private erhvervsliv).

Dokumentationen præsenteres sidst i planen efterfulgt af en kort beskrivelse af indsatsen i Danmark.



II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

3. Generelle betragtninger

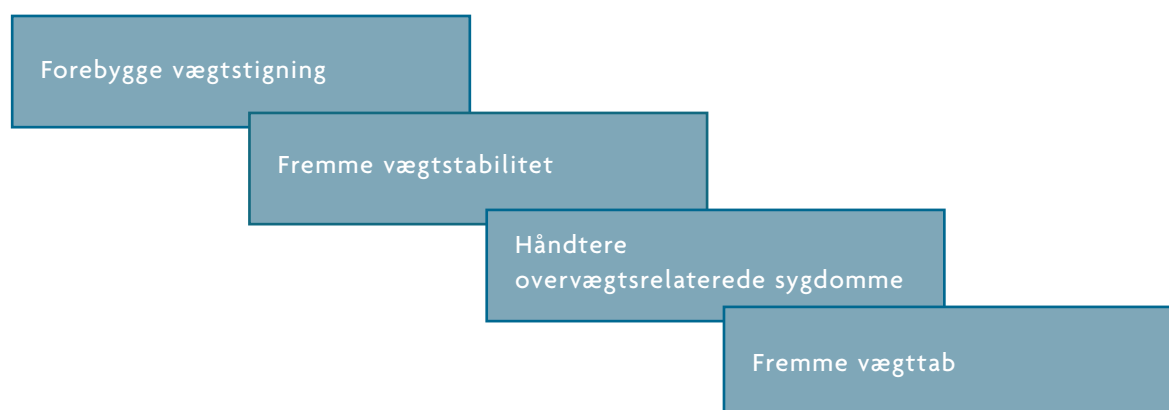
En indsats over for svær overvægt omfatter både forebyggelse af, at normalvægtige udvikler overvægt, og forebyggelse af vægtstigning hos personer med etableret overvægt og/eller personer, der har gennemført et vægttab. Desuden må strategien tage højde for forebyggelse og behandling af overvægtsrelaterede sygdomme samt fremme af vægttab hos de personer, der lider af overvægt eller overvægtsrelaterede tilstande. De hidtidige erfaringer med vægttab har vist, at det er meget vanskeligt at opnå varige resultater af vægttab. Det er derfor centralt at forebygge vægtstigning og motivere til vægtstabilitet. Se figur 1.

Overvægt er udtryk for, at energiindtagelsen gennem længere tid har oversteget energiudgiften, hvilket

benævnes positiv energibalance. Der er videnskabelig enighed om, at en energitæt kost, fx en kost med et højt indhold af fedt og sukker, sammen med fysisk inaktivitet fremmer en positiv energibalance, som kan øge risikoen for moderat og svær overvægt - især hos stillesiddende og overvægtsdisponerede personer. Tilsvarende kan en kost med lav energitæthed og et højt indhold af fibre (fx fuldkornsprodukter, kartofler, frugt og grønt) bidrage til negativ energibalance og dermed til at nedsætte risikoen for vægtøgning og svær overvægt. Fysisk aktivitet øger energiomsætningen og kan gennem negativ energibalance muliggøre forebyggelse af deponering af fedt i kroppens fedtvæv. Desuden har fysisk aktivitet en positiv indvirkning på appetitregulering og insulinfølsomhed. Fysisk aktivitet kan bidrage til vægtstabilitet og vedligeholdelse af vægttab. Desuden kan fysisk aktivitet i forbindelse med kostomlægning til energibegrænset kost muligvis bidrage til et mere markant vægttab.

FIGUR 1

Håndtering af svær overvægt.



Figuren er tilpasset efter WHO⁶ og viser det brede spektrum af overlappende aktiviteter, som forebyggelse og behandling af svær overvægt omfatter

6 WHO, Obesity - Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on Obesity, Geneva, 1999. WHO, 2000

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

De strategier, som tages i anvendelse, henvender sig til

- *befolkningen generelt* med henblik på at fremme en overvægtsforebyggende livsstil
- *de grupper, som har en særlig risiko for at udvikle svær overvægt* (fx personer, der er arveligt disponerede for svær overvægt eller for følgesygdomme til svær overvægt, personer, der holder op med at ryge eller får medicin med vægtøgning som bivirkning eller kvinder i forbindelse med graviditet) med henblik på vægtstabilisering/vægttab
- *personer med etableret svær overvægt og risiko for overvægtsrelaterede sygdomstilstande* med henblik på vægttab/vægtstabilisering som forebyggelse af følgesygdommene til svær overvægt.



Overvægt opleves forskelligt fra menneske til menneske og ofte på en måde, der ikke fanges ind af videnskabelige undersøgelser. Mad og krop er meget private anliggender, som vedrører komplekse og dybtgående sociale, psykologiske, familiemæssige og eksistentielle forhold. Man er derfor nødt til at tage et meget differentieret psykologisk udgangspunkt, når det drejer sig om forandringer på dette område. Forholdet til fysisk aktivitet er ofte mindre komplekst. Ved implementering af planen, er det vigtigt at budskaberne er nuancerede samt køns- og aldersdifferentierede, således at indsatsen for at forebygge svær overvægt ikke fremmer kropsutilfredshed og spiseforstyrret slankeadfærd - især blandt teenagere. Det er derfor nødvendigt at afbalancere indsatserne over for en sådan risiko. Det er vigtigt ikke at sætte ukritisk lighedstegn mellem sundhed og slankhed, lige som det er nødvendigt at tage afstand fra usunde metoder til at opnå en slank krop (fx ensidige, usunde spisevaner, fastekure, rygning). Desuden gælder det om at undgå stigmatisering af overvægtige.

Relationen mellem "klient" og den professionelle rådgiver spiller en vigtig rolle. Det drejer sig om at kunne etablere tillid, forståelse, engagement og entusiasme. Disse kompetencer er således centrale elementer for den professionelle. I forhold til børn spiller forældrene selvfølgelig en afgørende rolle for forandring og fastholdelse, men andre voksne har også en vigtig funktion som forbilleder og "forandringsagenter" (andre familiemedlemmer, pædagoger, lærere, sportsledere etc.).

Forandringer på befolkningsniveau befordres af kulturelle forandringer, som støtter den enkelte i at gennemføre og fastholde personlige forandringer. Hvis sunde kost- og motionsvaner får karakter af kulturel forandring, breder de sig hurtigere til større dele af befolkningen.

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

4. Evidens

De indsatser, der sættes i værk som led i forebyggelse og behandling af svær overvægt, skal være baseret på et så solidt fagligt fundament som muligt. Det er vigtigt både for at sikre, at indsatsen har den ønskede effekt på den pågældende helbreds-determinant og for at undgå at igangsætte uvirksomme eller ligefrem skadelige indsatser. Selv om der er områder, hvor den eksisterende viden er begrænset, er det vigtigt at gå i gang, samtidig med at der skabes ny viden gennem forskning og modelprojekter.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger tager udgangspunkt i at hæmme og fremme de faktorer, hvor det er evident, at disse faktorer har en henholdsvis negativ og positiv effekt på energibalancen og dermed sandsynligvis på forekomsten og udviklingen af svær overvægt. De konkrete anbefalinger bygger på en faglig vurdering af, at det pågældende tiltag - alt andet lige - vil have en gavnlig effekt på det konkrete problem.

Det teoretiske grundlag for en bred forebyggelsesindsats over for overvægt består af forskellige typer viden fra flere fagområder. Det drejer sig om:

1. Viden om befolkningens sundhedstilstand – herunder forekomsten af overvægt
2. Viden om risikofaktorer i forhold til udvikling af overvægt
3. Viden om konsekvenserne af overvægt for den enkelte og samfundet
4. Viden om interventionsmetoder: Hvordan kan man ændre de forhold, der har betydning for udviklingen af svær overvægt?

Der er et rimeligt godt grundlag, når det drejer sig om forekomsten af overvægt i Danmark, konsekvenser af svær overvægt for den enkelte og sam-

fundet samt for risikofaktorer i forhold til udvikling af overvægt. Der er således evidens for, at højt indtag af energitætte fødevarer og en fysisk inaktiv livsstil muliggør udviklingen af svær overvægt. Det gælder i særdeleshed personer, der er arveligt og/eller socialt disponeret for at udvikle svær overvægt. Ligeledes er det evident, at svær overvægt øger risikoen for at udvikle en række alvorlige kroniske sygdomme som type-2 diabetes, hjerte-/karsygdomme, visse kræftformer samt muskel- og skeletlidelser. Og der er dokumentation for, at fysisk aktivitet i sig selv har en gavnlig effekt på en række sygdomme uanset virkningen på vægten. Dokumentationen for disse sammenhænge er baseret på en medicinsk og klinisk forståelse af evidens. I den medicinske og kliniske kontekst har randomiserede, kontrollerede forsøg den højeste status som kilde til viden om effekten af en given behandling i den givne situation.

Når det drejer sig om metoder til forebyggelse og behandling af svær overvægt er det videnskabelige grundlag imidlertid mindre sikkert. Forsøg med bl.a. livsstilsintervention adskiller sig fra det klassiske, randomiserede forsøg ved at udspille sig i et komplekst samspil mellem mennesker og samfund, hvor gennemførelsen af forsøgene ikke bare er afhængig af undersøgeren, de deltagende personers karakteristika og den givne intervention, men også af den valgte befolkningsgruppe, den sociale og samfundsmæssige kontekst, hvad der er praktisk gennemførligt, den politisk vilje og timingen af indsatsen. Med andre ord lader en enkelt faktor sig vanskeligt isolere, når der er tale om mennesker, der lever i "den virkelige verden" og indgår i en socialt kompleks virkelighed. Denne kompleksitet er en uomgængelig del af adfærdsbaserede forebyggelsesindsatser, som må medtages, når der skal tages stilling til effekt(er) af en given indsats. Det stiller høje krav til både design og metode i forbindelse

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

med interventionsstudier og evaluering af forebyggelsesindsatser.

Selvom det er evident, at øget fysisk aktivitet via bidrag til negativ energibalance kan nedsætte risikoen for at udvikle overvægt, er det vanskeligt at bevise, hvorvidt et konkret tiltag (fx at åbne skolerens idrætsfaciliteter om eftermiddagen for børnene i SFO) har en positiv effekt på forekomsten af overvægt blandt børnene. Og selvom der eventuelt eksisterer udenlandske undersøgelser af lignende tiltag, kan forskelle i de kulturelle, sociale og psykologiske forhold vanskeliggøre en umiddelbar overførsel, fordi der i så fald først skal kompenseres for disse forskelle.

Dette bør imidlertid ikke afholde de relevante myndigheder og institutioner fra at handle. Blandt specialister er der bred enighed om, at der er behov for handling nu, hvis den voksende epidemi af svær overvægt skal bremses. Det anbefales at sætte ind på flere fronter samtidig for at effektivisere indsatsen. Samtidig anbefales det at iværksætte nye forskningsprojekter med henblik på at skaffe ny viden.

Det er centralt at videreføre gode, eksisterende initiativer, men også at tage initiativ til at sikre nye samarbejdsformer og rammer. Det er vigtigt, at de tiltag, der sættes i værk, tilrettelægges så man kan evaluere den anvendte metodes effekt ud fra de ovenfor skitserede præmisser. Der vil blive opbygget et monitoreringssystem, som gør det muligt at vurdere effekten af indsatsen på udviklingen af svær overvægt på landsplan.

I debatten om forebyggelse af svær overvægt dukker der altid forslag op om at indføre økonomisk regulering af befolkningens livsstil gennem tilskud eller afgifter. De mest almindelige forslag er følgende:

- Forhøjede afgifter på sukkersødede læskedrikke
- Subsidiering af fødevarer med lavt indhold af fedt og sukker og højt indhold af fibre (fx gennem differentieret moms)
- Økonomiske incitamenter i forbindelse med fysisk aktivitet – som fx
 - cykel gratis med offentlige transportmidler
 - skattefrihed for træningstilbud subsidieret af arbejdsgiver

Dokumentationsgrundlaget for disse forslag er imidlertid meget begrænset og der er behov for en nærmere analyse af, i hvilket omfang sådanne foranstaltninger kan påvirke folks vaner, og hvor man med fordel kan indføre økonomisk regulering.

Ved implementering af planen er det vigtigt, at budskaberne er nuancerede samt køns- og aldersdifferentierede, således at indsatsen for at forebygge svær overvægt ikke fremmer kropsutilfredshed og spiseforstyrret slankeadfærd især blandt teenagere.

Til trods for velargumenterede begrundelser er det forudsigeligt, at implementeringen af planen hos nogle grupper enten vil være uden eller have en modsatrettet effekt. Det kan dreje sig om ambivalens og en eventuel forstærkelse af et skyldbetonet forhold til mad. Hos nogle personer kan der være risiko for at udløse spiseforstyrrelser, mens der hos andre kan optræde afmagt og opgivelse på grund af dårlige erfaringer med tidligere forsøg med vægttab. Det er planens intention så vidt muligt at begrænse sådanne utilsigtede virkninger - det gælder både social udstødning og gruppepres.

Anbefalingerne er mange, men kunne være mange flere. De skal ses som et første bud på virkemidler til at opnå det overordnede mål: At forebygge svær overvægt og reducere antallet af svært overvægtige danskere.

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

5. Indsatsområder

Skønt der stadigvæk er meget, der er usikkert vedrørende de komplekse forhold, der er involveret i udviklingen af svær overvægt, står det klart, at vores energiindtag og –udgift påvirkes af kræfter i det omgivende samfund og miljø. Disse kræfter er tilsyneladende så stærke, at de hos flere og flere mennesker ikke modsvares af de fysiologiske reguleringsmekanismer, som har til opgave at holde vægten stabil. Hvad angår den enkeltes mulighed for at påvirke energibalancen, anses *kost* og *fysisk aktivitet* for at være de vigtigste faktorer, som kan bidrage til at forebygge svær overvægt, hvis de justeres i en hensigtsmæssig retning.

I tabel 2 vises de faktorer, der ud fra den aktuelle viden menes at have fremmende eller forebyggende indflydelse på vægtøgning og dermed, alt andet lige, for overvægt. Tabellen er baseret på Ernæringsrådets rapport⁷ og modificeret fra WHO's rapport: "Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases", 2002⁸

Tabellen opsummerer de faktorer, som ved gennemgang af den videnskabelige litteratur har demonstreret *overbevisende, sandsynlig, mulig* eller *utilstrækkelig* evidens for en sammenhæng med den fedmeudvikling, der finder sted globalt.

TABEL 2

Faktorer med mulig indflydelse på vægtstigning og overvægt. Graden af evidens (bevis der støtter en antagelse)

	Nedsætter risiko	Ingen sammenhæng	Øger risiko
Overbevisende evidens	Højt indtag af fibre (fx fuldkornsprodukter, kartofler, frugt og grønt) Regelmæssig fysisk aktivitet		Højt indtag af energitætte fødevarer Fysisk inaktiv livsstil
Sandsynlig evidens	Miljø i institutioner, skole og hjem, som støtter børns valg af sunde levnedsmidler og reducerer inaktivitet		Kraftig markedsføring af energitætte levnedsmidler og fastfood udsalgssteder Sukkersødede sodavand og frugtsaftdrikke Stort TV-forbrug blandt børn
Mulig evidens	Fødevarer med lavt glykæmisk indeks Amning Høj frekvens af indtagelse af mad	Proteinmængden i kosten	Store portionsstørrelser Alkohol

Bemærkninger: Energitætte fødevarer har et højt indhold af fedt og/eller sukker

Energibegrænsede fødevarer har et højt indhold af fiber og/eller vand (fx fuldkornsprodukter, kartofler, frugt, og grønsager)

7 Richelsen B, Astrup A, Hansen GL, Hansen HS, Heitmann BL, Holm L, Kjær M, Madsen S AA, Michaelsen KF, Olsen S. Den danske fedmeepidemi: Oplæg til en forebyggelsesindsats. Ernæringsrådet 2003

8 Background paper for the Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, Geneva, 28 January – 1 February 2002 (www.who.int/hpr/nutrition/ExpertConsultation)

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

5.1 Kost

Problem:

- Højt indtag af energi (fx via højt indtag af fedt og/eller sukker/ specielt slik og sukkersødede læskedrikke)
- Lavt indtag af fibre (fx via lavt indtag af fuldkornsprodukter, kartofler, frugt og grønt)

Mål:

- At sænke indtaget af fedt- og sukkerrige fødevarer og øge indtaget af frugt og grønt hos de personer, som har behov for det.

5.2 Fysisk aktivitet

Problem:

- Fysisk inaktiv livsstil (arbejde, fritid, transport)
- Lavt motionsniveau (organiseret/ikke organiseret fysisk aktivitet)

Mål:

- At stimulere til en mere fysisk aktiv livsstil og til øget deltagelse i organiseret og ikke-organiseret fysisk aktivitet.



Forhold, som har betydning:

Tilgængeligheden af sunde fødevarer (fx i hjemmet, institutioner, skoler, arbejdspladser og fritidssektor samt i forretninger og restauranter)

- Rammerne omkring mad og måltider (fx i hjemmet, institutioner, skoler, arbejdspladser og fritidssektor)
 - de fysiske rammer
 - de fælles ”mad- og måltidsnormer”
- Personlige ressourcer (fx viden, holdning, opfattelser, handlekompetence)
- Motiverende og støttende forhold (fx at familien og omgangskredsen bakker op om et sundt kostvalg, og at der er ressourcepersoner, som man kan trække på, hvis man får brug for hjælp til at ændre kostvaner, frihed for TV reklamer for slik, snacks og læskedrikke)

Forhold, som har betydning:

- Tilgængelighed (mulighed for fysisk udfoldelse)
- Rammer
 - fysiske rammer (fx trygge skoleveje, adgang til friarealer, attraktive trapperum frem for elevator)
 - normer vedrørende fysisk aktivitet
- Personlige ressourcer (fx fysisk formåen, viden, holdning, opfattelser)
- Motiverende og støttende forhold (fx at familien og omgangskredsen bakker op om en fysisk aktiv livsstil, og at der er ressourcepersoner, som man kan trække på, hvis man får brug for hjælp til at ændre bevægelsesvaner)

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

6. Niveauer

6.1 Det private

Den enkelte, familien og hjemmet samt de nærmeste omgivelser har stor indflydelse på livsstilen og dermed mulighederne for at udvikle og opretholde vaner, som forebygger overvægt. Forældre og andre voksne, som omgiver børn, har et vigtigt ansvar som rollemodeller for børnene. I det hele taget spiller familien en central rolle, for det er gennem opvæksten de gode vaner skal etableres. Ved at gå i spidsen med gode daglige kost- og bevægevaner skabes det bedste grundlag for et liv uden overvægt for både børn og voksne. Det er desuden vigtigt at være bevidst om den del af befolkningen, som bor alene eller befinder sig i en socialt sårbar situation. Over for disse målgrupper er der behov for andre strategier end over for den traditionelle familie.

I det følgende dækker det private niveau både de forudsætninger, der skal være til stede hos den enkelte, i familien og hjemmet, og de former for ansvar og opgaver, den enkelte bør påtage sig.

6.2 Fællesskaberne

Det drejer sig om de hverdagssammenhænge, vi indgår i uden for hjemmet og familien. For børn og unge er det dagpasning, skoler, SFO, uddannelsessteder og foreninger, og for voksne er det arbejdspladser, foreninger og lignende frivillige organisationer, som udgør en vigtig ramme omkring menneskers daglige liv og færden. Det, man kan gøre på dette niveau, er at tænke sundhed og forebyggelse af overvægt ind i de daglige aktiviteter. Det kan bl.a. ske ved at etablere både fysiske og holdningsmæssige rammer, som støtter den enkelte i at udvikle en livsstil, der forebygger overvægt.

Desuden spiller erhvervslivet en stor rolle. Fødevarerindustrien og detailhandelen har stor indflydelse på hvilke varer, man kan få, hvordan de præsenteres for borgerne samt gennem produktinformation, markedsføring og generel oplysning om ernæring og sundhed.

Også dette niveau dækker over såvel de forudsæt-

ninger, der skal være til stede i miljøet, som de opgaver, der kan forventes løftet.

6.3 Det offentlige

Staten, amterne og kommunerne har ansvaret for at skabe rammerne om borgernes sundhed. Det sker gennem lovgivning, planlægning, ydelser og tilbud, og det sker ved at formidle viden om sundhed og sygdom, ved at overvåge sundheden i befolkningen, ved at bidrage til at udvikle nye metoder og ved at formulere fælles mål og strategier for forebyggelsesindsatsen.

6.4 Samspillet mellem de tre niveauer

I det følgende vil opdelingen i de tre niveauer af aktører strukturere de konkrete anbefalinger i forhold til de enkelte målgrupper. Det gælder dog for en række af anbefalingerne, at de har en så generel karakter, at de kræver inddragelse af flere niveauer. For eksempel finder oplysningsindsatser om bedre kostvaner ofte sted i regi af både fødevarerindustrien, interesseorganisationer og det offentlige samt i et samarbejde mellem de forskellige parter (fx ”6 om dagen” kampagnen). Initiativer til fremme af cykling vil på samme måde kunne iværksættes i et samarbejde mellem offentlige og private organisationer. Og sundhedsfremme på arbejdspladser vil inddrage aktører fra både det offentlige og arbejdsmarkedets parter.

6.5 Indsatstyper

Der anbefales forskellige kategorier af indsatser. *Strukturelle indsatser* drejer sig bl.a. om lovgivning, fysisk etablering af behandlingstilbud, subsidiering af ydelser eller mærkning af fødevarer. *Normative indsatser* omfatter fx politikker på kost- og motionsområdet, retningslinier for sundhedspersonale og andet personale eller vejledninger om intervention. *Oplysningsindsatser* kan bl.a. dreje sig om opkvalificering af forskellige personalegrupper gennem uddannelse, motivation af befolkningen til en overvægtsforebyggende livsstil eller formidling af viden om sammenhængen mellem overvægt og sundhed. Dertil kommer skabelse af ny viden gennem *forskning* og *metodeudvikling*.

7. Målgrupper

7.1 Børn og unge (generelt)

Forebyggelse og behandling af overvægt hos børn betragtes som bidrag til forebyggelse af svær overvægt i voksenalderen.

Børn og unge er en vigtig målgruppe. Dels grundlægges børns livsstil tidligt (bl.a. med hensyn til kost- og motionsvaner), og bæres med ind i voksenalderen. Dels øger overvægt i barndommen og især teenage-alderen risikoen for overvægt i voksenalder. En anden vigtig grund til at gribe ind over for overvægt hos børn er risikoen for mobning og social udsøttelse, som kan ramme overvægtige børn hårdt.

Unge, der er begyndt pubertetsudviklingen, er i særlig grad opmærksomme på deres krop, vægt og udseende. De gennemgår en naturlig vækst og udvikling, hvor kroppen ændrer sig radikalt. Pigers vækst og øgede vægt skyldes især en forøgelse af kroppens fedtdepoter, hvilket for mange unge piger forårsager en frygt for at blive overvægtige. Drengene øger især deres muskelmasse, hvilket generelt er et ønskværdigt mål for dem, mens unge piger i pubertets- og teenage-alderen, der ofte oplever sig for "fede" trods normalvægt. Det giver ofte anledning til kropsutilfredshed og uhensigtsmæssige spisevaner og slankekure – dog i mindre grad hos drenge end hos piger. Voksne omkring de unge må undgå at fokusere ensidigt på deres vægt. I stedet bør man være opmærksom på de unges trivsel, uregelmæssige spisevaner, kropsutilfredshed og slankeadfærd for at kunne træde til med opmærksomhed, vejledning og omsorg. De unge, især pigerne, skal støttes i en forståelse for den biologiske udvikling og støttes i at opretholde regelmæssige og sunde spisevaner med en stabil vægtudvikling for at undgå en usund slankeadfærd og dermed øget risiko for at udvikle spiseforstyrrelser.

Det er primært forældrenes ansvar at viderebringe sunde vaner og normer til deres børn. I dag tilbringer de fleste børn imidlertid en stor del af dagen uden for hjemmet, og en stor del af påvirkningen hviler derfor på de voksne og institutioner, som omgiver børnene i hverdagen. Det er vigtigt, at alle

omkring børnene samarbejder om at viderebringe de kompetencer, som børnene har brug for, når de bliver voksne. Det gælder både konkrete færdigheder i at købe ind og lave mad, glæden ved at bruge kroppen og holdninger til deres egen og andres sundhed.

Kost

Formålet med indsatsen i relation til børns kost er at nedbringe antallet af børn, der indtager mere energi fra fedt og sukker (fx via slik, snacks og sukersødede læskedrikke) end anbefalet (max 10% af energien bør komme fra sukker og max 30% fra fedt (>3 års alderen)). Samtidigt skal antallet af børn, der indtager de anbefalede mængder fibre (fx via fuldkornsprodukter, kartofler og 300-500g frugt og grønt om dagen afhængigt af alder (>3 års alderen)), øges.

Hvad kan man gøre på det private niveau?

Det er vigtigt, at forældrene udviser ansvarlighed og er gode rollemodeller for deres børn. Ved at inddrage børn i indkøb og madlavning kan børnene opnå kendskab til fødevarer og opøve færdigheder i et køkken. Forældrene har også ansvaret for, at der er sunde fødevarer i hjemmet og ikke fristelser i form af snacks, sodavand og slik. Forældrene kan bakke op om ernæringsrigtige madtilbud i børnenes fritids- og skoleliv. På denne måde kan handlekompetencen hos børn øges med hensyn til madlavning og valg af sunde madvarer.

Hvad kan fællesskaberne gøre?

Også de holdningsmæssige og fysiske rammer, børn og unge møder i deres dagligdag uden for hjemmet, har stor indflydelse på deres muligheder for at indarbejde sunde kostvaner. Derfor er det vigtigt at øge tilgængeligheden af sunde mad- og måltidstilbud i dagpasning, skole, SFO, ungdomsuddannelser og foreninger. De sunde tilbud skal dog ikke alene være tilgængelige; også normer og fysiske rammer i de pågældende institutioner skal stimulere børn og unge til sunde kostvaner. Kommuner med sundhedspolitikker for dagpasning og skoler har et bedre grundlag for dialog med forældrene om forvaltning af ansvaret for børns sundhed. Således bør der også på dette niveau arbejdes for, at øge børn og unges handlekompetence med hensyn til madlavning og valg af sunde fødevarer.

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

Fællesskaberne kan:

1. Implementere kostpolitikker for dagpasning, skoler, SFO og ungdomsuddannelsessteder
 - sikre sunde tilbud i skoleboder, kantiner og steder, hvor børn og unge færdes i fritiden
 - gøre usund mad, slik og sodavand svært at få
 - skabe gode rammer for sunde mad- og måltidsvaner
 - leve op til de undervisningsmæssige mål for faget hjemkundskab
 - være gode rollemodeller for børn og unge
2. Sikre adgang til frisk drikkevand i skoler, på uddannelsessteder samt andre steder, hvor børn og unge færdes
3. Sikre at der ikke opstilles automater med slik og søde læskedrikke på skoler og ungdomsuddannelsessteder
4. Sikre sunde kosttilbud i idrætshaller og andre steder, hvor børn og unge færdes i fritiden

Hvad kan det offentlige gøre?

Det er en offentlig opgave at påvirke de normer og rammer, der danner grundlag for børns, unges og forældres valg af fødevarer i en sund retning. Hvis valget af sunde fødevarer skal fremmes, er det væsentligt, at børn og unge beskyttes mod udbredt tilgængelighed og massiv markedsføring af slik og søde læskedrikke. Samtidigt kan der arbejdes for at øge handlekompetencen blandt børn og forældre til at modstå fødevarerindustriens pres i retning af øget indtagelse af slik, snacks og sukkersødede læskedrikke.

Det offentlige kan:

5. Etablere vejledninger/standarder for den ernæringsmæssige sammensætning af madtilbud i skoler og på ungdomsuddannelsessteder (stat)
6. Vedtage og sørge for implementering af kostpolitikker for dagpasning, skoler, SFO og ungdomsuddannelsessteder (kommune)
 - tilgængelighed af sund mad
 - fysiske og holdningsmæssige rammer
 - undervisning
 - de voksne som rollemodeller
7. Etablere nye, styrkede retningslinier for faget hjemkundskab (stat)
 - øge antallet/sætte minimumskrav til antallet af lektioner i hjemkundskab
 - styrke kravene til læreres kompetence inden for hjemkundskab
 - udvikle nye oplæg til indholdet i undervisningen vedrørende ernæring og madlavning
8. Udvikle kursustilbud inden for ernæring og madlavning i efteruddannelsen af lærere og pædagoger (amt, kommune)
9. Udvikle handlekompetence hos forældre til "bedre madpakker" (stat, amt, kommune)
10. Gennemføre oplysningsindsatser med fokus på begrænsning af det daglige forbrug af slik og søde læskedrikke hos børn og unge. Udvikle opmærksomheden over for bedre alternativer og øget indtagelse af fiberrige fødevarer (fx fuldkornsprodukter, kartofler, frugt og grønt) (stat, amt, kommune)
11. Indføre skærpede regler for TV-reklamer og markedsføring til børn (stat)

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

Fysisk aktivitet:

Den generelle anbefaling er, at børn og unge er fysisk aktive mindst en time hver dag. Formålet med indsatserne i relation til børn og unges fysiske aktivitet, er at nedbringe antallet af børn og unge, der har en passiv livsstil og nedbringe den tid, der tilbringes uden fysisk udfoldelse. Formålet er dermed også at øge antallet af børn og unge, der er fysisk aktive og øge den tid, der bliver brugt på fysisk aktivitet ved at stimulere børn og forældre til at indarbejde fysisk aktivitet i deres hverdag.

Hvad kan man gøre på det private niveau?

Som beskrevet i forhold til børns mad har forældre et stort ansvar som rollemodeller og støttepersoner for deres børn i forbindelse med en fysisk aktiv livsførelse. Forældrene kan fx løfte dette ansvar ved selv at være fysisk aktive i fritiden og engagere sig i, at deres børn får mulighed for at udfolde sig fysisk i skole- og fritidslivet. Samtidigt kan forældre sætte grænser for børns inaktivitet, fx i forbindelse med TV og computer spil samt transport til skole og fritidsaktiviteter.

Hvad kan fællesskaberne gøre?

Børn og unge tilbringer en stor del af deres tid i dagpasning, skoler og fritidstilbud, hvor både de fysiske og holdningsmæssige rammer har stor indflydelse på opdragelsen til og glæden ved at være fysisk aktiv. Derfor bør normer og rammer i skoler og ungdomsuddannelsessteder stimulere børn til øget fysisk aktivitet både i undervisning og frikvarterer, samt til aktiv transport til og fra skole. Også for dagpasning og SFO kan der skabes normer og rammer, som i højere grad stimulerer børn til øget fysisk aktivitet. Det gælder både indretning af legepladser, indendørs forhold og personalenormeringer, der giver børnene mulighed for at udfolde sig fysisk. Det er vigtigt, at personalet er gode rollemodeller og støttepersoner i relation til fysisk aktivitet.

Fællesskaberne kan:

12. Implementere politikker for fysisk aktivitet i dagpasning, skoler og SFO
 - stimulere til brug af legepladser
 - stimulere fysisk udfoldelse i og uden for undervisningen
 - tage på ture
13. Etablere lettilgængelige og inspirerende motionsaktiviteter for børn og unge (også til overvægtige og til børn og unge, som ikke er motiveret for konkurrenceidræt) i et samarbejde mellem sundhedsfremmende organisationer og idrættens aktører.

Hvad kan det offentlige gøre?

De offentlige myndigheder har på flere områder mulighed for at påvirke de rammer, som kan begrænse, men også motivere børn og unge til en mere fysisk aktiv livsstil. Det offentlige fastsætter rammer for fritidstilbud og kan arbejde for, at idrætsanlæg, rekreative områder m.v. gøres mere tilgængelige og egnede for børns bevægelse. Hvis antallet af børn, der transporterer sig fysisk aktivt, skal øges, er det vigtigt at etablere forhold, som mindsker barriererne for børns færden i trafikken. Børns sikkerhed på vej til og fra skole er et af forældrenes hovedargumenter for at transportere børn i bil. Samfundet kan sikre trygge gang- eller cykelmuligheder og kan motivere børn og forældre til at bevæge sig aktivt til og fra skole. Der kan også arbejdes for at sikre mere bevægelse i skoletiden. Personalet i skoler, dagpasning m.v. skal kvalificeres til at gøre leg og bevægelse til en central del af børns hverdag.

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

Det offentlige kan:

14. Vedtage politikker for fysisk aktivitet i dagpasning, skoler, SFO og ungdomsuddannelsessteder (kommune)
 - etablere hensigtsmæssige legepladser
 - etablere indendørs arealer med plads til fysisk udfoldelse
 - arbejde for normeringer, der bl.a. giver mulighed for ture
 - øge opmærksomheden over for bevægelse i andre fag
15. Vedtage trafikpolitikker, der sikrer børn og unges muligheder for fysisk aktiv transport til og fra dagpasning, skole, SFO, ungdomsuddannelsessteder og foreninger (kommune)
 - etablere bilfrie zoner i nærheden af skoler
 - etablere sikre gang- og cykelstier adskilt fra trafikken i nærheden af skoler
16. Etablere nye, styrkede retningslinier for faget idræt (stat)
 - øge antallet/sætte minimumsgrænser for antallet af lektioner i idræt
 - styrke kravene til læreres og pædagogers kompetence inden for idræt, så det appellerer til forskellige behov hos børn og unge
 - udvikle nye initiativer til vedrørende differentieret indhold i idrætsundervisningen
17. Udvikle kursustilbud om fysisk aktivitet i uddannelsen af lærere og pædagoger (amt, kommune)
18. Gennemføre en oplysningsindsats over for forældre og andre voksne med henblik på at begrænse den tid, børn bruger på TV og computerspil. Udvikle opmærksomheden over for andre tilbud end TV og computerspil (stat, amt, kommune)
19. Gennemføre en oplysningsindsats, der motiverer forældre og børn til at bevæge sig aktivt til og fra skole samt i fritiden (stat, amt, kommune)

7.2 Børn og unge med overvægt og/eller særlig risiko for at udvikle overvægt eller overvægtsrelaterede sygdomme

Intervention over for børn og unge med overvægt eller særlig risiko for at udvikle overvægt eller overvægtsrelaterede tilstande/sygdomme betragtes som en del af den generelle forebyggelse af svær overvægt i voksenalder. Det er vigtigt at finde den rigtige balance mellem opmærksomhed over for uheldig vægtudvikling og stigmatisering af børn som "anderledes" og deraf følgende udsathed for mobning. Ligeledes er det vigtigt at sætte ind med fokus på det multifaktorielle samt at inddrage familien, når det drejer sig om ændring af livsstil.

De generelle forebyggelsesstrategier i forhold til børn og unge retter sig naturligvis også mod børn og unge, som er overvægtige eller har en særlig risiko for at udvikle overvægt eller overvægtens følgesygdomme. Det drejer sig fx om børn og unge med overvægtige forældre og/eller søskende, hvor en genetisk disposition forstærker risikoen for at udvikle overvægt i et overvægtsfremmende miljø. Over for disse grupper er der - udover de generelle forebyggelsestiltag - behov for en målrettet højrisikoorienteret forebyggelsesindsats for at sikre, at vægtproblemer opfanges i tide.

Det følgende er specifikke forebyggelsestiltag og behandlingstilbud, som retter sig mod højrisikogrupper og supplerer de generelle forebyggelsestiltag, der er nævnt i 7.1:

Hvad kan man gøre på det private niveau?

Forældre har et ansvar for at reagere og agere på uheldig vægtudvikling hos børn og unge. Det er derfor væsentligt, at forældrene har handlenkompetencen til dette. Børn med svigtende forældrestøtte har større risiko for at udvikle overvægt end børn med god opbakning fra hjemmet. Dette er dog ikke ensbetydende med, at overvægtige børn generelt mangler forældrestøtte. Det er vigtigt også at rette indsatsen mod velfungerende familier.

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

Hvad kan fællesskaberne gøre?

Også pædagoger og lærere har et ansvar for at reagere og agere på uheldig vægtudvikling hos børn og unge. Det kræver naturligvis, at de gives de rette forudsætninger for at kunne varetage denne opgave. Det er vigtigt at undgå at stigmatisere de børn og unge, som tilbydes hjælp i forbindelse med opsøgende virksomhed og at beskytte overvægtige børn mod mobning.

Fællesskaberne kan:

20. Gennemføre en tidlig opsporingsindsats på baggrund af retningslinier for de professionelle, der har med børn at gøre
21. Vedtage og implementere politik mod mobning af overvægtige børn og unge i dagpasning, skoler, SFO og ungdomsuddannelser samt i de frivillige organisationer

Hvad kan det offentlige gøre?

Den væsentligste opgave over for denne gruppe af børn og unge er at udvikle tilbud i sundhedssystemet, som dels kan opspore børn og unge med uheldig vægtudvikling, dels kan give relevante tilbud ved konstateret overvægt eller særlig risiko for udvikling af overvægtsrelaterede sygdomme. En succesfuld opsporing fordrer, at disse tilbud er så tæt på barnets og den unges hverdag som muligt (fx. i almen praksis eller den kommunale sundhedstjeneste). Der er evidens for, at indsatser der inddrager familien har den største effekt på lang sigt. Også pædagoger og lærere kan uddannes til at reagere på uheldig vægtudvikling.



Det offentlige kan:

22. Udarbejde retningslinier for den kommunale sundhedstjeneste med hensyn til monitorering af børns højde og vægt (etablering af børneundersøgelserprogram med regelmæssig indberetning og central registrering af højde-/vægtmålinger) (stat)
23. Udarbejde kliniske retningslinier for opsporing af risikoindivider og vejledning til praktiserende læger (fx lagt ind under børneundersøgelserprogrammerne) og den kommunale sundhedstjeneste i håndtering af disse. For de unge pigers vedkommende kunne det fx finde sted i forbindelse med kontakt med den praktiserende læge om svangerskabsforebyggelse og for unge mænd i forbindelse med session (stat)
24. Udarbejde retningslinier for professionelle, der har med børn og unge at gøre, vedrørende opsporing af børn og unge med risiko for udvikling af overvægt og vejledning i håndtering af disse (stat)
25. Udvikle behandlings- og forebyggelsestilbud ved at gennemføre af modelprojekter, der evaluerer effekten af integreret familieorienteret indsats med inddragelse af psykosociale forhold (stat, amt)
26. Etablere tilbud om integreret indsats over for svært overvægtige børn og de nærmeste omgivelser gennem etablering af familieorienteret støtteordning i kommunen (amt, kommune)
27. Etablere visitationsordning for henvisning til integreret indsats over for barnet og de nærmeste omgivelser gennem etablering af familieorienteret støtteordning i kommunen (amt, kommune)
28. Gennemføre oplysningsindsats over for børn, unge, forældre, pædagoger og lærere med henblik på at reagere og agere på uheldig vægtudvikling – herunder forebygge diskrimination og mobning (stat, amt, kommune)

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

7.3 Voksne (generelt)

Svær overvægt udvikles over tid, og når den først er fuldt udviklet, er den svær at behandle. Derfor er det vigtigt at undgå vægtstigning, når man har nået voksenalder. Forebyggelse af svær overvægt hos voksne handler om at skabe en bevidsthed i befolkningen om, at vægtstabilitet er afgørende i forhold til at forebygge de overvægtsrelaterede tilstande og sygdomme.

Kost

Formålet med indsatsen i relation til voksnes kost er dels at nedbringe antallet af voksne, der spiser og drikker mere fedt og sukker end anbefalet. Dels at øge antallet af voksne, der indtager de anbefalede mængder af fiberrige fødevarer (fx fuldkornsprodukter, kartofler, frugt og grønt) med henblik på at skabe balance mellem energiindtag og energiforbrug.

Hvad kan man gøre på det private niveau?

Det er væsentligt, at der blandt voksne er såvel motivation som færdigheder til at indarbejde og opretholde sunde kostvaner. Der skal altså skabes handlekompentence med hensyn til madlavning og valg af sunde fødevarer.

Hvad kan fællesskaberne gøre?

De fleste voksne tilbringer en stor del af deres tid på arbejdspladser, hvor både de fysiske og holdningsmæssige rammer har stor indflydelse på deres muligheder for at indarbejde og opretholde sunde kostvaner. Det er derfor vigtigt, at forudsætningerne for det sunde valg er til stede på både arbejdspladser og i fritidssektoren.

Fællesskaberne kan:

29. Vedtage og implementere sundhedspolitikker, der inddrager fysiske og holdningsmæssige rammer, som forebygger overvægt
30. Sikre overenskomster, der inddrager sundhedsperspektivet
31. Etablere kostpolitikker på arbejdspladser og i fritidssektoren
 - sikre tilgængelighed af sund mad

- skabe gode fysiske og holdningsmæssige rammer for sunde kostvaner

32. Styrke ernæring i grund- og efteruddannelsen af personale i cateringsektor og detailhandel

Hvad kan det offentlige gøre?

Det er et offentligt ansvar at sikre, at befolkningens valg af fødevarer sker på et så oplyst grundlag som muligt. Oplysningsniveauet påvirkes ikke alene gennem generelle kostkampagner, men også gennem fx. lovgivningsmæssige krav om mærkning af fødevarer. Udbuddet af fødevarer kan påvirkes gennem et udbygget samarbejde med fødevareindustrien. Samtidig er det et offentligt ansvar at sikre, at befolkningen mødes af sundhedspersonale med viden om ernæring.

Det offentlige kan:

33. Etablere vejledende standarder for madsortimentet i offentlig cateringservice og kantiner (fx minimumskrav til adgang til frugt og grønt) (stat)
34. Styrke ernæring i grund- og efteruddannelsen af sundhedspersonale (stat)
35. Gennemføre lovgivning vedrørende letforståelige og tydelige næringsdeklarationer (stat)
36. Sikre opfyldelse af klare dokumentationskrav i forbindelse med anprisning af levnedsmidler med påstået effekt på vægttab (stat)
37. Videreføre og udvikle samarbejdet mellem myndigheder, detailhandel, levnedsmiddelindustri og restaurations- og cateringbranchen (stat)
38. Gennemføre en oplysningsindsats over for befolkningen om de sundhedsmæssige og psykosociale konsekvenser af svær overvægt. Formålet er at fremme social accept og forebygge diskrimination – herunder mobning og udstødelse af arbejdsmarkedet (stat)

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

Fysisk aktivitet:

Formålet med indsatserne i relation til voksnes fysiske aktivitet er at nedbringe antallet af voksne, der har en passiv livsstil og nedbringe den tid, der tilbringes uden fysisk udfoldelse. Formålet er dermed også at øge antallet af voksne, der dyrker motion og øge den tid, der bliver brugt på motion ved at stimulere til at indarbejde fysisk aktivitet i hverdagen.

Hvad kan man gøre på det private niveau?

Befolkningen skal bevidstgøres om de sundhedsmæssige fordele ved fysisk aktivitet. Befolkningen skal motiveres til at gøre fysisk aktive daglige vaner til en del af livsstilen og til i højere grad at anvende idrætsfaciliteter, rekreative områder og anlæg.

Hvad kan fællesskaberne gøre?

Arbejdspladsen kan på en række områder bidrage til at skabe normer og rammer, som stimulerer til øget fysisk aktivitet. Sundhedsfremmende organisationer og idrættens aktører kan samarbejde om etablering af lettilgængelige motionsaktiviteter.

Fællesskaberne kan:

39. Sikre indretning af bade- og omklædningsfaciliteter på arbejdspladsen, som motiverer og støtter medarbejdere til at gå eller cykle

40. Indføre motionspauser/træningstilbud finansieret af arbejdsgiver

41. Gøre trapperum i bygninger mere tiltrækkende og anvende fremtrædende skiltning for at stimulere til brug af trappen

42. Tænke fysisk aktivitet ind i arbejdstilrettelæggelsen

43. Stille firmacykler til rådighed

44. Etablere lettilgængelige og attraktive motionsaktiviteter i et samarbejde mellem de sundhedsfremmende organisationer og idrættens aktører

Hvad kan det offentlige gøre?

Det er en samfundsmæssig opgave, at motivere befolkningen til en fysisk aktiv livsstil, blandt andet ved at sikre, at der er den tilstrækkelige viden om sammenhængen mellem fysisk aktivitet og sundhed. Med henblik på at øge antallet af voksne, der transporterer sig fysisk aktivt, er det vigtigt at etablere forhold, som mindsker barriererne. Fx repræsenterer brug af bil til korte ture den største mulighed for reduktion i brug af bil og et skift til at gå eller cykle.



II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

Det offentlige kan:

45. Gennemføre trafikpolitik, der giver øget mulighed for bevægelse i hverdagen (stat, amt, kommune)
 - Etablering af bilfri fodgænger- og cyklistzoner i byer og hvor mennesker færdes i forbindelse med indkøb og arbejde
 - Etablering af cykelstier langs veje eller ”cykelgenveje” på landet
 - Planlægning af nye boligområder så der sikres nem adgang til serviceområder til fods eller på cykel
 - Sørge for at der er sikre parkeringsmuligheder for cykler i forbindelse med offentlige transportmidler og arbejdspladser
46. Indarbejde muligheder for fremme af fysisk aktivitet i forbindelse nybyggeri og by- og boligsanering – herunder planlægning af rekreative områder (amt, kommune)
47. Gennemføre informations- og motivationsindsats med henblik på at motivere til fysisk aktiv transport til og fra arbejde samt i forbindelse med diverse daglige gøremål. Et af formålene vil være at nedbringe antallet af korte ture i bil (under 3 km) (stat, amt, kommune)
48. Sikre viden om betydningen af fysisk aktivitet for sundheden i uddannelsen af arkitekter og byplanlæggere (stat)
49. Gennemføre en befolkningsrettet oplysningsindsats om sammenhængen mellem sundhed og fysisk aktivitet (stat, amt)

7.4 Voksne med moderat overvægt (BMI=25-29.9) og/eller særlig risiko for at udvikle svær overvægt eller overvægtsrelaterede sygdomme

Den generelle befolkningsrettede indsats retter sig naturligvis også mod voksne, som har en særlig risiko for at udvikle svær overvægt eller overvægtens følgesygdomme. Det drejer sig fx om personer, der gennemgår rygeafvænning, personer i behandling med medicin med vægtøgning som bivirkning, gravide, overvægtige voksne eller normalvægtige voksne med svær overvægt i familien.

Over for disse grupper er der - udover de generelle forebyggelsestiltag - behov for en højrisikoorienteret forebyggelsesindsats for at sikre, at vægtproblemer opfanges i tide. Det drejer sig om at forebygge yderligere vægtstigning gennem *væghåndtering* (*vægttab* eller *vægtstabilisering*).

Følgende forslag supplerer de generelle forebyggelsestiltag, der er nævnt i 7.3:

Hvad kan man gøre på det private niveau?

Moderat overvægt opfattes af mange som et kosmetisk problem, mens kendskabet til de alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser er mindre udbredt. Det er centralt at øge bevidstheden i befolkningen over for de sundhedsmæssige konsekvenser af svær overvægt og at øge antallet af voksne, der reagerer adækvat på en u hensigtsmæssig vægtudvikling. Samtidig er det vigtigt at finde balancen i forhold til risikoen for at udvikle spiseforstyrrelser.

Hvad kan fællesskaberne gøre?

Det er afgørende, at normerne på arbejdspladsen støtter de personer, som ønsker at ændre livsstil i retning af sundere kostvaner og mere fysisk aktivitet. Arbejdsmarkedets parter kan støtte en sådan udvik-

II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

ling ved at etablere sundhedspolitikker på arbejdspladsen og ved at gennemføre overenskomster, der inddrager sundhedsperspektivet.

Fællesskaberne kan:

50. Vedtage sundhedspolitikker, der etablerer normer for støtte til personer med særlige behov

Hvad kan det offentlige gøre?

Det offentliges opgave er her primært at sikre, at der er systemer i sundhedssektoren, som kan imødekomme denne gruppes særlige behov, både i forhold til opsporing og rådgivning.

Det offentlige kan:

51. Udarbejde kliniske retningslinier til læger, jordemødre og andet sundhedspersonale for opsporing af og intervention over for patienter med særlig risiko for udvikling af overvægt eller overvægtsbetingede følgesygdomme. Det gælder familiær disposition for overvægt eller overvægtens følgetilstande/sygdomme, graviditet, efter fødsel, rygestop, medicin med vægtøgning som bivirkning (evt. oplysningsindsats med henblik på selvmonitorering af vægt og taljemål i forhold til at opfange afvigelser fra normen) (stat)
52. Gennemføre skærpede krav til uddannelsen af sundhedspersonale i håndtering af overvægt og de med overvægt relaterede følgetilstande (stat)
53. Udvikle forebyggelses- og behandlingstilbud ved gennemførelse af modelprojekter, der evaluerer effekten af integreret indsats med inddragelse af psyko-sociale forhold (stat, amt)

54. Etablere tilbud om forebyggelse og behandling samt opfølgning på behandling (amt)

55. Etablere et visitationssystem til forebyggelse, behandling samt opfølgning på behandling (stat, amt, kommune)
- kostvejledning
 - fysisk aktivitet (fx ”motion på recept”)
 - integreret indsats (fx livsstilscentre)

56. Sikre, at der er professionelle, som kan tage sig af de personer, der har en særlig risiko og dermed har behov for rådgivning i forbindelse med vægthåndtering (amt, kommune)

57. Kvalitetssikre væggtabstilbud (stat)
- skærpede retningslinier for markedsføring af væggtabstilbud

58. Opfordre til obligatorisk opfølgning på konstateret overvægt i forbindelse med session (fx informationsmateriale til overvægtige unge mænd på session) (stat)



II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

7.5 Voksne med svær overvægt (BMI ≥ 30)

Svær overvægt er en kronisk tilstand, som kræver livslang indsats og kontrol. For at opnå varige resultater kræver det en vedvarende indsats. Der er tale om en kronisk tilstand, som udgør en trussel mod helbredet og ikke om blot at overveje kosmetiske fordele ved vægttab.

Indsatsen over for denne gruppe drejer sig om vægttab. Samtidig drejer det sig om at kunne bevare vægttabet ved hjælp af vægthåndtering.

Hvad kan man gøre på det private niveau?

Det er centralt at øge bevidstheden i befolkningen om de sundhedsmæssige konsekvenser af svær overvægt og at øge antallet af voksne, der reagerer adækvat på en uhensigtsmæssig vægtudvikling. Der er derfor behov for at skabe en bevidsthed blandt overvægtige og deres omgivelser om, at svær overvægt er en tilstand, som medfører alvorlige helbreds-konsekvenser og som kræver en livsvarig indsats. Det betyder, at den overvægtiges handlekompetence skal øges i forhold til at tabe i vægt på en hensigtsmæssig måde og bevare vægttabet. Samtidig skal der



II. FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

etableres en forståelse i den overvægtiges familie og omgangskreds med henblik på at yde støtte til vægttab og en livslang vedligeholdelse af det opnåede vægttab

Hvad kan fællesskaberne gøre?

Mange overvægtige oplever diskrimination på arbejdsmarkedet og er derfor særligt udsatte for social udstødelse. Det fordrer en særlig opmærksomhed fra arbejdspladsens side.

Fællesskaberne kan:

59. Vedtage politikker, der
- sikrer mod mobning og udstødelse af arbejdsmarkedet på grund af vægtrelaterede problemer
 - giver frihed til konsultation hos læge/diætist eller til ”motion på recept”

Hvad kan det offentlige gøre?

Det er en samfundsmæssig opgave at sørge for, at svært overvægtige mødes af et sundhedssystem bestående af såvel kvalificeret personale som kvalificerede tilbud. Undersøgelser af holdninger til overvægt blandt sundhedspersonalet har vist, at der er en udbredt usikkerhed i forhold til at tackle problemet – i både medicinsk og psykologisk forstand.

Det offentlige kan:

60. Udarbejde kliniske retningslinier for screening og intervention over for patienter med svær overvægt. Retningslinierne skal rette sig mod specifikke uddannelser, faggrupper, niveauer (stat)
61. Udvikle redskaber til kategorisering og styring af indsatsen mod svær overvægt, fx gennem definition/klassifikation af svær overvægt i diagnoseregisteret (stat, amt)

62. Gennemføre nye krav til uddannelserne med henblik på professionalisering af tilbud om behandling (stat)

63. Oprette centre på hospitaler som en del af professionaliseringen og udviklingen af behandlings- og opfølgningstilbudet (amt)

64. Styrke uddannelsen/efteruddannelsen af de personalegrupper, som arbejder med og omgiver personer, der lider af svær overvægt (fx sundhedspersonale, pleje- og omsorgspersonale i specialinstitutioner etc.), herunder evt. oprettelse af speciel træning til disse i håndtering af overvægt ud fra et helhedssyn (stat, amt/kommune)

65. Sikre adgang til behandling med henblik på vægthåndtering (stat)
- kliniske diætister
 - sundhedsprofessionelle og andre relevante faggrupper med speciel træning i håndtering af overvægt ud fra et helhedssyn
 - psykolog
 - psykiater

66. Etablere behandlingstilbud til personer med Binge Eating Disorder (BED) (amt)

- De fleste bør behandles i almen praksis bl.a. i samarbejde med kliniske diætister. For komplicerede tilfælde anbefales oprettelse af et team af behandlere på amtsligt psykiatrisk niveau samt et højt specialiseret niveau med landsdelsfunktion inden for psykiatrien

III. OPFØLGNING

8. Organisering af indsatsen

8.1 Opgaver på det statslige plan

Kost

- Etablere vejledende standarder for madsortimentet i offentlig cateringservice og kantiner, herunder den ernæringsmæssige sammensætning af madtilbud i skoler og på ungdomsuddannelsessteder (fx minimumskrav til adgang til frugt og grønt) (stat) (Anbefaling 5, 33)
- Etablere nye, styrkede retningslinier for faget hjemkundskab (stat)
 - øge antallet/sætte minimumskrav til antallet af lektioner i hjemkundskab
 - styrke kravene til læreres kompetence inden for hjemkundskab
 - udvikle nye oplæg til indholdet i undervisningen vedrørende ernæring og madlavning (Anbefaling 7)
- Udvikle handlekompentence hos forældre til ”bedre madpakker” (stat, amt, kommune) (Anbefaling 9)
- Gennemføre lovgivning vedrørende letforståelige og tydelige næringsdeklarationer (stat) (Anbefaling 35)
- Indføre skærpede regler for TV-reklamer og markedsføring til børn (stat) (Anbefaling 11)
- Videreføre og udvikle samarbejdet mellem myndigheder, detailhandel, levnedsmiddelindustri og restaurations- og cateringbranchen (stat) (Anbefaling 37)

- Sikre opfyldelse af klare dokumentationskrav i forbindelse med anprisning af levnedsmidler med påstået effekt på vægttab (stat) (Anbefaling 36)
- Styrke ernæring i grund- og efteruddannelsen af sundhedspersonale (stat) (Anbefaling 34)
- Gennemføre oplysningsindsats med fokus på begrænsning af det daglige forbrug af slik og søde læskedrikke hos børn og unge. Udvikle opmærksomheden over for bedre alternativer og øget indtagelse af fiberrige fødevarer (fx fuldkornsprodukter, kartofler, frugt og grønt) (stat, amt, kommune) (Anbefaling 38)

Fysisk aktivitet

- Vedtage og gennemføre trafikpolitik, der giver øget mulighed for bevægelse i hverdagen (stat, amt, kommune)
 - Etablering af bilfri fodgænger- og cyklistzoner i byer, og hvor mennesker færdes i forbindelse med indkøb og arbejde
 - Etablering af cykelstier langs veje eller ”cykelgenveje” på landet
 - Planlægning af nye boligområder så der sikres nem adgang til serviceområder til fods eller på cykel
 - Sørge for, at der er sikre parkeringsmuligheder for cykler i forbindelse med offentlige transportmidler og arbejdspladser (Anbefaling 15, 45)
- Sikre viden om betydningen af fysisk aktivitet for sundheden i uddannelsen af arkitekter og byplanlæggere (stat) (Anbefaling 48)
- Etablere nye, styrkede retningslinier for faget idræt (stat)

III. OPFØLGNING

- øge antallet/sætte minimumsgrænser for antallet af lektioner i idræt
 - styrke kravene til læreres og pædagogers kompetence inden for idræt, så det appellerer til forskellige behov hos børn og unge
 - udvikle nye oplæg vedrørende differentieret indhold i idrætsundervisningen (Anbefaling 16)
 - Gennemføre en befolkningsrettet oplysningsindsats om sammenhængen mellem sundhed og fysisk aktivitet (stat, amt, kommune) (Anbefaling 49)
 - Gennemføre en oplysningsindsats med henblik på at begrænse overflødig inaktivitet hos børn ved TV-kigning. Udvikle opmærksomheden over for andre tilbud end TV og computerspil (stat, amt, kommune) (Anbefaling 18)
 - Gennemføre informations- og motivationsindsatser med henblik på at motivere til fysisk aktiv transport til og fra skole og arbejde samt i forbindelse med diverse daglige gøremål med henblik på at nedbringe antallet af korte ture i bil (under 3 km) (stat, amt, kommune) (Anbefaling 19, 47)
- Overvægt**
- Udvikle redskaber til kategorisering og styring af indsatsen mod svær overvægt (fx gennem definition/klassifikation af svær overvægt i diagnoseregisteret) (stat) (Anbefaling 61)
 - Udarbejde retningslinier for den kommunale sundhedstjeneste med hensyn til monitorering af børns højde og vægt (etablering af børneundersøgelsesprogram med regelmæssig indberetning og central registrering af højde-/vægtmålinger) (stat) (Anbefaling 22)
 - Udarbejde retningslinier for professionelle, der har med børn og unge at gøre vedrørende opsporing af børn og unge med risiko for udvikling af overvægt og vejledning i håndtering af disse (stat) (Anbefaling 24)
 - Udarbejde kliniske retningslinier til læger, jordemødre og andet sundhedspersonale for opsporing af og intervention over for patienter med særlig risiko for udvikling af overvægt eller overvægtsbetingede følgesygdomme. Det gælder familiær disposition for overvægt eller overvægtens følgetilstande/sygdomme, graviditet, efter fødsel, rygestop, medicin med vægtøgning som bivirkning (evt. oplysningsindsats med henblik på selvmonitorering af vægt og taljemål i forhold til at opfange afvigelser fra normen) (stat) (Anbefaling 51)
 - Udarbejde kliniske retningslinier for screening og intervention over for patienter med svær overvægt (BMI $\geq$ 30). Retningslinierne skal rette sig mod specifikke uddannelser, faggrupper, niveauer (stat) (Anbefaling 60)
 - Udvikle forebyggelses- og behandlingstilbud ved gennemførelse af modelprojekter, der evaluerer effekten af integreret indsats med inddragelse af psyko-sociale forhold (stat) (Anbefaling 53)
 - Oprette centre på hospitaler som en del af professionaliseringen og udviklingen af behandlings- og opfølgningstilbudet (Anbefaling 63)
 - Gennemføre skærpede krav til uddannelsen af sundhedspersonale i håndtering af overvægt og de med overvægt relaterede følgetilstande (stat) (Anbefaling 52, 62)

III. OPFØLGNING

- Stimulere til uddannelse/efteruddannelse af personalegrupper, som arbejder med og omgiver personer, som lider af svær overvægt (fx sundhedspersonale, pleje- og omsorgspersonale i specialinstitutioner etc.), herunder oprettelse af speciel træning til disse i håndtering af overvægt ud fra et helhedssyn (stat, amt, kommune) (Anbefaling 64)
- Kvalitetssikre vægttabstilbud (stat)
 - skærpede retningslinier for markedsføring af vægttabstilbud (Anbefaling 57)
- Sikre adgang til behandling med henblik på vægthåndtering (stat, amt)
 - kliniske diætister
 - sundhedsprofessionelle og andre relevante faggrupper med speciel træning i håndtering af overvægt ud fra et helhedssyn
 - psykolog
 - psykiater(Anbefaling 65)
- Opfordre til obligatorisk opfølgning på konstateret overvægt i forbindelse med session (fx informationsmateriale til overvægtige unge mænd på session) (stat) (Anbefaling 58)
- Gennemføre en oplysningsindsats over for befolkningen om de sundhedsmæssige og psykosociale konsekvenser af svær overvægt. Formålet er at fremme social accept og forebygge diskrimination – herunder mobning og udstødelse af arbejdsmarkedet (stat) (Anbefaling 38)

8.2 Opgaver på det amtslige plan

Kost

- Vedtage og implementere kostpolitikker for uddannelsessteder og steder, hvor børn og unge færdes i fritiden (amt, kommune) (Anbefaling 6)

Fysisk aktivitet

- Gennemføre trafikpolitik, der sikrer børn og unges muligheder for aktiv transport til og fra dagpasning, skole, SFO, ungdomsuddannelsessteder og foreninger og giver øget mulighed for bevægelse i hverdagen (stat, amt, kommune)
 - etablere bilfrie zoner i nærheden af skoler
 - etablere sikre cykelstier adskilt fra trafikken i nærheden af skoler
 - etablere bilfri fodgænger- og cyklistzoner i byer og hvor mennesker færdes i forbindelse med indkøb og arbejde
 - etablere cykelstier langs veje eller ”cykelgenveje” på landet
 - planlægge nye boligområder, så der sikres nem adgang til serviceområder til fods eller på cykel
 - sørge for at der er sikre parkeringsmuligheder for cykler i forbindelse med offentlige transportmidler og arbejdspladser (Anbefaling 15,45)
- Gennemføre informations- og motivationsindsats med henblik på at motivere til fysisk aktiv transport til og fra skole og arbejde samt i forbindelse med daglige gøremål, med henblik på at nedbringe antallet af korte ture i bil (under 3 km) (stat, amt, kommune) (Anbefaling 19, 47)
- Gennemføre oplysningsindsats over for forældre og andre voksne, med henblik på at begrænse overflødig inaktivitet hos børn ved TV-kigning og brug af PC. Udvikle opmærksomheden over for andre tilbud end TV og PC (stat, amt, kommune) (Anbefaling 18)
- Udvikle kursustilbud inden for fysisk aktivitet i uddannelsen af lærere og pædagoger (amt, kommune) (Anbefaling 17)

III. OPFØLGNING

- Indarbejde muligheder for fremme af fysisk aktivitet i forbindelse nybyggeri og by- og boligsanering – herunder planlægning af rekreative områder (amt, kommune) (Anbefaling 46)
 - Gennemføre en befolkningsrettet oplysningsindsats om sammenhængen mellem sundhed og fysisk aktivitet (stat, amt) (Anbefaling 49)
- Overvægt**
- Sikre at der er professionelle, som kan tage sig af de personer, der har en særlig risiko og dermed har behov for rådgivning i forbindelse med vægthåndtering (amt, kommune) (Anbefaling 56)
 - Etablere tilbud om integreret indsats over for barnet og de nærmeste omgivelser gennem etablering af familieorienteret støtteordning i kommunen (amt, kommune) (Anbefaling 66)
 - Etablere visitationsordning for henvisning til integreret indsats over for svært overvægtige børn og de nærmeste omgivelser gennem etablering af familieorienteret støtteordning i kommunen (amt, kommune) (Anbefaling 27)
 - Udvikle behandlings- og forebyggelsestilbud ved gennemførelse af modelprojekter, der evaluerer effekten af integreret indsats med inddragelse af psyko-sociale forhold (stat, amt) (Anbefaling 25)
 - Etablere et visitationssystem til forebyggelse, behandling samt opfølgning på behandling (stat, amt, kommune)
 - kostvejledning
 - fysisk aktivitet (fx ”motion på recept”)
 - integreret indsats (fx livsstilscentre) (Anbefaling 27, 55)
 - Etablere tilbud om forebyggelse og behandling samt opfølgning på behandling (amt) (Anbefaling 54)
 - Sikre adgang til behandling med henblik på vægthåndtering (stat)
 - kliniske diætister
 - sundhedsprofessionelle og andre faggrupper med speciel træning i håndtering af overvægt ud fra et helhedssyn
 - psykolog
 - psykiater (Anbefaling 65)
 - Oprette centre på hospitaler som en del af professionaliseringen og udviklingen af behandlings- og opfølgningstilbudet (amt) (Anbefaling 63)
 - Stimulere til uddannelse/efteruddannelse af de personalegrupper, som arbejder med og omgiver personer, der lider af svær overvægt (fx sundhedspersonale, pleje- og omsorgspersonale i specialinstitutioner etc.), herunder oprettelse af speciel træning til disse i håndtering af overvægt ud fra et helhedssyn (stat, amt/kommune) (Anbefaling 64)
 - Etablere behandlingstilbud til personer med Binge Eating Disorder (BED).
 - De fleste bør behandles i almen praksis bl.a. i samarbejde med kliniske diætister. For komplicerede tilfælde anbefales oprettelse af et team af behandlere på amtsligt psykiatrisk niveau samt et højt specialiseret niveau med landsdelsfunktion inden for psykiatrien (Anbefaling 66)
 - Gennemføre oplysningsindsats over for børn, unge, forældre, pædagoger og lærere med henblik på at reagere og agere på uheldig vægtd udvikling – herunder forebygge diskrimination og mobning (stat, amt, kommune) (Anbefaling 28)

III. OPFØLGNING

8.3 Opgaver på det kommunale plan

Kost

- Vedtage og implementere kostpolitikker for dagpasning, skoler, SFO, uddannelsessteder og steder, hvor børn og unge færdes i fritiden (kommuner)
 - sikre sunde tilbud i skoleboder, kantiner og steder, hvor børn og unge færdes i fritiden
 - skabe gode rammer for udvikling af sunde mad- og måltidsvaner
 - leve op til de undervisningsmæssige mål for faget hjemkundskab
 - være gode rollemodeller for børn og unge (Anbefaling 1)
- Udvikle kursustilbud inden for ernæring og madlavning i uddannelsen af lærere og pædagoger (amt, kommune) (Anbefaling 8)

Fysisk aktivitet

- Vedtage og implementere politikker for fysisk aktivitet i dagpasning, skoler, SFO og ungdomsuddannelsessteder (kommune)
 - indretning af stimulering til brug af legepladser
 - indendørs forhold med plads til fysisk udfoldelse
 - stimulere fysisk udfoldelse i og uden for undervisningen
 - normering, der bl.a. giver mulighed for at tage på ture
 - øge opmærksomheden over for bevægelse i andre fag (Anbefaling 14)
- Udvikle kursustilbud inden for fysisk aktivitet i uddannelsen af lærere og pædagoger (amt, kommune) (Anbefaling 17)
- Vedtage og gennemføre trafikpolitik, der sikrer børn og unges muligheder for aktiv transport til og fra dagpasning, skole, SFO, ungdomsuddannelsessteder og foreninger og giver øget mulighed for bevægelse i hverdagen (stat, amt, kommune)

- etablere bilfrie zoner i nærheden af skoler
- etablere sikre cykelstier adskilt fra trafikken i nærheden af skoler
- etablere bilfri fodgænger- og cyklistzoner i byer og hvor mennesker færdes i forbindelse med indkøb og arbejde
- etablere cykelstier langs veje eller ”cykelgenveje” på landet
- planlægge nye boligområder, så der sikres nem adgang til serviceområder til fods eller på cykel
- sørge for at der er sikre parkeringsmuligheder for cykler i forbindelse med offentlige transportmidler og arbejdspladser (Anbefaling 15, 45)

- Gennemføre informations- og motivationsindsats med henblik på at motivere forældre og børn til fysisk aktiv transport til og fra skole og arbejde samt i forbindelse med daglige gøremål med henblik på at nedbringe antallet af korte ture i bil (under 3 km) (stat, amt, kommune) (Anbefaling 19, 47)
- Gennemføre oplysningsindsats over for forældre og andre voksne med henblik på at begrænse overflødig inaktivitet hos børn ved TV-kigning. Udvikle opmærksomheden over for andre tilbud end TV og computerspil (stat, amt, kommune) (Anbefaling 18)
- Etablere lettilgængelige og inspirerende motionsaktiviteter (også til overvægtige og andre, som ikke er motiveret for konkurrenceidræt) i et samarbejde med sundhedsfremmende organisationer og idrættens aktører (Anbefaling 13, 44)
- Indarbejde muligheder for fremme af fysisk aktivitet i forbindelse nybyggeri og by- og boligsanering – herunder planlægning af rekreative områder (amt, kommune) (Anbefaling 46)

III. OPFØLGNING

Overvægt

- Vedtage og implementere politik mod mobning af overvægtige børn og unge i dagpasning, skoler, SFO og ungdomsuddannelser samt i de frivillige organisationer (Anbefaling 21)
- Gennemføre en tidlig opsporingsindsats på baggrund af retningslinier for de professionelle, der har med børn at gøre (Anbefaling 20)
- Etablere tilbud om integreret indsats over for svært overvægtige børn og deres nærmeste omgivelser gennem etablering af familieorienteret støtteordning i kommunen (amt, kommune) (Anbefaling 26)
- Etablere visitationsordning for henvisning til integreret indsats over for svært overvægtige børn og de nærmeste omgivelser (amt, kommune) (Anbefaling 26)
- Sikre at der er professionelle, som kan tage sig af de personer, der har en særlig risiko og dermed har behov for rådgivning i forbindelse med vægthåndtering (amt, kommune) (Anbefaling 56)
- Stimulere til uddannelse/efteruddannelse af sundhedspersonale (stat, amt, kommune) (Anbefaling 52, 64)
- Gennemføre oplysningsindsats over for børn, unge, forældre, pædagoger og lærere med henblik på at reagere og agere på uheldig vægtudvikling – herunder forebygge diskrimination og mobning (stat, amt, kommune) (Anbefaling 28)

8.4 Opgaver for den frivillige sektor

- Fritidssektor
- Interesseorganisationer

Kost

- Sikre sunde kosttilbud i idrætshaller og andre steder, hvor børn og unge færdes i fritiden (Anbefaling 4)
- Etablere kostpolitikker i fritidssektoren med henblik på
 - tilgængelighed af sund mad
 - fysiske og holdningsmæssige rammer for gode kostvaner(Anbefaling 1, 6)
- Medvirke til at gennemføre oplysningsindsatser med fokus på begrænsning af det daglige forbrug af slik og søde læskedrikke hos børn og unge. Udvikle opmærksomheden over for bedre alternativer og øget indtagelse af frugt og grønt (Anbefaling 10)
- Medvirke til at udvikle handlekompetence hos forældre til ”bedre madpakker” (Anbefaling 9)

Fysisk aktivitet

- Etablere lettilgængelige og inspirerende motionsaktiviteter (også til overvægtige og andre, som ikke er motiveret for konkurrenceidræt) i et samarbejde mellem sundhedsfremmende organisationer og idrættens aktører (Anbefaling 13, 44)
- Medvirke til oplysningsindsats, der motiverer forældre og børn til at bevæge sig fysisk til og fra skole samt i fritiden (Anbefaling 19)
- Medvirke til at gennemføre informations- og motivationsindsatser med henblik på at motivere til fysisk aktiv transport til og fra arbejde samt i forbindelse med diverse daglige gøremål (Anbefaling 47)

III. OPFØLGNING

8.5 Opgaver for det private erhvervsliv

- Fødevareindustri
- Cateringbranche
- Helsekost- og medicinalindustri
- Detailhandel
- Videreføre og udvikle samarbejdet mellem myndigheder, detailhandel, levnedsmiddelindustri og restaurations- og cateringbranchen (Anbefaling 37)
- Medvirke til at gennemføre oplysningsindsatser med fokus på begrænsning af det daglige forbrug af slik og søde læskedrikke hos børn og unge. Udvikle opmærksomheden over for bedre alternativer og øget indtagelse af frugt og grønt (Anbefaling 10)
- Medvirke til restriktiv markedsføring over for børn (Anbefaling 11)
- Bidrage til letforståelige og tydelige næringsdeklarationer (Anbefaling 35)
- Medvirke til opfyldelse af dokumentationskrav i forbindelse med anprisning af levnedsmidler med påstået effekt på vægttab (Anbefaling 36)
- frihed til konsultation hos læge/diætist eller til ”motion på recept” (Anbefaling 39)
- Vedtage og implementere sundhedspolitikker, der inddrager fysiske og holdningsmæssige rammer, som forebygger overvægt (Anbefaling 29)
- Etablere kostpolitikker på arbejdspladser og i fritidssektoren
 - tilgængelighed af sund mad
 - fysiske og holdningsmæssige rammer for gode kostvaner (Anbefaling 31)
- Etablere lettilgængelige og attraktive motionsaktiviteter i et samarbejde mellem de sundhedsfremmende organisationer og idrættens aktører (Anbefaling 44)
- Sikre indretning af bade- og omklædningsfaciliteter på arbejdspladsen, som motiverer og støtter medarbejdere til at gå eller cykle (Anbefaling 39)
- Indføre motionspauser/træningstilbud finansieret af arbejdsgiver (Anbefaling 40)

8.6 Opgaver for arbejdspladser/ fagbevægelsen

- Offentlige
- Private
- Sikre overenskomster, der inddrager sundhedsperspektivet (Anbefaling 30)
- Vedtage sundhedspolitikker, der etablerer normer for støtte til personer med særlige behov
 - sikrer mod mobning og udstødelse af arbejdsmarkedet på grund af vægtrelaterede problemer
- Gøre trapperum i bygninger mere tiltrækkende og anvende fremtrædende skiltning for at stimulere til brug af trappen (Anbefaling 41)
- Tænke fysisk aktivitet ind i arbejdstilrettelæggelsen (Anbefaling 42)
- Stille firmacykler til rådighed (Anbefaling 43)

9. Grund-, videre- og efteruddannelse

Det er vigtigt for planens udmøntning, at overvægt inddrages i relevante uddannelser, og at der tilbydes efteruddannelse til de personalekategorier, som i deres arbejde har berøring med overvægtige og de problematikker, der knytter sig til svær overvægt. Det gælder ikke kun det sundhedsfaglige personale, men også personale i fx skolen, dag- og døgninstitutioner, socialsektor, arbejdsformidling, byplanlægning, folkeoplysning og frivilligt arbejde inden for fritidssektoren.

Neden for nævnes eksempler på en række professioner, som anses for at have et potentiale for at realisere en udmøntning af planens mål.

Sundhedsfaglige:

- Læger
- Tandlæger i den kommunale tandpleje
- Kandidater i Folkesundhedsvidenskab
- Syge- og sundhedsplejersker
- Kliniske Diætister
- Jordemødre
- Psykiatere
- Fysioterapeuter
- Master of Public Health

Andre fx:

- Pædagoger – herunder socialpædagoger
- Folkeskolelærere
- Social- og sundhedsassistenter

- Psykologer
- Ernærings- og Husholdningsøkonomer
- Professionsbachelorer i human ernæring
- Cand. scient. human ernæring
- Idrætsuddannede
- Frivillige idrætstrænere
- Socialrådgivere
- Byplanlæggere
- Landskabsarkitekter
- Psykoterapeuter
- Slankekonsulenter ved forskellige private firmaer

I arbejdet med planen er det blevet klargjort, at der er behov for at øge bredden i forebyggelse og behandling af svær overvægt. En del af arbejdet med udmøntning af planen vil forandre en bred, multidimensionel, integreret indsats, hvor en del af det sundhedsfaglige personale ofte vil komme til kort over for de psykosociale forhold, der har indflydelse på overvægt. Der kunne være brug for en specialisering inden for såvel sundhedsfaglige som andre relevante uddannelser vedrørende sammenhænge mellem sundhed, kost og motion samt psykologisk indsigt og praktisk viden om metoder til vægt- og livsstilsforandring.

Som opfølgning på planen via uddannelser, er det Sundhedsstyrelsen, der tager initiativ til at gennemføre en kortlægning af det eksisterende niveau og efterfølgende kontakter Undervisningsministeriet og de uddannelsesansvarlige på de respektive beskrevne uddannelsesretninger for at påbegynde arbejdet med at få overvægt ind som tema på de respektive uddannelser.

IV. DOKUMENTATION

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 1999 en redegørelse for befolkningens sundhed set i lyset af den stigende forekomst af fedme i Danmark⁹. Denne redegørelse udgør sammen med Ernæringsrådets rapport¹⁰, en svensk rapport fra den svenske Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering¹¹ og WHO's rapport¹² samt Statens Institut for Folkesundhedsundersøgelse "Sundhed og sygelighed i Danmark 2000"¹³, baggrunden for dette dokumentationsafsnit. For uddybning og henvisning til originale referencer henvises til disse publikationer. Hvor ikke andet er anført, er Ernæringsrådets rapport hovedkilden til kapitlerne 10-14.

10. Forekomst

Forekomsten af svær overvægt ($\text{BMI} \geq 30$) er steget markant inden for de seneste årtier med deraf følgende øget risiko for udvikling af følgesygdomme (type-2 diabetes, hjerte-/karsygdom, visse kræftformer, belastningslidelser i bevægeapparatet, psykosociale problemer). På baggrund af de helbredsmæssige konsekvenser har WHO karakteriseret den stigende forekomst af svær overvægt som et af de væsentligste kommende globale folkesundhedsproblemer. Globalt overstiger antallet af overvægtige nu antallet af undervægtige.

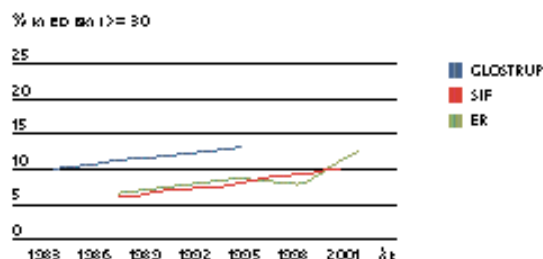
10.1 Udvikling i overvægt blandt voksne

I år 2000 var 10% af danske mænd og 9% af danske kvinder over 16 år svært overvægtige ($\text{BMI} \geq 30$). Det repræsenterer en stigning på næsten 75% i forhold til 1987. Disse informationer er baseret på *selvrapporterede data* om højde og vægt fra Statens Institut for Folkesundhed¹³, og da det er dokumenteret, at der finder en vis underrapportering sted, må man gå ud fra, at den sande forekomst er højere.

De seneste opgørelser baseret på *målt* vægt og højde stammer fra 1993 og viser, at på det tidspunkt var 40 % af mændene og 26 % af kvinderne i alderen 30-60 år moderat eller svært overvægtige ($\text{BMI} \geq 25$). Det svarer til, at mere end 1,3 mio. voksne danskere i aldersgruppen 30-60 år kunne klassificeres som overvægtige. Heraf var henholdsvis 10% blandt kvinderne og 13% blandt mændene svært overvægtige, hvilket svarer til 350.000 personer og repræsenterer en stigning på ca. 30% i forhold til 10 år tidligere. Næsten 100.000 blandt de 30-60-årige havde et BMI over 35, hvilket betyder, at de fleste i denne gruppe ville have behandlingskrævende komplikationer. Nye beregninger på baggrund af korrigerede selvoplyste data fra forskellige undersøgelser angiver en tilsvarende stigning frem til i dag, hvilket svarer til, at mere end 400.000 danskere i dag er svært overvægtige. Forekomsten af svær overvægt er steget mest i de yngre aldersgrupper.

FIGUR 2

UDVIKLINGEN I SVÆR OVERVÆGT BLANDT MÆND I DANMARK



Kilde: Ernæringsrådet 2003

Glostrup: Befolkningsundersøgelserne Glostrup 1982-1992 (målte værdier)

SIF: Statens Institut for Folkesundheds gentagne befolkningsundersøgelser (selvoplyste værdier)

ER: Ernæringsrådets beregning med korrektion for underrapportering (selvoplyste værdier)

9 BL Heitmann, Richelsen B, Laub Hansen G, Hølund U. Overvægt og fedme – befolkningens sundhed set i relation til den øgede forekomst af fedme i Danmark. Sundhedsstyrelsen 1999

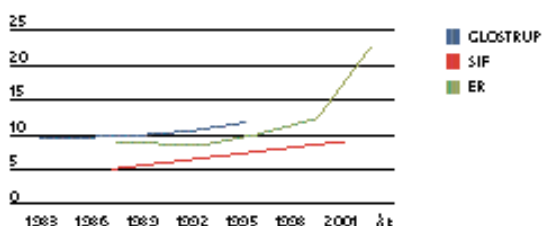
10 Richelsen B, Astrup A, Hansen GL, Hansen HS, Heitmann BL, Holm L, Kjær M, Madsen S AA, Michaelsen KF, Olsen S. Den danske fedmeepidemi: Oplæg til en forebyggelsesindsats. Ernæringsrådet 2003

11 SBU – Statens Beredning för medicinsk utvärdering. Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturoversikt. SBU 2002

12 WHO, Obesity - Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on Obesity, Geneva, 1999. WHO, 2000.

FIGUR 3

UDVIKLINGEN I SVÆR OVERVÆGT BLANDT KVINDER I DANMARK
% MED BMI ≥ 30



Kilde: Ernæringsrådet 2003

SIF: Statens Institut for Folkesundheds gentagne befolkningsundersøgelser (selvoplyste værdier)
ER: Ernæringsrådets beregning med korrektion for underrapportering (selvoplyste værdier)

10.2 Udvikling i overvægt blandt børn og unge

Informationer om den tidlige udvikling i overvægt blandt børn og unge stammer fra skolehelbredsundersøgelser og sessionsdata, som samstemmende viser, at der er blevet flere børn og unge med svær overvægt. Undersøgelser blandt skolebørn (7-14 år) og unge mænd på session (gennemsnitsalder ca. 20 år) viser, at til trods for, at *det gennemsnitlige BMI* har været konstant i perioden for de drenge, der blev født mellem ca. 1930 og 1960, er der sket en voldsom forøgelse (en næsten 35-dobling) af *andelen med svær overvægt*. Denne voldsomme vækst af overvægtige unge mænd på session må betyde, at der må være kommet flere overvægtige drenge til i perioden, idet overvægten må være begyndt i barnealderen eller i teenagealderen.

Ved at anvende kriterierne for overvægt hos voksne ($BMI \geq 25$) viser tal fra skolehelbredsundersøgelserne, at i 1998 var 10% af pigerne og 7% af drengene over 15 år overvægtige. Af disse var hen-

holdsvis ca. 4% og ca. 3% svært overvægtige ($BMI > 28$). Hyppigheden af overvægt stiger med alderen for begge køn, og pigerne ligger højest.

De nyeste undersøgelser over udvikling i BMI blandt børn viser samstemmende, at der er sket en stigning i forekomsten af svær overvægt hos børn gennem de senere år. Blandt 8-10-årige børn fra Odense, er der sket en stigning i perioden 1985 til 1998 – især blandt drengene, hvor der er tale om næsten en fordobling. Hos pigerne er der tale om en stigning på 20%. Blandt 14-16 årige er der i perioden fra 1972-1997 sket en tredobling.

10.3 Udvikling af overvægt i Danmark i forhold til øvrige vestlige lande

Udviklingen i Danmark følger udviklingen i de øvrige vestlige lande (med undtagelse af Sverige og Holland hvor stigningen har været mindre end i Danmark). På verdensplan er der langt flere svært overvægtige kvinder end mænd, men i Danmark og Finland er det omvendt. Det må imidlertid forventes, at forskellene i forekomst af svær overvægt mellem mænd og kvinder udlignes i løbet af de næste 10-20 år, idet der siden 80'erne har været en væsentligt større årlig stigning i forekomsten af svær overvægt blandt mænd end blandt kvinder. WHO forudsiger, at hvis den nuværende tendens fortsætter med samme hastighed som hidtil, så vil 60-70% af alle europæere være svært overvægtige i 2030.

10.4 Social ulighed og overvægt

Svær overvægt forekommer især i befolkningsgrupper med de korteste uddannelser, laveste indkomster og uflaglærte jobs, ligesom der er flere overvægtige på landet end i byerne (fx er forekomsten af svær overvægt 30-60% større i Vestsjællands og Nordjyllands Amt end i Københavns og Århus Amt). Adskillige undersøgelser har vist, at forekomsten af svær overvægt er 3-4 gange højere hos

personer med kort skolegang (7 år eller derunder) sammenlignet med personer med mere end 12 års skolegang. Især blandt kvinder med kort skoleuddannelse er forekomsten steget. Men mens forekomsten blandt højt uddannede kvinder har været stabil i perioden 1988-1998, er forekomsten blandt højtuddannede danske mænd imidlertid steget. Dette er i modsætning til oplysninger fra andre vestlige lande, hvor forekomsten af svær overvægt enten er stabil eller faldende blandt de højest uddannede.

10.5 Grupper med særlig risiko for udvikling af svær overvægt

Der findes grupper, som har en særlig risiko for at udvikle svær overvægt (fx personer, der gennemgår rygeafvænning, personer i behandling med medicin, der har vægtøgning som bivirkning, gravide kvinder, inaktive eller overvægtige børn og voksne, eller normalvægtige børn og voksne med svær overvægt i familien). Der findes ikke opgørelser, som viser, om der er sket en stigning i andelen af personer, der således befinder sig i en særlig risiko. Flere undersøgelser tyder imidlertid på, at andelen af personer, der er i behandling med medikamenter, der har overvægt som bivirkning, er i stigning. Desuden tyder data på, at antallet af børn med svær overvægt i familien, inaktive og overvægtige børn samt personer, der gennemgår rygeafvænning er stigende.

Konklusion

Mere end 1.3 mio. danskere (30-40% af den voksne befolkning) er overvægtige (BMI $\geq$ 25). Af disse er ca. 400.000 (10-13%) svært overvægtige (BMI $\geq$ 30), og næsten 100.000 vejer så meget, at de vil have helbreds komplikationer til deres overvægt (BMI $\geq$ 35). Der er sket en voldsom stigning i antallet af overvægtige – både blandt børn og voksne. Stigningen har især fundet sted i de yngre aldersgrupper og hos personer med lav uddannelse.

11. Konsekvenser af svær overvægt

Svær overvægt har store personlige og samfundsmæssige omkostninger.

På *det samfundsmæssige plan* udgør svær overvægt en meget stor økonomisk belastning. Der foreligger ikke en egentlig økonomisk analyse af de samfundsmæssige omkostninger forbundet med moderat og svær overvægt i Danmark, men det er ved hjælp af udenlandske studier anslået, at 4 – 8 % af de samlede danske sundhedsudgifter går til overvægtsrelaterede sygdomme¹⁴. Hvis den hastigt stigende vækst af svær overvægt, som der ses i disse år, fortsætter, vil disse udgifter også stige hastigt. Disse skøn peger på behovet for en tilbundsgående, professionel sundhedsøkonomisk analyse af de direkte og indirekte meromkostninger ved moderat og svær overvægt i Danmark for derved bl.a. at prioritere de mest kost-effektive metoder til forebyggelse og behandling af svær overvægt.

På *det personlige plan* er der både helbreds mæssige, psykologiske og sociale konsekvenser. I tabel 3 er angivet nogle af de vigtigere sygdomme og tilstande, der forekommer med øget hyppighed hos personer med svær overvægt.

TABEL 3

Relativ risiko (RR) for komplikationer til svær overvægt i forhold til risikoen hos normalvægtige personer (normalvægtiges risiko = 1)

Type-2 diabetes	5-10
Hjerte-/karsygdom	2
Apoplexi (slagtilfælde)	2-3
Forhøjet blodtryk	3-5
Galdesten	3-4
Slidgigt	2-3
Åndedrætsbesvær (inkl. søvnapnø)	3-4
Cancer	1,4

Kilde: Ernæringsrådet 2003

Sygelighedsrisikoen stiger med stigende grader af overvægt

Ikke alene fedtmængden, men også lokalisering af kroppens fedtdepoter spiller en rolle for risikoen for sygdom og død. "Æbleformen" med fedtet lokaliseret i bughulen udgør en større risiko for helbredskomplikationer end "pæreformen" med fedtet lokaliseret på hofter og lår. Det skyldes især, at det fedt, der ligger tæt på de store organer og blodkar i bughulen, medfører forstyrrelser i kroppens stofskifte, bl.a. i form af det såkaldte metaboliske syndrom (lavt HDL-kolesterol og højt triglycerid, forhøjet blodtryk, nedsat glukosetolerance og forstyrrelser i blodets koagulationssystem).

11.1 Type-2 diabetes

Den voldsomt stigende forekomst af type-2 diabetes, skyldes især den hastigt stigende forekomst af svær overvægt. Mere end 85% af patienter med nyopdaget diabetes er overvægtige eller lider af svær overvægt. Risikoen for type-2 diabetes stiger kontinuerligt med stigende BMI. Da overvægt i sig selv er relateret til insulinresistenssyndromet kan svær overvægt hos disponerede personer være den faktor, der udløser en manifest type-2 diabetes. En bedring i insulinfølsomheden kan opnås ved vægttab og øgning af den fysiske aktivitet.

11.2 Hjerte-/karsygdom og dødelighed

Svær overvægt øger risikoen for udvikling af tidlig åreforkalkning og dermed hjerte-/karsygdom og død. Det skyldes især insulinresistenssyndromet. Den laveste dødelighed af hjerte-/karsygdom findes hos de personer, der forbliver slanke gennem hele livet. Personer med svær overvægt ($BMI \geq 30$) har - sammenlignet med normalvægtige - en dødelighed, der er ca. dobbelt så stor. Overdødeligheden skyldes helt overvejende hjerte-/karsygdom.

11.3 Cancer

Cancer i livmoder, bryst, æggestokke, galdeblære og bugspytkirtel, lever, nyre og prostata ses oftere i for-

bindelse med svær overvægt. Hvad angår cancer i mave-tarmkanalen er det ikke klarlagt, om det er overvægten i sig selv, eller om det er de associerede faktorer, såsom fysisk inaktivitet og højt indtag af mættet fedt, der er ansvarlige for den statistiske sammenhæng. De hormonafhængige cancerformer er knyttet til bugfedtme ("æbleform")¹⁴.

11.4 Slidgigt

Slidgigt - specielt i knæene, men formentlig også i hofterne, samt lændesmerter, er relateret til svær overvægt og skyldes formentlig en øget mekanisk belastning af disse led. Alle de anførte gigtformer er forbundet med øget sygefravær og er en vigtig faktor for den nedsatte erhvervsevne, der er relativt udbredt blandt personer med svær overvægt.

11.5 Lungeproblemer og søvnapnø

Svær overvægt er en stærk risikofaktor for det obstruktive søvnapnø syndrom (snorken, natlig lungeinsufficiens og træthed om dagen). Det skyldes formentlig en sammenklemning af de øvre luftveje på grund af øget fedtaflejring (øget halsomfang og svær overvægt lokaliseret til maveregionen) og disponerer til akutte og kroniske hjerte-/kardkomplikationer.

11.6 Svær overvægt hos børn og unge

Fra 3-års alderen har svær overvægt hos børn i stigende grad sammenhæng med svær overvægt hos voksne. Svær overvægt hos børn er forbundet med samme insulinresistenssyndrom som hos voksne. Derfor får svært overvægtige børn langt tidligere end normalvægtige en række sygdomme - bl.a. forstadier til type-2 diabetes. Overvægt i barndommen øger risikoen for at udvikle spiseforstyrrelser senere - især i ungdomsårene¹⁵. De diskriminerende holdninger, som rammer overvægtige voksne, rammer generelt børn hårdere i form af mobning med social isolation og manglende selvværd som resultat.

¹⁴ SBU – Statens Beredning för medicinsk utvärdering. Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturoversikt. SBU 2002

¹⁵ Waadegaard M. Risk behaviowe related to eating disorders among Danish adolescents. Ph. D. Thesis. Københavns Universitet 2002

11.7 Livskvalitet

Overvægt opleves forskelligt fra menneske til menneske og ofte på en måde, der ikke fanges ind af videnskabelige undersøgelser. Mad og krop er meget private anliggender, som vedrører komplekse og dybtgående sociale, psykologiske, familiemæssige og eksistentielle forhold. Forholdet til fysisk aktivitet er ofte mindre komplekst.

Psykosociale problemer er almindelige blandt personer med moderat og svær overvægt, og de negative sociale konsekvenser er årsag til betydeligt forringet livskvalitet, som kan sammenlignes med alvorlige og livstruende sygdomme¹⁸. Problemerne opstår hos begge køn og hos både børn og voksne, men griber nok dybest ind i børn og unges tilværelse og er mere udtalt hos kvinder end hos mænd. Ofte er de psykosociale problemer større for den overvægtige person end de umiddelbare fysiske gener.

Svært overvægtige personer er underlagt en række fordomme, som kan føre til diskrimination af voksne på arbejdsmarkedet og mobning af børn i skolen. Selv sundhedspersonale har vist sig at have fordomme over for den overvægtige person, som bliver anskuet som karaktersvage og ude af stand til at gennemføre en evt. behandling¹⁶. På den baggrund er det forståeligt, at der ses en øget forekomst af manglende selvværd, social isolation, depression og angst blandt overvægtige.

12. Risikogrupper i relation til udvikling af svær overvægt

12.1 Identifikation

Som tidligere nævnt findes der befolkningsgrupper, som er særligt udsatte for at udvikle svær overvægt eller overvægtsrelaterede sygdomme.

Kvinder udvikler hyppigere ekstrem overvægt end mænd, og det sker ofte i forbindelse med graviditet og overgangsalder. Storrygere og især unge mennesker har en særlig risiko for at tage på i vægt efter rygeophør. Desuden findes der en række medikamenter, som øger risikoen for at tage på i vægt. Det drejer sig om såvel de ældre antidepressiva (tricykliske antidepressiva) som de nyere midler, om visse antipsykotiske midler og visse antiallergiske og antiepileptiske midler. Vægtøgning kan også forekomme ved behandling med høje doser af insulin eller kortison.

Personer med svær overvægt i familien vil have en øget risiko for selv at udvikle svær overvægt. Børn i familier med overvægtige forældre udvikler hyppigere svær overvægt, hvilket kan være relateret til såvel genetiske faktorer som kost- og motionsvaner i familien. Desuden vil personer med type-2 diabetes, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterolindhold i blodet eller personer med hjerte-karsygdom i den nærmeste familie, have en forhøjet risiko for at udvikle komplikationer i forbindelse med svær overvægt.

12.2 Opsporing

Tidlig opsporing er en forudsætning for en målrettet indsats over for personer med særlig risiko for udvikling af svær overvægt. Der findes imidlertid

¹⁶ BL Heitmann, Richelsen B, Laub Hansen G, Hølund U. Overvægt og fedme – befolkningens sundhed set i relation til den øgede forekomst af fedme i Danmark. Sundhedsstyrelsen 1999

ingen blodprøve, genetisk test eller andre diagnostiske hjælpemidler, som kan identificere højrisikogrupper. Derfor må man søge at indkredse disse personer på andre måder.

I den sammenhæng har den primære sundhedstjeneste en nøgleposition i forhold til at opfange uheldig vægtudvikling i tide. Den praktiserende læge kan reagere på konstaterede vægtændringer, som iagttages hos patienter, der henvender sig i anden anledning, og lade vægthåndtering indgå som en naturlig del af behandlingsplanlægningen i forbindelse med overvægtsrelaterede sygdomme (type-2 diabetes, hjerte-/ karsygdomme, forhøjet blodtryk og visse cancer- og gigtfomer). Ligeledes bør udskrivning af medicin, der har vægtøgning som bivirkning, ledsages af støtte til bevarelse af patientens udgangsvægt.

I forbindelse med graviditetsundersøgelser kan praktiserende læger og jordemødre spille en aktiv rolle med henblik på at støtte kvinder i at undgå unødvendig vægtstigning.

Hvad angår børn, kan de voksne, som omgiver børn, gribe tidligt ind, hvis barnet har en uheldig vægtudvikling. Børn, som før 6-års alderen udvikler en stigning i BMI ("adiposity rebound"), bør identificeres og tilbydes indsats. Den kommunale sundhedstjeneste gennemfører regelmæssige højde- og vægtmålinger, som sammenlignes med referencerværdier for forskellige aldersgrupper. Ved afvigelser bør der gribes ind tidligt, så man forebygger de vanskeligheder, der er forbundet med manifesteret udviklet svær overvægt. Praktiserende læger kan gribe ind i forbindelse med børneundersøgelserprogrammet, hvis de konstaterer begyndende vægtstigninger hos børn med kendt overvægt i familien. Pædagoger og lærere kan være med til at identificere og støtte børn og unge med overvægtsproblemer i forhold til mobning og social udstødelse, så disse børn kan indgå i sammenhænge med bevægelse og fysisk aktivitet.

Overvægtige teenagere har en høj risiko for at blive overvægtige voksne. Unge piger med begyndende overvægt eller etableret svær overvægt kan opfanges i forbindelse med henvendelser om prævention. Det er imidlertid vigtigt at skelne mellem naturlig kropsudvikling (herunder "hvalpefedt") og decideret overvægt. Unge mænd i risiko kan identificeres i forbindelse med session. Både over for børn og over for unge er det særligt vigtigt at balancere indsatsen i forhold til risikoen for at skabe problemer med kropsutilfredshed og forstyrret spiseadfærd.

12.3 Binge Eating Disorder (BED)

En særlig risikogrube kan karakteriseres ved tvangsoverspisning, kaldet Binge Eating Disorder (BED), som er en psykiatrisk lidelse. BED defineres som gentagne episoder med tvangsmæssige overspisninger (binges) uden opkastninger eller andre former for umiddelbar og uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd. BED er relateret til højt BMI, selvom ikke alle med BED er overvægtige. BED er klart forbundet med psyko-patologiske tilstande, især lavt selvværd, depression og angst. Patienterne forsøger oftest at bekæmpe overvægten i mange år, før de søger behandling. Spisemønsteret er kaotisk, og de ønsker normalvægt, men har ikke urealistiske ønsker om at blive tynde som fx anorektikere.

BED forekommer hos ca. 2% af den voksne befolkning, hvor mænd udgør 1/3 af patienterne. Blandt overvægtige forekommer BED hos ca. 8%. Blandt de personer, der opsøger behandling for overvægt er forekomsten af BED meget højere, måske op til 15%¹⁷.

17 Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende behandling af alvorlige spiseforstyrrelser. 2002

13. Vægttab

13.1 Sundhedsmæssige konsekvenser

Et stort antal undersøgelser dokumenterer, at slanke, vægtstabile personer har den laveste dødelighed, og at dødeligheden stiger med graden af overvægt, der overstiger et BMI på 30. Det er imidlertid endnu ikke undersøgt i randomiserede kliniske interventionsundersøgelser, om vægttabsbehandling af svær overvægt nedsætter dødeligheden tilsvarende. Den væsentligste grund hertil er, at det ikke har været praktisk gennemførligt at få tilstrækkeligt store undersøgelsesgrupper, der har tabt i vægt, og som har bibeholdt vægttabet i tilstrækkelig lang nok tid til, at man har kunnet observere en effekt på dødeligheden. Det forventes, at en stor svensk undersøgelse (Swedish Obesity Subjects Study) fremkommer med resultater, der belyser konsekvenserne for langtidssygelighed og dødelighed ved 20-30 kg's vægttab blandt svært overvægtige, opnået med kirurgisk behandling i form af ændringer af mavesækken. De foreløbige resultater tyder på, at risikoen for diabetesudvikling reduceres dramatisk, mens et tidligt fald i blodtrykket opvejes af en senere stigning - uanset bibeholdt vægttab.

Der er klart dokumenterede gavnlige *korttidsvirkninger* af vægttab, både med hensyn til psykisk og fysisk velbefindende, risikofaktorprofil og sygelighed. Den gavnlige virkning af vægttabet er særlig stor ved vægttab hos patienter, der allerede har udviklet eller viser tegn på udvikling af medicinske komplikationer til svær overvægt. Trods dette er der et stort behov for at gennemføre store interventionsundersøgelser. Det skyldes især, at en række observerende store befolkningsundersøgelser af sammenhæng mellem vægttab og dødelighed på lang sigt tyder på, at overvægtige, der taber sig, har højere dødelighed - især af hjerte-/karsygdomme - end overvægtige, vægtstabile personer har. Imidlertid er der visse metodemæssige problemer i befolkningsundersøgelserne, som gør det vanskeligt entydigt at konkludere, om det er farligt for svært overvægtige at tabe sig ved at nedsætte kalorieind-

taget og øge den fysiske aktivitet. De gængse indvendinger har været, at overdødeligheden og vægttabet begge skyldtes anden sygdom eller andre helbredsproblemer. Men også undersøgelser, der så godt som muligt udelukker denne fejlkilde og alene ser på tilsigtet vægttab, peger på en vis overdødelighed ved vægttabet.

Nogle undersøgelser tyder på, at der tilsyneladende ikke er øget dødelighed forbundet med tab af kroppens fedtvæv, hvis der ikke samtidig sker tab af den magre legemsmasse (fx muskler og knogler). Flere kliniske studier har desuden vist, at vægttab på baggrund af både nedsat energiindtagelse og øget fysisk aktivitet resulterer i stabilisering eller øgning af kroppens magre legemsmasse. Det betyder at fysisk aktivitet kan være af særlig betydning i tilgift til reduktion af kalorieindtaget i forbindelse med vægttab.

Flere befolkningsundersøgelser har vist, at vægtsvingninger er forbundet med øget dødelighed. Det har derfor været diskuteret, om gentagne slankekure (yoyo-slankning) er forbundet med øget helbredsrisiko. Der savnes imidlertid også her store, langvarige kliniske studier, som belyser dette problem. Til gengæld er det dokumenteret, at gentagne slankekure øger risikoen for spiseforstyrrelser.¹⁸

Konklusion

Sammenholdes undersøgelserne, er der belæg for at konkludere, at personer med stabil normalvægt har den bedste overlevelse, og at vægttab blandt overvægtige medfører bedre psykisk og fysisk velbefindende, gunstigere risikofaktorprofil og lavere sygelighed. Behandling af svær overvægt bør derfor fortsat tilrådes, især ved allerede tilstedeværelse af risikofaktorer eller komplikationer, og behandlingen bør formentlig omfatte såvel kalorierestriktion som øgning af det fysiske aktivitetsniveau. Undersøgelserne understreger således vigtigheden af at forebygge moderat og svær overvægt samt vægthåndtering til opnåelse af stabil vægt. Der er behov for fortsat forskning i hvilken behandlingsstrategi, der gavner de overvægtige mest.

18 Waadegaard M. Risk behaviour related to eating disorders among Danish adolescents. Ph. D. Afhandling, Københavns Universitet 2002

14. Faktorer, der påvirker risikoen for overvægt

Overvægt er udtryk for, at energiindtagelsen gennem længere tid har oversteget energiudgiften, hvilket benævnes positiv energibalance. Men årsagerne er komplekse, og overvægt kan ikke forklares alene ved, at man spiser for meget og bevæger sig for lidt. Der er mange faktorer, som kan have indflydelse på energibalancen. Det kan være *biologiske* (fx gener, køn og alder), *adfærdsmæssige faktorer* (livsstil, herunder især kost og fysisk aktivitet) og *miljømæssige* (fysisk, økonomisk og socialt miljø, fx tilgængelighed af sunde fødevarer, rammer og normer for udfoldelse af fysisk aktivitet, økonomiske incitamenter til en sund livsstil).

På *makroniveau* (nationer og store befolkninger) og *mikroniveau* (lokalsamfund eller familier) er det det fysiske, økonomiske og socio-kulturelle miljø, der bedst forklarer, hvor stor en andel af befolkningen, der vil udvikle svær overvægt; men disse faktorer kan ikke udpege, hvilke individer, der sandsynligvis vil blive svært overvægtige. På *individniveau* er det de biologiske og adfærdsmæssige faktorer, der spiller en afgørende rolle for, hvem der udvikler svær overvægt.

14.1 Biologiske faktorer

Gener:

Kropsvægten viser en klar tendens til familiær lighed, der ses hos begge køn samt hos både voksne og børn. Enkeltpersoners arvelige anlæg spiller en væsentlig rolle for forskellene i tilbøjeligheden til at udvikle overvægt og fedme. Varianter i mange forskellige gener synes at være involveret og forskellene i det enkelte gen spiller tilsyneladende oftest kun en mindre rolle. Der er kun identificeret ganske få gener med veldokumenteret betydning for udvikling af overvægt, og der er ikke grundlag for at overveje nogen form for genetisk testning til bredere grupper af overvægtige.

Det fælles miljø i familien vil også have en vis betydning for den familiære lighed i kropsvægt, så længe familiemedlemmerne bor sammen, men når børnene er vokset op og har forladt hjemmet bevares en familiær lighed, som alene beror på den fælles genetiske baggrund.

For den enkelte kan en familiær ophobning af overvægt betragtes som en risikofaktor, der kan tages som udgangspunkt for en tilrettelæggelse af både forebyggelse og behandling af overvægt, uanset om den familiære ophobning har en genetisk baggrund, som ikke i sig selv kan ændres. Er der en genetisk tilbøjelighed, vil det formentligt stille større krav til overholdelsen af forebyggelses- og behandlingstiltag.

Køn:

Kroppens fordeling af fedtvæv er forskellig hos de to køn, hvor kvinder har en forholdsvis større andel af fedt i kroppen sammenlignet med mænd. Kvindernes normale fedtfordeling består mest af underhudsfedt på hofter og lår (pæreform), mens fedtet hos mænd i højere grad fordeler sig i bughulen – både inde i bughulen og som underhudsfedt i maveregionen (æbleform). Fedtvæv, der ligger tæt på kroppens store blodbaner i bughulen, spiller en særlig rolle for en række metaboliske forstyrrelser knyttet til svær overvægt (fx insulinresistens og dyslipidæmi), mens underhudsfedt på hofter og lår ser ud til at spille en mindre rolle for følgesygdommenes opståen.

Alder:

I løbet af livet er der nogle kritiske perioder, hvor mennesket har en forhøjet tilbøjelighed til at ophobe fedt i kroppen¹⁹:

Fostertilstanden:

Høj fødselsvægt er associeret til svær overvægt senere i livet.

Lav fødselsvægt er associeret til abdominal svær overvægt hos midaldrende.

19 WHO, Obesity - Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on Obesity, Geneva, 1999. WHO, 2000.

IV. DOKUMENTATION

Førskolealder

BMI falder normalt frem til 6 års alderen, hvorefter det stiger med stigende alderen frem til 18 år. Tilvækst i BMI før 6 års alder ("adiposity rebound period") er associeret til svær overvægt som voksen.

Graviditet:

BMI øges ofte i forbindelse med graviditet og fødsel – især hos kvinder, der ikke ammer.

Kvinders overgangsalder:

Hos mænd sker der normalt en udjævning af vægttilvæksten ved 50-60 års alder, mens tilvæksten tenderer til fortsat at stige hos kvinder. Samtidig er der en tendens til en mere abdominal fedtfordeling hos kvinder efter overgangsalderen.

14.2 Adfærdsmæssige faktorer

Udvikling af svær overvægt forudsætter længere tids ubalance mellem indtag og forbrug af energi. Et gennemsnitligt energioverskud på omkring 50 kilokalorier pr. dag er tilstrækkeligt til, at der kan udvikles svær overvægt over en 5-års periode. Modsvarende kræver vægtreduktion en langvarig og bestående forandring af energibalancen gennem mindsket energiindtag og/eller øget energiforbrug. De adfærdsmæssige "håndtag", man kan dreje på i forbindelse med forebyggelse og behandling af svær overvægt, er således personers kost- og bevægevaner.

Kosten

Den måde, den enkelte person sammensætter kosten på, har betydning, både hvad angår fordeling af makronæringsstoffer (fedt, protein og kulhydrat) og indtagelse af drikkevarer (energiholdige drikke, såsom saftvand, sodavand, juice, øl, vin og spiritus). Desuden er der voksende fokus på de ikke-energi-givende næringsstoffers betydning for regulering af energibalancen (såsom calcium, jod, zink og selen), men også bioaktive indholdsstoffer, der ikke er næringsstoffer i traditionel forstand²⁰.

Høj energitæthed, sædvanligvis forårsaget af et højt fedt- og/eller sukkerindhold, har betydning for det samlede energiindtag og muliggør derfor en positiv energibalance med deraf følgende risiko for vægtøgning. En kost med reduceret fedtindhold og øget indhold af protein og komplekse kulhydrater har i et enkelt studie vist at kunne fremkalde vægttab uden restriktioner af energiindtagelsen. Desuden synes kulhydrattypen at spille en rolle. Sukkersødede drikkevarer ser ud til at virke lige så overvægtsbefordrende som en fedtrig kost. Der er ikke belæg for, at en kost med et fedtindhold baseret på monoumættede fedtsyrer i stedet for tilsvarende mængde mættet fedt indebærer fordele over for en fedtreduceret kost.

Betydningen af kostens sammensætning for energibalancen synes hovedsageligt at udspille sig gennem øget energiindtag og muligvis gennem virkning på appetitreguleringen, således at fedt og flydende sukker muligvis mætter dårligere pr. kJ end fiberrige kulhydrater samt protein. Derimod synes virkningen på energiomsætning og biotilgængeligheden af energi at spille en mindre rolle, men de videnskabelige resultater er ikke entydig på dette område.

Samlet kan det siges, at en energitæt kost (fx en kost med et højt indhold af fedt og/eller sukker - muligvis især sukker i flydende form), muliggør en positiv energibalance og kan dermed øge risikoen for moderat og svær overvægt hos især stillesiddende og i øvrigt overvægtsdisponerede personer. Tilsvarende må det forventes, at en kost med lav energitæthed og et højt indhold af fibre kan bidrage til at nedsætte risikoen for vægtøgning og svær overvægt.

Amning

Det er ikke klart, om amning beskytter mod svær overvægt. De seneste store undersøgelser tyder på, at der er en vis effekt, som måske er større, når forekomsten af svær overvægt i befolkningen er høj. De mekanismer, der er foreslået, knytter sig til lavere proteinindtag hos ammede børn, bioaktive stoffer i modermælken samt bedre kontrol af appetit og energiindtag hos det ammede barn.

²⁰ Richelsen B, Astrup A, Hansen GL, Hansen HS, Heitmann BL, Holm L, Kjær M, Madsen S AA, Michaelsen KF, Olsen S. Den danske fedmeepidemi: Oplæg til en forebyggelsesindsats. Ernæringsrådet 2003

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet øger energiomsætningen og kan, hvis negativ energibalance opnås og bibeholdes, bidrage til at forebygge deponering af fedt i kroppens fedtvæv. Desuden har fysisk aktivitet en positiv indvirkning på appetitregulering og insulinfølsomhed. Fysisk aktivitet kan gøre vægttab ved kostomlægning til energibegrænset kost mere markant. Men energiforbruget ved fysisk aktivitet er så relativt begrænset, at den fysiske aktivitet skal være betydelig for at kunne sidestilles med den negative energibalance, som man kan opnå gennem begrænset energiindtagelse.

Personer med lav forbrænding kan have en højere risiko for at udvikle overvægt, uanset om den lave forbrænding skyldes genetisk betinget lavt stofskifte, lav grad af spontan fysisk aktivitet eller et generelt lavt fysisk aktivitetsniveau (ingen sport eller anden energikrævende aktivitet).

Fysisk aktivitet har i sig selv en gunstig effekt på en lang række følgetilstande til svær overvægt, idet fysisk aktivitet kan forbedre insulinfølsomheden og dermed nedsætte risikoen for type-2 diabetes, dyslipidæmi og forhøjet blodtryk. Effekten er størst, hvis øget fysisk aktivitet kombineres med nedsat energiindtagelse.

Samlet kan det siges, at fysisk aktivitet er forbundet med opretholdelse af en stabil kropsvægt, men ikke med opnåelse af vægttab, med mindre der finder en samtidig kostomlægning sted²¹.

14.3 Miljømæssige faktorer

En positiv energibalance påvirkes af forhold, der øger energiindtagelsen og reducerer energiforbruget (fx *rigelig og fed mad*, kalorierige drikkevarer, store portionsstørrelser, tilgængelighed døgnet rundt og et samfund, hvor kun et *minimum af fysisk aktivitet* er nødvendigt for en stor del af befolkningen). En del af hverdagslivet, som tidligere krævede rela-

tivt stor muskelaktivitet, er erstattet af mekaniske transportmidler og hjælpemidler i hjem og på arbejde. Det er vanskeligt at bevare en neutral energibalance under forhold, hvor kravene til fysisk aktivitet på arbejdspladsen og i hjemmet er minimal, samtidig med at afstanden mellem hjem og arbejde som regel er så stor, at den ofte foregår med mekaniske transportmidler. Manglen på fysisk aktivitet nedsætter energiforbruget og gør det vanskeligt at bevare vægtstabilitet i et samfund med et rigeligt udbud af fødevarer.

Psykosociale problemer og vanskeligheder kan medføre eller fremme en tilbøjelighed til udvikling af overvægt hos både børn og voksne. Samspeilet mellem forældre og børn synes at have særlig betydning, og omsorgssvigt kan lede til udvikling af overvægt. Der er således basis for en selvforstærkende proces, en ond cirkel, som det er en udfordring af bryde. Om disse sammenhænge går gennem overvægtsfremmende spise-, drikke- og motionsvaner er uvist, men det udelukker ikke at forebyggelse og behandling også baseres på påvirkning af disse vaner. For en bredere gennemgang af psykosociale aspekter af overvægtsproblemet henvises til Ernæringsrådets rapport²¹.

14.4 Andet

Andre forhold kan indirekte påvirke energibalancen. Visse *lægemidler* kan fx fremkalde vægtøgning ved at øge appetitten eller nedsætte den fysiske aktivitet. En lang række medikamenter (psykofarmaka, epilepsimidler, allergimidler, insulin og binyrebarkhormon m.v.) kan gribe ind i energibalancen og medvirke til udvikling af svær overvægt. Andre eksempler er *rygeophor*, hvor fjernelse af nikotin-eksponeringen øger appetitten og nedsætter energiomsætningen. Derudover kan der eksistere en række hidtil uerkendte faktorer, som kan have et væsentligt medansvar for den hastigt stigende udvikling i svær overvægt.

21 Richelsen B, Astrup A, Hansen GL, Hansen HS, Heitmann BL, Holm L, Kjær M, Madsen S AA, Michaelsen KF, Olsen S. Den danske fedmeepidemi: Oplæg til en forebyggelsesindsats. Ernæringsrådet 2003

15. Danskernes kostvaner

Danskernes kostvaner er undersøgt af Fødevaredirektoratet i 1985²², 1995²³ og 2000/01²⁴.

I perioden er der sket et jævnt fald i indtagelsen af fedt. Alligevel er fedtindholdet i den danske kost for højt i forhold til det anbefalede, idet fedtenergi-procenten er 33% mod anbefalet 30%. Over 10% af befolkningen får mere end 40% af energien fra fedt.

Energiindtagelsen er faldet en del blandt både børn og voksne, men børns og unges indtagelse af sukker er alt for højt. 14% af børnenes energiindtagelse kommer fra sukker (anbefalingen er max 10%), og tre ud af fire børn og unge spiser for meget sukker. Over halvdelen af sukkeret kommer fra slik, kager og is. Mere end en tredjedel kommer fra sodavand og forskellige slags saftvand. Siden 1995 er indtagelsen af disse drikke øget blandt børn. I dag drikker børn i alderen 4-14 år i gennemsnit det, der svarer til 1/2 liter sodavand hver anden dag. Det bliver til 1 1/2 liter om ugen.

Indtagelsen af frugt og grønt er øget blandt både børn og voksne, men kun 11% af de voksne og 20% af børnene får de anbefalede mængder, som er 600 g om dagen for voksne og 400 g om dagen for børn under 10 år.

Forsyningsstatistikker fra perioden 1955-1995 understøtter kostundersøgelsernes resultater, og viser, at danskernes kostvaner har udviklet sig i både positiv og negativ retning. På positivsiden tæller, at forsyningen af fedtstoffer og sukker er faldet, mens forsyningen af grønsager er steget. Det er imidler-

tid negativt, at forsyningen af havregryn, kartofler, kål og rugmel er faldet, og at forsyningen af hvedemel og andre mindre fiberrige mel/gryn er steget. Desuden er forsyningen af æg, ost, madolie og alkohol mere end fordoblet.

Konklusion

Både de selvrapporterede data fra kostundersøgelserne og forsyningsstatistikkerne underbygger, at danskernes kostvaner har forbedret sig på mange punkter siden 1995. Den gennemsnitlige energiindtagelse er faldet gennem de sidste årtier samtidig med, at forekomsten af overvægt er steget. Det kunne tyde på, at den aktuelle stigning i antallet af overvægtige danskere ikke skyldes stigning i indtagelsen af energi, men derimod et fald i energiforbruget i befolkningen. Den forandrede alderssammensætning af befolkningen i retning af flere ældre mennesker kan spille en vis rolle, idet relativt flere ældre medfører lavere energibehov pr. indbygger. En anden årsag kan være fald i befolkningens fysiske aktivitetsniveau. Man skal imidlertid være opmærksom på, at disse gennemsnitstal dækker over en skæv fordeling, som betyder, at der er grupper i befolkningen, som har et uheldigt sammenfald af usunde vaner, både hvad angår kost og fysisk aktivitet.

Under alle omstændigheder tyder udviklingstrækene på, at selvom gennemsnitsdanskeren indtager mindre energi i dag end tidligere, så er det stadigvæk for meget i forhold til befolkningens alderssammensætning og fysiske aktivitetsniveau. Især giver børn og unges høje sukkerforbrug anledning til bekymring.

22 Danskernes kostvaner 1985, Levnedsmiddelstyrelsen, Publikation nr. 136, 1986

23 Danskernes kostvaner 1995 : Mad og måltider. Fødevaredirektoratet, 1999

24 Danskernes kostvaner 2000-2001 : Udviklingen i danskernes kost - forbrug, indkøb og vaner. Fødevaredirektoratet, 2002

16. Fysisk aktivitet blandt danskere

Voksne

SIF's sundheds- og sygelighedsundersøgelse²⁵ viser, at flere og flere danskere har fået stillesiddende arbejde. 37% blandt erhvervsaktive danskere har stillesiddende arbejde i 2000 mod 33% i 1987. Inden for samme periode ses der en reduktion i andelen af voksne med stillesiddende fritidsaktiviteter fra 21% i 1987 til 16% i 2000. I 2000 var i alt 12% af de voksne danskere fysisk inaktive i såvel arbejds- som fritiden, og det ser ikke ud til, at de der er inaktive i arbejdstiden kompenserer ved at være aktive i fritiden. Blandt dem, der har det mest fysisk belastende arbejde, finder man oven i købet den største andel, som dyrker konkurrence- og motionsidræt, men der i denne gruppe også relativt flere, som er stillesiddende i fritiden.

Hvad angår det huslige arbejde, er det blevet lettet betydeligt gennem mekaniske hjælpemidler. Desuden spiller udbredelsen af TV og computere sandsynligvis en vigtig rolle for fysisk inaktivitet i fritiden.

Børn og unge

Mange børn er meget aktive i deres hverdag, men mellem 15 og 20% af danske børn er slet ikke aktive i løbet af en dag, og der er store sociale forskelle i børns motionsaktiviteter. Udover, at de motionsaktive børn trives bedre helbreds-mæssigt og socialt end de børn, der ikke dyrker motion, viser det sig, at personer, der har været aktive som børn

er mere motiverede for at være aktive som voksne. Selvom de i en periode har været inaktive, vil de således være mere motiverede for at genoptage den fysiske aktivitet og ligeledes være mere påvirkelige over for interventioner²⁶.

Ved 15 års alderen sker der et virkeligt fald i antallet af unge, som er fysisk aktive. I perioden mellem 15 og 20 år bevarer cirka halvdelen aktivitetsniveauet. Der er 13-15%, som er meget inaktive, og som bliver ved med at være inaktive. En tredjedel bliver mindre aktive. Men 13-15% bliver mere aktive mellem 15-20 år. På den måde kan man sige, at der ligger et potentiale for at motivere unge til at blive fysisk aktive²⁷.

Der bliver stadig større afstand mellem de fysisk aktive og de fysisk inaktive. Tal fra European Youth Heart Study (1985-1997) viser, at de fysisk inaktive blevet endnu mere inaktive, og det er også den andel, der tæller de fleste sygdomstilfælde²⁷. Sammenlignes danske børn med børn i andre lande, der indgår i HBSC-undersøgelsen (Health Behaviour in Schoolchildren)²⁸, ligger danske børn – med undtagelse af 15-årige piger – lavt i motionsaktivitet.

I slutningen af 90'erne var børns fysiske form ringere end den var i 1980'erne. Målingerne peger desuden på en højere grad af polarisering, således at der i slutningen af 1990'erne var en større forskel mellem de børn og unge, som var i dårlig fysisk form og de, som var i god fysisk form, end der var midt i 80'erne²⁹.

25 Kjøller M, Rasmussen NK (red.). Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000, Statens Institut for Folkesundhed 2002

26 Skolebørnsundersøgelsen 1998 : Sundhed, sundhedsvaner og sociale forhold / Mette Rasmussen, Pernille Due og Bjørn E. Holstein. - Kbh.: Institut for Folkesundhedsvidenskab. 2000

27 Børn og motion : Konferencerapport . Forum for motion, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002

28 Currie C. Health Behavior in schoolchildren: a WHO gloss national study (HBSC): international report. Copenhagen 2000

29 Wedderkop N. Atherosclerotic Cardiovascular Risk Factors in Danish Children and Adolescents. A Community based approach with a special reference to Physical Fitness and Obesity. Ph.D. Thesis. University of Southern Denmark, 2002

IV. DOKUMENTATION



Transport

Den daglige transport er blevet mindre fysisk krævende, og der er en ændret demografisk struktur, som indebærer større afstand mellem hjem og arbejde. Bilparken vokser år for år og er især i de senere år vokset drastisk. I 2000 var der knap 70% mere biltrafik end i 1984³⁰. Der er dog stadig mere end dobbelt så mange cykler som biler i Danmark, idet der er 4,5 million cykler, mens der kun er en personbil for hver tredje indbygger. Cykeltrafikken har i perioden ligget på et mere stabilt niveau, men der er dog en faldende tendens de senere år. Faldet i cykeltrafikken gælder dog ikke i København. Det ses også, at antallet af cyklister i høj grad afhænger af vejret den enkelte dag.

Danmarks Transportforskning har i 2002 udgivet rapporten "Sikre skoleveje. En undersøgelse af børns transportvaner og trafiksikkerhed"³¹. Andelen af børn, der cykler til og fra skole, er faldet med knap 30% i perioden fra 1993 til 1998/2000. I samme periode er der sket en fordobling af antallet af børn

pr. skole, der bliver kørt i bil til og fra skole. Benyttelse af kollektiv trafik er ligeledes steget. Undersøgelsen viser, at alder, køn, udbud af kollektiv trafik, bil til rådighed, afstand mellem skole og hjem samt bystruktur har betydning for valg af transportform for børn.

Danmarks Transportforskning vurderer, at fordoblingen i antal børn, der bliver transporteret i bil, i 5-10% af tilfældene kan henføres til stigende bilrådighed, mens 55-60% af stigningen henføres til ændringer i opfattelser og holdninger. Holdningsændringerne består primært af en stadig mindre positiv holdning til at cykle, evt. pga. af flere bekymringer omkring trafiksikkerhed og/eller mindre robsthed over for dårligt vejr.

Disse markante ændringer i børns transportvaner kan være en medvirkende årsag til den stigning i forekomsten af svær overvægt, der ses hos børn og unge.

30 Danmarks Statistik: Danmark i tal 2002 og Vejdirektoratet: Transportvaneundersøgelserne 1998-99 og 1999-00. Se i øvrigt Dansk Cyklistforbunds hjemmeside: www.dcf.dk.

31 "Sikre skoleveje. En undersøgelse af børns transportvaner og trafiksikkerhed". Danmarks Transportforskning 2002

17. Forebyggelse

Det følgende er baseret på resultaterne af den svenske MTV rapport fra 2002³² samt på Ernæringsrådets rapport 2003³³.

De fleste interventionsstudier har beskæftiget sig med forskellige typer af informationsindsatser vedrørende kost og/eller motion. Der savnes imidlertid studier, hvor man har kombineret kostinformation med opfordring til og mulighed for øget fysisk aktivitet i hverdagen. De fleste studier er endvidere begrænset ved, at man kun har anvendt ændringer i gennemsnitligt BMI som effektmål og ikke ændringer i forekomst af overvægt. Samtidig mangler detaljerede beskrivelser af de pædagogiske teorier og metoder bag de forskellige indsatser, hvilket gør det vanskeligt at udlede direkte handlingsanvisende konklusioner på baggrund af gennemgangen. Dette forhold afspejler snarere en mangel på redegørelse for det teoretiske grundlag for interventionerne end mangler ved den svenske ekspertgruppes gennemgang.

17.1 Forebyggelse af overvægt hos voksne

Der er meget sparsom dokumentation for langsigtet effekt af intervention til forebyggelse af svær overvægt som sådan, idet de fleste samfundsbaserede interventionsprogrammer har haft intervention over for risikofaktorer for hjerte-/karsygdom som primært formål. Resultaterne viser, at det er muligt at mindske øgningen af svær overvægt i en befolkning, men resultaterne tyder også på, at det er væsentligt sværere at forebygge svær overvægt end at sænke kolesteroltal og begrænse rygning.

Hvis man kigger på korttidseffekten på energibalance og eventuel vægtændring, tyder foreløbige resultater på, at lavintensitets oplysnings- og inspirationsprogrammer, som har til formål at forebygge vægtstigning hos voksne, kan have positiv effekt på kropsvægt.

Der er få solide ledetråde om forbedring af de sundhedsprofessionelles håndtering af forebyggelse og behandling af overvægtige. Der er dog nogle metoder, som er særligt lovende, og som bør undersøges nærmere. De omfatter påmindelsessystemet, kortvarig træning og uddannelse af sundhedspersonalet, fælles tværfaglig / tværsektoriel indsats og behandling hos diætist.

Med henblik på at anvise metoder til mere effektiv og specifik forebyggelse af overvægt er det nødvendigt at udarbejde og vurdere nye strategier, som tager udgangspunkt i danske forhold og retter sig mod den danske befolkning.

17.2 Forebyggelse af overvægt hos børn og unge

De fleste interventionsprogrammer over for børn og unge har haft skolen som ramme, og har omfattet stimulering til fysisk aktivitet og sunde madvaner. Specifikt synes en indsats med fokus på at reducere TV-kigning at være et lovende delelement i forebyggelsen af overvægt hos børn og unge. Interventioner med en kombination af strategier er desværre ikke undersøgt. Skolebaserede interventioner kombineret med involvering af familien synes dog at have en vis effekt. Det er ikke undersøgt, om forekomsten af spiseforstyrrelser øges i skoler, hvor man forsøger at forebygge overvægt med en indsats over for kost og fysisk aktivitet.

Den begrænsede mængde tilgængelige kvalitetsdata gør det imidlertid umuligt at formulere generelle konklusioner om effektiviteten af forebyggelsesinterventioner over for børn. Det er nødvendigt med flere studier for at klargøre, hvilke indsatser, der er effektive. Men på trods heraf er det vigtigt at skride til handling nu og sikre opbygning af den viden, der mangler.

32 Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2002

33 Richelsen B, Astrup A, Hansen GL, Hansen HS, Heitmann BL, Holm L, Kjær M, Madsen S AA, Michaelsen KF, Olsen S. Den danske fedmeepidemi: Oplæg til en forebyggelsesindsats. Ernæringsrådet 2003

18. Behandling

Vægttab/Væghåndtering (BMI ≥ 30 kg/m²)

Grundlaget for al behandling af svær overvægt hos både børn og voksne er overgang til en kost, som indeholder mindre energi, kombineret med anbefalinger om regelmæssig motion. Medicin kan komme på tale hos voksne. Vægttab, som opnås på denne måde, kan være af stor betydning for såvel livskvalitet som risiko for sygdom på kort og lang sigt. Problemet er imidlertid, at den svære overvægt ofte kommer igen. Efter fem år er de fleste tilbage ved udgangsvægten.

Det er således nødvendigt at betragte svær overvægt som en kronisk tilstand, der kræver en livslang indsats og kontrol. For at behandling af svær overvægt skal give varige resultater, kræver det en vedvarende indsats fra patientens side. På grund af risiko for tilbagefald er det centralt at opnå vægstabilitet. Der er tale om at behandle en kronisk tilstand, som udgør en trussel mod helbredet og ikke om blot at overveje kosmetiske fordele ved vægttab. Desværre savnes der sikker viden med hensyn til, om langvarig behandling og opfølgning vil give bedre resultater end de metoder, som man hidtil har vurderet effekten af.

Den primære behandling retter sig mod overvægtens fysiologiske årsager (ubalance mellem energiindtag og -udgift). Behandling af svær overvægt drejer sig ikke blot om, hvad de fleste forstår ved traditionel medicinsk behandling, men mere om en tværfaglig pædagogisk-psykologisk indsats med det formål at skabe livslang ændring i livsstil.

Der er inden for de senere år publiceret flere større rapporter vedrørende behandlingen af moderat og svær overvægt. I Danmark har Dansk Selskab for Adipositasforskning publiceret klaringsrapporten: "Svær overvægt i Danmark"³⁴ samt, sammen med

Dansk Kirurgisk Selskab, klaringsrapporten "Er der indikation for kirurgisk behandling af ekstrem overvægt i Danmark?"³⁵. I den første klaringsrapport anbefales kronisk behandling og opfølgning, og der blev foreslået kliniske retningslinier til behandling og opfølgning af svær overvægt. I den anden klaringsrapport blev det konkluderet, at kirurgisk behandling kan/bør tilbydes specielt udvalgte ekstremt svært overvægtige, hvilket på det daværende tidspunkt skønsvist ville dreje sig om 15.000 til 20.000 danskere.

National Institutes of Health, U.S.A udgav i 1998 "Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults - The Evidence Report"³⁶.

De følgende afsnit 18.1-18.6 er i hovedtræk baseret på denne rapport.

18.1 Mål for vægttab

Det generelle mål for vægttab og væghåndtering er at reducere kropsvægten, at vedligeholde den lave kropsvægt over lang tid samt at undgå yderligere vægtøgning. Det initiale mål for behandling er et vægttab på ca. 10% af udgangsvægten. Når det er opnået, kan yderligere vægttab forsøges, hvis det findes indiceret.

18.2 Fordele ved vægttab

Der er god evidens for, at vægttab nedsætter blodtrykket hos overvægtige og svært overvægtige personer med forhøjet blodtryk, nedsætter total kolesterol, LDL-kolesterol og triglycerid samt øger lave niveauer af HDL-kolesterol i blodet hos moderat og svært overvægtige personer med dyslipidæmi, samt nedsætter forhøjet blodsukker hos moderat og svært overvægtige personer med type-2 diabetes eller nedsat glucosetolerance.

34 Svendsen OL, Heitmann BL, Mikkelsen KL, Raben A, Rytting KR, Sørensen TIA et al. Svær overvægt i Danmark. Klaringsrapport. Ugeskr Læger 2001;163 Suppl 8

35 Richelsen B, Almdahl T, Burchart R, Heindorff H, Jensen PF, Kølendorf K. "Er der indikation for kirurgisk behandling af ekstrem overvægt i Danmark?" Klaringsrapport. Ugeskr Læger 2001; Suppl 7

36 Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults – The Evidence Report. National Institutes of Health, USA. NIH Publication No 98-4083, 1998

18.3 Metoder til opnåelse af vægttab ved livsstilsintervention

På baggrund af randomiserede kliniske interventionsundersøgelser er der god evidens for, at behandling med henblik på vægttab og efterfølgende vægthåndtering bør bestå af en kombination af energireduceret kost, øget fysisk aktivitet og adfærdsmodifikation.

En individuel diæt med en reduktion i energiindtag på 2-4 MJ pr. dag bør være en integreret del af enhver behandling, som har som formål at medføre vægttab på 0,5-1 kg pr. uge. Reduktion af fedtindtag uden samtidig reduktion af energiindtag er ikke tilstrækkeligt til at fremkalde vægttab, men kan sammen med reduktion af kulhydratindtag gøre reduktionen i energiindtag lettere.

Fysisk aktivitet - som del af en mere omfattende vægttabsbehandling og vægthåndtering hos overvægtige og svært overvægtige voksne personer - bidrager i begrænset omfang til vægttab (især abdominalt fedt), øger kardiopulmonal fitness og kan hjælpe med opretholdelse af vægtstabilitet. Der anbefales et initialt moderat niveau af fysisk aktivitet på 30-45 minutter 3-5 dage om ugen.

Adfærdsstrategier til ændringer i kost og fysisk aktivitet er et nyttigt supplement til at opnå vægttab og efterfølgende vægthåndtering. Adfærdsmodifikation hos svært overvægtige voksne har bidraget til et vægttab på ca. 10% over fire måneder til et år. Der synes ikke at være forskel på forskellige typer af strategier til adfærdsmodifikation. Multidimensionale og intensive strategier synes at virke bedst og er forbundet med størst vægttab.

18.4 Farmakologisk behandling

Lægemidler til vægttab, som er godkendt af Lægemiddelstyrelsen, kan bruges som en del af et omfattende vægttabsprogram med energirestriktiv diæt og fysisk aktivitet for patienter med BMI ≥ 30 uden overvægtsrelaterede risikofaktorer eller sygdomme samt personer med BMI > 27 med samtidige risikofaktorer eller sygdomme. Løbende bestemmelse af lægemidlets effekt og bivirkninger er nødvendig.

18.5 Kirurgisk behandling

Kirurgi med henblik på vægttab er en mulighed for omhyggeligt udvalgte patienter med klinisk ekstrem overvægt (BMI ≥ 40 eller ≥ 35 med samtidig forekomst af overvægtsassocierede risikofaktorer eller sygdom), når sædvanlig, ikke-kirurgisk behandling har slået fejl, og patienten har høj risiko for overvægtsrelateret sygelighed og dødelighed. Undersøgelser tyder på, at livslang medicinsk kontrol efter kirurgisk behandling er nødvendig.

18.6 Opfølgning på behandling

Når der er opnået et vægttab, er den store udfordring at vedligeholde det opnåede vægttab og undgå en vægtøgning. Vægthåndtering i form af kost, fysisk aktivitet og adfærdsmodifikation efter et succesfuldt vægttab øger sandsynligheden for vedligeholdelse af vægttabet. Vægthåndteringen skal almindeligvis fortsætte livslangt. Farmakologisk behandling kan også bruges, men disse lægemidlers effekt og bivirkninger på lang sigt, er ikke kendt.

Litteraturen antyder, at behandling med henblik på vægttab og vægthåndtering så vidt muligt bør omfatte hyppige kontakter mellem patient og behandler og bør foregå over længere tid. Dette kan medføre øget succes i behandlingen.

18.7 Binge Eating Disorder (BED)

Patienter med BED har flere behandlingskrævende problemer: tvangsmæssige overspisningsepisoder, svær overvægt og psykiatriske følgelidelser. Det vides endnu ikke, hvad der er den bedste behandling for BED. Psykologisk, farmakologisk og psykiatrisk behandling alene, er i sig selv ikke tilstrækkelige. Livsstilsbehandling og diæter resulterer i vægttab for folk med og uden BED, men personer med BED tager hurtigere det tabte på igen, og der er stadig betydelig psykisk lidelse og spiseforstyrrede symptomer til stede.

IV. DOKUMENTATION

Der kræves en langvarig og integreret behandling med flere former for intervention, og behandlingen kræver højt specialiseret tværfagligt personale³⁷. Psykologisk behandling, individuelt, eller i grupper er det primære, men patienterne taber sig ikke ved psykologisk behandling alene. Der bør suppleres med livsstilsbehandling som kostvejledning,

motionsprogram samt symptom- og vægtkontrol. Moderat diæt kan overvejes, men streng diæt må frarådes og mål for vægttab skal være realistiske og ikke over 10% vægtreduktion over 6 måneder. Fastholdelse af resultaterne bedres ved inddragelse af familien i behandlingen.

37 Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende behandling af alvorlige spiseforstyrrelser, 2002

IV. DOKUMENTATION



V. INDSATS I DANMARK

For at skabe et overblik over indsatsen over for svær overvægt sendte Sundhedsstyrelsen i efteråret 2001 en forespørgsel ud til alle landets amter om eksisterende initiativer og aktiviteter vedrørende forebyggelse og behandling af svær overvægt. De indkomne besvarelser var imidlertid meget uens og viser stor spredning i forebyggelsesindsatsen. Desuden har der vist sig at være et begrænset kendskab fra amternes side til hvad, der foregår på kommunalt plan og i de forskellige sektorer. Der er imidlertid mange forsøg på nytænkning og integrerede indsatser i både offentligt og privat regi, og en udtømmende beskrivelse vil ikke være mulig på dette sted.

Den følgende beskrivelse vil derfor nøjes med at præsentere eksempler på forebyggelses- og behandlingstilbud, som findes i Danmark i dag. Beskrivelsen intenderer således ikke at være dækkende for alle

aktiviteter, og de valgte eksempler er ikke udtryk for en prioritering, men udelukkende eksempler på, hvordan indsatsen kan gribes an i praksis.

Som opfølgning på handlingsplanen vil der blive etableret en central internetbaseret database til inspiration for alle, der arbejder med forebyggelse og behandling af svær overvægt. Sundhedsstyrelsen vil oprette en hjemmesidefunktion, som henvender sig til beslutningstagere, sundhedsprofessionelle, andre professionelle samt borgere med interesse for svær overvægt. Der vil blive stillet målgruppeorienteret faglig viden til rådighed, både i form af viden om svær overvægt som sundhedsproblem og viden om metoder til forebyggelse og behandling. Desuden er det hensigten at opbygge en erfaringsbank, som kan give inspiration og danne baggrund for metodeudvikling og netværksdannelse.



19. Forebyggelse

I det følgende bringes en række eksempler på initiativer i forskellige miljøer:

19.1 Grundskolen

"Krop skal der til",
SST, DR-Undervisning
www.dr.dk/undervisning

"Kom i gang",
SST, www.komigang.com

"Alt om kost"
Fødevaredirektoratet, www.altomkost.dk

"Børn, mad og bevægelse"
(Modelprojekt), Fyns Amt

"Bevægelige daginstitutioner"/"Handleplan for idræt i skolen"
(Modelprojekt), Ballerup Kommune

"Skolernes motionsløb",
Dansk Skoleidræt og Hjerteforeningen

19.2 Gymnasier

"Motion styrker livet", SST

19.3 Befolkningsrettede initiativer

"6 om dagen" – et samarbejde mellem Fødevaredirektoratet, Ernæringsrådet, Forbrugerinformation, Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Forskningsforeningen Frugt, Grønt og Kartoffler samt Gartnerbrugets Afsætningsudvalg med henblik på at fremme forbruget af frugt og grønt i Danmark

"Vi Cykler til Arbejde" – et motionssamarbejde mellem Dansk Cyklistforbund og Dansk Firmaidrætsforbund

"Undersøgelser af befolkningens motivation og barrierer for fysisk aktivitet", Sundhedsstyrelsen og Hjerteforeningen

"Kommunal strategi mod overvægt hos børn" (både tiltag til forebyggelse og behandling), Århus Kommune

20. Behandling

Behandlingstilbud i Danmark varetages primært af de praktiserende læger, private organisationer og kommercielle virksomheder. Der er kun ganske få offentlige målrettede tilbud, som er implementeret i drift, og tilbuddene er geografisk meget skævt fordelt.

20.1 Offentlige tilbud om vægttab

Sygehuse

En undersøgelse gennemført blandt landets sygehuse i 2000 viste, at det er gået tilbage mht. behandling af svær overvægt siden 1987³⁸. Der blev i 2000 henvist omkring 1400 patienter om året og mellem 500-900 patienter blev afsluttet, det er således kun få promiller af de svært overvægtige patienter som får hjælp fra sygehussektoren. Mange patienter blev afvist pga. ressource- og kapacitetsproblemer. Endvidere viste undersøgelsen, at 76% af de adspurgte sygehuse behandler svær overvægt, hvilket var færre end i 1987.

Praktiserende læger

Nogle praktiserende læger har oprettet tværfaglige vægttabskurser for patienter med svær overvægt og/eller overvægtsrelaterede sygdomme.

Kliniske diætister

Otte amter har rapporteret om tilbud om henvisning til individuel kostvejledning hos klinisk diætist. Imidlertid er diagnosen adipositas kun i få af amterne egentlig årsag til henvisning. Kapacitet for de kliniske diætister er således omkring 2000 patienter om året.

Amt/Kommune

21 kommuner og 4 amter rapporterede om tilbud, der var målrettet overvægtige. Disse aktiviteter var præget af projektstatus, og kun et amt og en kommune beskriver, at de har implementeret tilbuddet i drift.

Eksempler:

"Livsstilscenteret", bl.a. tilbud til overvægtige patienter, Brædstrup, Vejle Amt

"Tab og vind", tilbud til overvægtige børn i Holbæk Kommune

20.2 Private organisationer

Med den stigende forekomst af svær overvægt er der opstået et behov for tilbud om vægttab og behandling af de psykosociale aspekter af svær overvægt. Det har udløst en række tilbud fra private organisationer, som driver deres virksomhed med eller uden offentligt tilskud.

Eksempler:

4 Julemærkehjem med en kapacitet på ca. 200 børn/år (tilbud til børn der trænger til et puseterum i hverdagen, herunder overvægtige børn)

Der findes en række højskoler, daghøjskoler, aftenskoler samt enkelte efterskoler, som har særlige kurser for overvægtige. Dertil kommer rådgivning og kurser hos patientforeninger samt web sites med rådgivning (Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Diabetesforeningen o.a.). På det seneste har en række TV-programmer beskæftiget sig med vægttab og givet råd til overvægtige.

En række private organisationer har tilbud til overvægtige, som ønsker at tabe sig. Der er stor forskel på de forskellige tilbud med hensyn til dokumenteret effekt. Nogle af dem gør en udmærket og seriøs indsats, mens andre profiterer på folks ønsker om at opnå et hurtigt vægttab med minimal personlig indsats.

38 Fischer MLB, Svendsen OL. Adipositas på danske sygehuse - behandling anno 2000. Ugeskr Læg 2002; 164(24): 3195-3199

V. INDSATS I DANMARK

Eksempler på aktører i privat regi:

Vægtvogterne og De danske Vægtkonsulenter
Privat praktiserende psykologer og psykoterapeuter

Private klinikker med akupunktur, zoneterapi, elektroterapi, tang-bandagering o.a.

Motionscentre med specialtilbud til overvægtige
Pulverkure og måltidserstatninger fra lægemiddelindustrien og pyramideselskaber.

Naturlægemidler og kosttilskud forhandlet gennem dagligvarehandlen, materialhandlen, apoteker, naturkost forretninger og kuponhæfter.

Effekter til egenbehandling (sandaler og skoindlæg med zoneterapeutisk virkning, elektroterapeutisk udstyr til hjemmebrug o.a.)

Foldere og websites om sundhed og ernæring fra kædebutikker og brancheorganisationer CD'er og bøger om slanketure, motion, livsstilsomlægning og specialkost

Kommercielle web sites med gratis information om sundhed, kost og motion (fx Netdoktor, ugeblade og tidsskrifter med artikler om sundhed, kost og motion)

I løbet af de senere år er der etableret et antal interesseorganisationer af overvægtige, som tilbyder deres medlemmer støtte af forskellig karakter (fx Adipositasforeningen, Fnuggi, Fnuggeline, Fat Parade og Sylfiderne). Dertil kommer en række selvhjælpsgrupper for overvægtige.

20.3 Partnerskaber

Eksempler:

Storstrøms Amt, dets sygehuse og kommuner i amtet arbejder sammen om indsatser over for overvægtige gravide og overvægtige børn og unge

”Play” - et samarbejde mellem DGI og Københavns Kommune om alternative motionstilbud og træning af instruktører

Københavns Kommune, Forskningsinstitut for Human Ernæring, Rigshospitalet, DGI og Københavns Kommune samarbejder om et modelprojekt med integreret livsstilsintervention over for svært overvægtige børn og deres familie med anvendelse af psykolog, motionsinstruktører, diætister, kokke m.fl.

Thisted Kommune i samarbejde med Folkeligt Oplysnings Forbund om tilbud til overvægtige børn med team af sundhedsplejerske, klinisk diætist, psykolog, idrætslærer, pædagog og sundhedskoordinator

Vejle Amt og Horsens Kommune i samarbejde med detailhandelen om projektet ”Horsens Let By” med bl.a. selvhjælpsgrupper samt fokus på sund kost og børn

Ebeltoft Kurcenter og Arbejdsformidlingen i en række kommuner

Diabetesforeningen (Motivationsgrupper i fem amter: Vestsjælland, Nordjylland, Ringkøbing, Storstrøm og Viborg)



21. Uddannelser

Der findes ingen målrettet uddannelse i offentligt regi med henblik på at varetage intervention overfor overvægtige. Der er således ikke en specialisering inden for de medicinske uddannelser, der er målrettet mod behandling og forebyggelse af overvægt. Der er flere professorer, som beskæftiger sig med forskellige aspekter af overvægt, men der er ingen lærestol – og således heller intet specifikt professorat til varetagelse af fagområdet.

Efteruddannelsesstilbud til f.eks. de sundhedsfaglige professioner varetages p.t. af Dansk Selskab for Adipositasforskning samt medicinalvirksomheder og andre udbydere af slankeprodukter. Efteruddannelse af f.eks. fysioterapeuter eller psykologer inden for feltet eksisterer ikke. Der er kun få private tilbud om uddannelse inden for området.

VI. BEHOV FOR YDERLIGERE DOKUMENTATION

Evidensgrundlaget bør styrkes gennem oprustning/målretning af forskningen. Det er i den sammenhæng af stor betydning, at det fortsatte arbejde med at opbygge videnskabelig dokumentation, hvor det er muligt, foregår i et tæt samspil med den praktiske implementering af planen. Det anbefales at bl.a. følgende områder styrkes:

1. Dokumentation og monitorering af indsatsen
2. Opdaterede og forbedrede monitoreringssystemer til måling af trends i udviklingen af befolkningens overvægt og vægtudvikling, ernæringstilstand, fysisk aktivitetsniveau og de miljømæssige determinanter herfor
3. Særlige forebyggelsesindsatser med børn som målgruppe
4. Modelprojekter, som evaluerer effekten af indsatser over for rammer og livsstil i forskellige "settings" (skoler, dagpasning, arbejdspladser, restauranter, kantiner, fast food udsalgssteder, cateringsektoren i øvrigt)
5. Afklaring af de sundhedsmæssige konsekvenser (såvel sygdom som død) af svær overvægt
6. Fortsatte studier til mere præcis afklaring af sammenhængen mellem kropssammensætning/sygdomsrisiko/død
7. Forbedrede indikatorer til klassificering af overvægt og kropssammensætning samt forbedrede mål for indtag af levnedsmidler og fysisk aktivitet i befolkninger
8. Udvikling og validering af indikatorer for biologiske og genetiske determinanter for vægtøgning og overvægt
9. Udvikling af redskaber til identifikation af normalvægtige personer i særlig risiko for vægtøgning
10. Udvikling af redskaber til identifikation og motivation af overvægtige i særlig risiko for udvikling af fedmens følgesygdomme
11. Effekten af mærkning af levnedsmidler på produktudvikling, forbrugervalg, kostvaner
12. Effekten på befolkningens sundhedsadfærd af økonomisk regulering gennem tilskud og afgifter
13. Udvikling og validering af indikatorer for psykosociale og miljømæssige determinanter for vægtøgning og overvægt
14. Studier til yderligere belysning af psykosociale determinanter af overvægt/svær overvægt
15. Studier til vurdering af effekten af integrerede forebyggelses- og behandlingsindsatser med inddragelse af psyko-sociale forhold
16. Kvalitetssikring af løbende aktiviteter
17. Virkning af nye medicinske og kirurgiske behandlingsmetoder til vægttab

Forslagene er ikke listet i prioriteret orden, og listen er ikke udtømmende. Det er vigtigt at sætte bredt ind med såvel grundforskning som anvendt forskning. Der er et påtrængende behov for at skabe ny viden, så fremtidens forebyggelse og behandling af svær overvægt kan hvile på et solidt videnskabeligt fundament.

BILAG 1

Kommissorium for den eksterne arbejdsgruppe til udarbejdelse af "National plan vedrørende svær overvægt i Danmark"

Baggrund

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 1999 en redegørelse om "Overvægt og fedme". Med denne baggrund, folkesundhedsprogrammet, som opfølgning på en høring på Christiansborg august 2001, og det arbejde som Dansk Selskab for Adipositas forskning har gennemført i 2001, har Sundhedsstyrelsen besluttet at udarbejde en national plan for svær overvægt i Danmark. De eksisterende forebyggelses- og behandlingsstrategier er ikke tilstrækkelige i forhold til at bremse udviklingen. Derfor er der behov for en koordineret og effektiv indsats.

Formål

Den eksterne arbejdsgruppe har til formål at medvirke til, at udarbejdelsen af en national plan sker på et relevant og veldokumenteret grundlag. Den eksterne arbejdsgruppe skal således sikre den faglige dokumentation samt give et kvalificeret bud på,

hvad en plan kan og bør indeholde for at anvise løsninger og perspektiver på problemet i Danmark.

Opgaver og arbejdsform

Den eksterne arbejdsgruppe skal bidrage i relation til indholdet af den nationale plan.

Arbejdsformen er mødeaktivitet (ca. 3-4 møder) og evt. efterfølgende levering af dokumentation efter aftale.

Arbejdet forventes afsluttet ultimo 2002.

Sammensætning

Den eksterne arbejdsgruppe nedsættes af Sundhedsstyrelsen.

Gruppen vil bestå af repræsentanter fra et bredt spektrum af faglige miljøer.

Hvis det undervejs i arbejdet skønnes nødvendigt, vil andre sagkyndige kunne inddrages.

Sekretariat

Formandskab og sekretariatsfunktionen varetages af Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen afholder udgifterne i forbindelse med gruppens arbejde.

BILAG 2

Rådets konklusioner om svær overvægt

Den 2. december 2002 vedtog Rådet for den Europæiske Union følgende rådskonklusioner om svær overvægt, fremsat af det danske EU-formandskab som følge af EU-konferencen om svær overvægt i København den 11.-12. september 2002:

Rådet

Understreger sin store bekymring over den alvorlige sundhedsmæssige, sociale og økonomiske indvirkning på den stigende forekomst af moderat og svær overvægt hos individer, især børn, og i Det Europæiske Fællesskab,

Henviser til videnskabelige resultater, der viser, at svær overvægt er den væsentligste årsag til en række alvorlige, følgesygdomme, og som viser, at 15% af børn og unge i Europa lider af svær overvægt, og at dette tal vil stige dramatisk i mange medlemsstater, hvis ikke der tages relevante forholdsregler,

Bekræfter resolution vedtaget af Rådet og repræsentanterne for medlemsstaternes regeringer, forsamlet i Rådet, den 3. december 1990 om en fællesskabsaktion vedrørende ernæring og sundhed, konklusioner vedtaget af Rådets og medlemsstaternes sundhedsministre, forsamlet i Rådet, den 15. maj 1992 vedrørende ernæring og sundhed, og Rådets resolution af 14. december 2000 om sundhed og ernæring,

Henviser til den fokus, som EU-konferencen om svær overvægt i København den 11. og 12. september 2002 satte på de mange problemer, der forårsages af svær overvægt, og de indtrængende opfordringer fra førende internationale eksperter om at handle hurtigst muligt på grundlag af den eksisterende dokumentation, samtidig med at der indsamles ny viden,

Understreger nødvendigheden af at forebygge og reagere på de problemer, der følger af svær overvægt, at benytte en tværfaglig indgangsvinkel, herunder bl.a. følgende områder: Sundhed, sociale forhold, fødevarer, uddannelse, kultur og transport.

Opfordrer medlemsstaterne til i deres nationale politikker vedr. folkesundhed at tage hensyn til nødvendigheden af at tage fat på problemet vedrørende svær overvægt.

Opfordrer kommissionen til at:

1. Forstærke sine bestræbelser på at forebygge og bekæmpe svær overvægt, og især sin reaktion på Rådets opfordringer i dets resolution af 14. december 2000
2. Støtte medlemsstaterne i disses bestræbelser på at forebygge og håndtere svær overvægt, herunder tage den potentielle risiko for spiseforstyrrelser i betragtning, især ved udvikling af innovative tiltag og metoder med hensyn til ernæring og fysisk aktivitet
3. Fortsætte med at styrke overvægtsforskningen
4. Sikre, at forebyggelse af svær overvægt tages i betragtning i alle relevante fællesskabspolitikker, og især i programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008).

1 EFT C 329, 31.12.1990, side 1

2 EFT C 148, 12.6.1992, side 2

3 EFT C 20, 23.1.2001, side 1

VII. BILAG

BILAG 3

Ernæringsrådets arbejdsgruppe vedrørende
svær overvægt

Professor, overlæge, dr.med.
Bjørn Richelsen
(formand)

Professor, overlæge, dr.med.
Arne Astrup

Cand.brom.,
Ph.D. Gitte Laub Hansen

Docent, dr.scient. Harald S. Hansen

Adj. professor, Ph.D. Berit Heitmann

Lektor, mag.scient.soc.,
Ph.D. Lotte Holm

Professor, overlæge, dr.med.
Michael Kjær

Klinikchef, chefpsykolog,
Ph.D. Svend Aage Madsen

Professor, overlæge, dr.med.
Kim Fleischer Michaelsen

Afdelingslæge, dr.med.,
Ph.D. Sjúrdur F. Olsen.



www.sst.dk

Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
Postbox 1881
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11
sst@sst.dk