

Fedme som Samfundsproblem

Resumé og skriftlige kilder fra høring i Landstingssalen,
Christiansborg den 27. oktober 2009

Høring om Fedme som samfundsproblem

Resumé og skriftlige kilder fra høring for
Folketingets Sundhedsudvalg i Landstingssalen,
Christiansborg den 27. oktober 2009

Projektledelse i Teknologirådets sekretariat

Anders Jacobi, projektleder
Marie Petri, projektmedarbejder
Jannie Poulsen, Projektsekretær

Resumé

Thomas Klenow With

Tryk

Folketingets Trykkeri

Rapporten kan bestilles hos

Teknologirådet
Antonigade 4
1106 København K
Tlf.: 33 32 05 03
E-mail: tekno@tekno.dk

Rapporten kan også hentes på Teknologirådets
hjemmeside: www.tekno.dk/fedme

Forord

Denne rapport samler op på høringen 'Fedme som samfundsproblem', der blev afholdt tirsdag den 27. oktober 2009 i Landstingssalen på Christiansborg. Høringen var arrangeret af Teknologirådet i samarbejde med Folketingets Sundhedsudvalg.

Det overordnede formål med høringen var at få skabt et overblik over og afklaring af de politiske opgaver, som er forbundet med at bekæmpe fedme i Danmark samt debattere hvilke tiltag, der giver de bedste resultater.

Høringen behandlede blandt andet følgende spørgsmål:

- Hvorfor er fedme i dag et samfundsproblem?
- Hvilke muligheder er der for behandling af fedme i dag?
- Hvordan kan forebyggelse være med til at imødegå fedme som samfundsproblem?
- Hvilke tiltag indenfor behandling og forebyggelse skal en fremtidig strategi bygge på?

I rapporten findes et resumé af høringen, som fremdrager de centrale problemstillinger, der blev debatteret på dagen. Rapporten indeholder endvidere programmet for høringen, en præsentation af oplægsholderne, politikerpanelet, en deltagerliste samt oplægsholdernes skriftlige oplæg.

En lydoptagelse fra høringen kan downloades som podcast fra Teknologirådets hjemmeside: www.tekno.dk/fedme

Teknologirådet vil gerne benytte lejligheden til at takke høringens oplægsholdere, politikerpanelet, Folketingets Sundhedsudvalg samt Folketingets administration.

Teknologirådet, november 2009

Anders Jacobi
Marie Petri
Jannie Poulsen

Indholdsfortegnelse

Program.....	9
Folketingsmedlemmer i høringens spørgepanel	14
Resumé af høringen	15
Præsentation af oplægsholdere	35
Arne Astrup.....	35
Kjeld Møller Pedersen.....	35
Helle Grønbæk.....	35
Gunnar Scott Reinbacher	36
Jens-Christian Holm	36
Mette Kildevæld.....	36
Søren Toubro	37
Henning Beck-Nielsen	37
Jens Fromholdt Larsen	37
Jens Peter Kroustrup	38
Betina Højgaard.....	38
Carsten Obel.....	38
Berit Lilienthal Heitmann.....	39
Else Smith	39
Tatjana Hejgaard	40
Torben Jørgensen	40
René Kural	40
Bent Egberg Mikkelsen	41
Finn Didrichsen	41
Charlotte Glümer	41
Ingrid Willaing.....	42
Thorkild I.A. Sørensen	42
Regitze Siggard	43
Finn Breinholt	43
Jacob Andersen.....	43
Oplæg 1: Fedme i dag – hvorfor er det et problem?.....	44
Af Arne Astrup, Institutleder, Institut for Human Ernæring, Københavns Universitet	44
Oplæg 2: Samfundsøkonomiske omkostninger ved fedme	47
Af Kjeld Møller Pedersen, Sundhedsøkonom, Syddansk Universitet	47
Oplæg 3: Fedmens betydning for individet.....	53
Af Helle Grønbæk, Enheden for overvægtige børn og unge, Holbæk Sygehus	53
Oplæg 4: Fedme som et individuelt problem eller et samfundsproblem.....	58
Af Gunnar Scott Reinbacher, Lektor, Aalborg Universitet	58
Oplæg 5: Behandling af børn i forhold til kost, motion og livsstil	67
Af Jens-Christian Holm, Enheden for overvægtige børn og unge, Holbæk Sygehus	67
Oplæg 6: Behandling af voksne – fordele og ulemper ved vægttab	72

Af Mette Kildevæld, Phd. Institut for Sygdomsforebyggelse, Københavns Universitetshospital	72
Oplæg 7: Medicinsk behandling.....	77
Af Søren Toubro, Bestyrelsesformand for Dansk Selskab for Adipositasforskning	77
Oplæg 8: Behandling af komplikationer frem for vægttab	81
Af Henning Beck-Nielsen, Overlæge og professor ved Klinisk Institut, Syddansk Universitet	81
Oplæg 9: Fedmeoperationer i Danmark.....	83
Af Jens Fromholt Larsen, Speciallæge. Privathospitalet Mølholm	83
Oplæg 10: Bivirkninger ved fedmeoperationer.....	89
Af Jens Peter Kroustrup, Overlæge Aalborg Sygehus	89
Oplæg 11: Kirurgisk behandling eller konventionel behandling – hvad kan bedst betale sig?	92
Af Betina Højgaard, Sundhedsøkonom, DSI	92
Oplæg 12: Monitorering af udviklingen indenfor fedme.....	97
Af Carsten Obel, Praktiserende læge samt Lektor, Institut for Folkesundhed, Århus Universitet	97
Oplæg 13: Sammenhængen mellem evidens og praksis indenfor fedmeforebyggelse	103
Af Berit Lilienthal Heitmann, Professor, Institut for Sygdomsforebyggelse, Københavns Universitetshospital	103
Oplæg 14: Evidens i forebyggelsen i dag	108
Af Else Smith, Chef for Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen	108
Oplæg 15: Den brede forebyggelse i Danmark i dag	111
Af Tatjana Hejgaard, Sundhedsstyrelsen	111
Oplæg 16: Samfundsrettede interventioner overfor fedme.....	117
Af Torben Jørgensen, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed	117
Oplæg 17: Samfundets indretning, arkitektur og fedme.....	121
Af René Kural, Centerleder, Center for Idræt og Arkitektur, Arkitektskolen	121
Oplæg 18: Skolen som forebyggelsesarena.....	125
Af Bent Egberg Mikkelsen, Aalborg Universitet.....	125
Oplæg 19: Forebyggelse rettet mod grupper med høj risiko for at udvikle fedme	130
Af Finn Didrichsen, Institut for Folkesundhedsvidenskab	130
Oplæg 20: Fedmens socio-geografiske fordeling og målrettet forebyggelse	135
Af Charlotte Glümer, Forskningsleder, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed	135
Oplæg 21: Ansvar og organisering	139
Af Ingrid Willaing, Hjerteforeningen	139

Oplæg 22: Sammenhænge mellem praksis og forskning i fremtidig forebyggelse af fedme.....	142
Af Thorkild I.A. Sørensen, Institut for Sygdomsforebyggelse.....	142
Oplæg 23: Organisering, ansvar og fremtidige tilbud i en indsats mod fedme	145
Af Regitze Siggard, Adipositasforeningen.....	145
Oplæg 24: Fedme og social ulighed i sundhed	151
Af Finn Breinholt, Center for Folkesundhed.....	151
Oplæg 25: Forebyggelse, sundhedsfremme og det frie valg.....	157
Af Jacob Andersen, Dansk Kommunikation.....	157
Deltagerliste	163
Teknologirådets udgivelser 2006-2008	169

Program

Ordstyrer: Formanden for Sundhedsudvalget, Preben Rudiengaard (V)

9.00-9.10

Velkomst

Formanden for Sundhedsudvalget, Preben Rudiengaard (V)

9.10-9.55

TEMABLOK 1:

Introduktion – Fedme som Samfundsproblem

Den første temablok giver et overblik over fedmeproblematikken i Danmark, herunder hvad fedme er, hvor stort problemet er, hvilke individuelle såvel som samfundsmæssige omkostninger der er forbundet med fedme og hvordan fedme kan ses som henholdsvis et individuelt og et samfundsproblem.

Fedme i dag – hvorfor er det et problem?

Arne Astrup, Institutleder, Institut for Human Ernæring, Københavns Universitet

Samfundsøkonomiske omkostninger ved fedme

Kjeld Møller Pedersen, Sundhedsøkonom, Syddansk Universitet

Fedmens betydning for individet

Helle Grønbæk, Enheden for overvægtige børn og unge, Holbæk Sygehus

Fedme som et individuelt problem eller et samfundsproblem

Gunnar Scott Reinbacher, Lektor, Aalborg Universitet

9.55-10.40

TEMABLOK 2:

Konventionel behandling af fedme

Anden temablok handler om behandling af fedme, herunder den behandling der tilbydes i dag og hvilken effekt den har, samt om der er alternative behandlingsmetoder der bør overvejes. Denne blok koncentrerer sig om behandling med fokus på kost, motion og livsstil og på medicinsk behandling.

Behandling af børn i forhold til kost, motion og livsstil

Jens-Christian Holm, Enheden for overvægtige børn og unge, Holbæk Sygehus

Behandling af voksne – fordele og ulemper ved vægttab

Mette Kildevæld, Phd, Institut for Sygdomsforebyggelse, Københavns Universitetshospital

Medicinsk behandling

Søren Toubro, Bestyrelsesformand for Dansk Selskab for Adipositasforskning

Behandling af komplikationer frem for vægttab

Henning Beck-Nielsen, Overlæge og professor ved Klinisk Institut, Syddansk Universitet

10.40-11.00

Pause

11.00-11.45

TEMABLOK 3:

Kirurgisk behandling af fedme

Udover den konventionelle behandling bliver der også udført et stigende antal fedmeoperationer på danskere både herhjemme og i udlandet. Tredje temablok fokuserer på hvilke fedmeoperationer der tilbydes i dag, hvilken effekt de har, samt bivirkninger og omkostninger.

Fedmeoperationer i Danmark

Jens Fromholdt Larsen, Speciallæge, Privathospitalet Mølholm

Bivirkninger ved fedmeoperationer

Jens Peter Krogstrup, Overlæge, Aalborg Sygehus

Kirurgisk behandling eller konventionel behandling – hvad kan bedst betale sig?

Betina Højgaard, Sundhedsøkonom, Dansk Sundhedsinstitut

11.45-12.30 TEMABLOK 4:

Viden om forebyggelse af fedme

Den fjerde temablok behandler vidensgrundlaget for forebyggelse af fedme, herunder evidens og forskning indenfor forebyggelse af fedme, monitorering i dag og i fremtiden og vidensgrundlagets betydning, når man igangsætter tiltag på fedmeforebyggelsesområdet.

Monitorering af udviklingen indenfor fedme

Carsten Obel, Praktiserende læge samt Lektor, Institut for Folkesundhed, Århus universitet

Sammenhængen mellem evidens og praksis indenfor fedmeforebyggelse

Berit Lilienthal Heitmann, Professor, Institut for Sygdomsforebyggelse, Københavns Universitetshospital

Evidens i forebyggelsen i dag

Else Smith, Chef for Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

12.30-13.30 Frokost

13.30-14.15 TEMABLOK 5:

Den brede forebyggelse

I den femte temablok behandles de brede, samfundsmæssige forebyggelsestiltag, der henvender sig til hele befolkningen. Samfundsmæssige tiltag med det formål at øge andelen af fysisk aktive, fremme sunde kostvaner og begrænse væksten af overvægtige i befolkningen generelt. Det kan fx være tiltag i forhold til infrastruktur og transport, på arbejdspladser og i skoler, i forhold til udbuddet af mad og fødevarer, tilgængeligheden til sport og motion etc.

Den brede forebyggelse i Danmark i dag

Tatjana Hejgaard, Sundhedsstyrelsen

Samfundsrettede interventioner overfor fedme

Torben Jørgensen, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Samfundets indretning, arkitektur og fedme

Rene Kural, Centerleder, Center for Idræt og Arkitektur, Arkitekt-skolen

Skolen som forebyggelsesarena

Bent Egberg Mikkelsen, Professor, Aalborg Universitet

14.15-15.00 TEMABLOK 6:

Forebyggelse målrettet mod højriskogrupper

Det er ikke nok at lave forebyggelsestiltag der er rettet mod den brede befolkning. Der er yderligere brug for forebyggelsestiltag, som er specifikt målrettet mod særlige grupper i befolkningen, hvor der er høj risiko for at udvikle fedme. Forebyggelse målrettet mod højriskogrupper er fokus for høringens sjette temablok .

Forebyggelse rettet mod grupper med høj risiko for at udvikle fedme

Finn Diderichsen, Institut for Folkesundhedsvidenskab

Fedmens socio-geografiske fordeling og målrettet forebyggelse

Charlotte Glümer, Forskningsleder Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Ansvar og organisering

Ingrid Willaing, Hjerteforening

15.00-15.15 Pause

15.15-16.00 TEMABLOK 7:

Fremtidens strategi for forebyggelse og behandling af fedme i Danmark

I den sidste temablok gives der nogle bud på nogle vigtige elementer i en fremtidig strategisk tilgang til forebyggelse og behandling af fedme, herunder den strategiske sammenhæng mellem fedme og social ulighed i sundhed, vægtningen af forebyggelse i forhold til behandling og aktører, organisering og ansvar for en fremtidig indsats mod fedme.

Sammenhænge mellem praksis og forskning i fremtidig forebyggelse af fedme

Thorkild I. A. Sørensen, Institut for sygdomsforebyggelse

Organisering, ansvar og fremtidige tilbud i en indsats mod fedme

Regitze Siggaard, Adipositasforeningen

Fedme og social ulighed i sundhed

Finn Breinholt, Center for Folkesundhed

Forebyggelse, sundhedsfremme og det frie valg

Jacob Andersen, Dansk Kommunikation

16.00

Afrunding af høring

Formanden for Sundhedsudvalget, Preben Rudiengaard (V)

Folketingsmedlemmer i høringens spørgepanel

Venstre

Sophie Løhde (V)

Socialdemokratiet

Sophie Hæstorp Andersen (S)

Dansk Folkeparti

Liselott Blixt (DF)

Socialistisk Folkeparti

Anne Baastrup (SF)

Det Radikale Venstre

Anne Marie Geisler (RV)

Ordstyrer på høringen

Formanden for Sundhedsudvalget, Preben Rudiengaard (V)

Resumé af høringen

Temablok 1: Fedme som samfundsproblem

Fedme som samfundsproblem

V/Arne Astrup, leder af Institut for Human Ernæring, KU.

Fedme defineres traditionelt ud fra BMI - Body Mass Index - (Vægt divideret med kvadratet på højden). Fedme defineres som BMI på over 30. I DK har man set en fedmeepidemi med en 60-70 dobling i forhold til tiden omkring 2. verdenskrig. Blandt unge mænd, målt ved session, er ca. 7,5 pct. fede. Hos voksne 14-18 pct. Men måske er det begyndt at stagnere de senere år.

Overvægt og fedme er forbundet med sygdom indenfor næsten alle medicinske områder. Fedme er hovedansvarlig for epidemi af type 2 diabetes, hjertekarsygdom, forskellige kræftformer, astma.

Til gengæld kan vi se, at når vi giver folk et vægttab, så forbedres alle disse sygdomme dramatisk.

Samfundsøkonomiske omkostninger ved fedme

v/Sundhedsøkonom, Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet

En opgørelse fra 2004 sagde, at fedme kostede samfundet 14-15 mia. kr. Altså de ressourcemæssige konsekvenser. Det kan ses i forhold til, at omkostninger ved alkohol, tobak eller lidelser i ryg- og bevægeapparatet ligger *højere* end fedmeudgifterne.

Omkostninger er ikke handlingsanvisende i sig selv. Det handlingsanvisende kommer først, når vi har en dokumentation for effekten af en indsats.

Omkostningerne deles i to. De direkte - som er ressource-forbruget i sundhedsvæsenet og i socialvæsenet, og de indirekte, som er langt de største, som er udgifterne på arbejdsmarkedet: Folk bliver førtidspensioneret, folk dør for tidligt, der er syge fravær. Selv om omkostningerne ved behandling er eksploderet - fx. 2000 fedmeoperationer om året - så er disse udgifter langt det mindste.

Især de indirekte udgifter er svære at måle, og måske er tallet på 14-15 mia. en undervurdering. Også behandlingsomkostningerne er vokset siden 2004, hvor vi har haft en eksplosion i fedmeoperationerne. Alene på den konto kan vi lægge 150-200 mio. kroner til om året. Det samme gælder de praktiserende læger, hvor der måske gemmer sig 0,5-1 milliard ekstra. Desuden lader det til, at sandsynligheden for arbejdsløshed følger vægten, og at de overvægtiges produktivitet på arbejdet er lavere. Det peger i retning af en undervurdering.

Fedmens betydning for individet

v/Cand.psych. Helle Grønæk, Enheden for overvægtige børn og unge, Holbæk Sygehus.

De psykologiske *konsekvenser* af fedme er overordnet set: Dårlig livskvalitet, isolation, ensomhed, utilfredshed med krop og helbred. De *psykosociale faktorer* der har betydning for udvikling af fedme er især mangelfuld uddannelse, omsorgssvigt, stress, psykisk sygdom.

Mange fede børn kalder de ni år i folkeskolen for et mareridt, de pjækker, får ondt i maven og i hovedet. Det påvirker selvfølgelig uddannelsesforløbet.

De sværeste psykologiske konsekvenser for fed fede mennesker stammer fra den måde de bliver behandlet på – stigmatiseringen, altså andres reaktioner på deres fedme: Øgenavne, mobning, diskvalificering, dårligere behandling i sundhedssystemet, psykisk og fysisk vold.

Man kan blive sparket i skolegården, fordi man er fed og grim. Og når børn er blevet mobbet i længere tid, begynder de at beskrive sig selv som grimme, forkerte eller dumme. Det har betydning for de psykologiske ressourcer, der er nødvendige for at ændre en usund levevis til en sund levevis - det kræver nemlig selvtillid, tillid til andre, humør og motivation.

Specifikke indsatser overfor fedme skal indeholde psykosociale elementer, hvor man lærer at tackle mobning og sociale fobier, og støtte til at arbejde med de psykologiske færdigheder, som der er brug for, når livsstilen skal lægges om - f.eks. motivation og mestringsstrategier.

En generel indsats kan rette sig mod at komme stigmatiseringen til livs.

Fedme som et individuelt problem eller et samfundsproblem,

v/Gunnar Scott Reinbacher, lektor i sociologi Aalborg Universitet.

Fedmeforskningen i de senere år har haft voldsomt fokus på det enkelte individ. Og det undrer. Fedme er et samfundsproblem: Det skal forstås som et samfundsproblem og løses som et samfundsproblem. Det frie valg eksisterer ikke.

Der tales så meget om at øge fokus på den enkeltes ansvar. Jeg er uenig. Det skaber en negativ spiral, hvor stærke nye krav kobles med sanktioner overfor den enkelte borger – som vi ser det i Forebyggelseskommissionens arbejde.

Ansaret ligger hos os alle sammen. Derfor skal vi se på forholdet mellem borger, stat og marked - men det giver interessekonflikter, for så taler vi om moms, afgifter, skatter.

Mine løsninger læner sig op af WHO's anbefalinger. WHO siger, at der er brug for en ny diskurs, en ny måde at snakke om det på: Fedme er vores fælles ansvar - vi er alle en del af problemet. Det betyder, at Forebyggelseskommissionen er forkert sat sammen. Fødevareministeriet burde være en hovedaktør, ligesom Skatteministeriet og Kulturministeriet med idrætten burde være det. Erhvervsministeriet også - transport, byplan, infrastruktur og industri – alt sammen vigtige aktører.

Fedmen som samfundsproblem vender den tunge ende nedad. Vi har en meget stor social ulighed i sundhed, der systematisk reproduceres. Det betyder, at den formelle lighed bliver til reel ulighed.

Spørgerunde:

Hvad skal vi kalde de fede?

Anne Baastrup (SF): Hvorfor kalder man det fedme, i stedet for noget latinsk? Når vi taler om anoreksi, ved vi godt, at det ikke bare kan klares ved at hælde mad i børene. Et andet ord ville give en forståelse af, at det er en anden form for spiseforstyrrelse. *Arne Astrup:* I gamle dage kaldte vi det *adipositas* - men kritikkerne sagde dengang, at vi på den måde var med til at sygeliggøre en stor del af befolkningen. I USA bruger man ikke *fatness* men *obesity* - en betegnelse som alle almindelige mennesker kender. Måske skulle vi kalde det *adipositas*, som dog ikke kan siges at være en spiseforstyrrelse. At klassificere alle fedmepatienter som lidende af en spiseforstyrrelse vil lægeligt set være forkert.

Uddannelse, fedme og Sundhedsministeriets ligegyldighed

Liselotte Blixt (DF), ønskede at vide, om det især er uddannelse, der betyder noget for fedme, og om Undervisningsministeriet så skulle til at interessere sig mere for området: *Arne Astrup*: Hvis man deler befolkningen op i tre grupper efter kort, middel og lang uddannelse, så er forekomsten af fedme tre gange så hyppig blandt de korte uddannelser som blandt de lange. Så uddannelse er en stærk markør. *Gunnar Reinbacher* bekræftede at Undervisningsministeriet kan spille en vigtig rolle. Han tilføjede, at Sundhedsministeriet måske er det mindst relevante ministerium, når vi snakker sundhed. Den samfundsmæssige vinkel kræver et samspil mellem en lang række ministerier og erhvervsorganisationer.

Faste retningslinjer og italesættelse af taberudseende

Anne Marie Geisler (RV) og *Sophie Løhde (V)* efterlyste konkrete forslag for indsats. *Helle Grønbech* nævnte behovet for, at socialforvaltningerne udarbejder faste retningslinjer for, hvordan der skal sætte ind, når de møder en familie med overvægt - ligesom man har retningslinjer, hvis der er tale om en familie, hvor et medlem er ramt af astma. *Gunnar Reinbacher* sagde, at indsatsen skal koncentreres massivt mod de svage grupper – "i stedet for kun at snakke om det, for det er vi gode til." Kun sådan kan uligheden reduceres.

Han ønskede en ny og mindre stigmatiserende italesættelse af den såkaldte epidemi og desuden tværgående forskning, så samfundsvidenskaber og humanvidenskaber i højere grad inddrages på at løse problemerne, der dybest set hører indenfor deres områder.

Men hvis man italesætter fedmen som socialt problem, risikerer vi så ikke, at overvægt bliver det samme som "taberudseende"? - ville *Sophie Hæstorp Andersen (S)* vide. Det kunne *Gunnar Reinbacher* godt følge, men han mente, at de overvægtige allerede, som det er i dag, er voldsomt stigmatiserede.

Sophie Hæstorp spurgte også til sammenhængen mellem overvægt og arbejdsløshed - og ville vide om det er arbejdsløsheden eller overvægten, der kommer først. *Kjeld Møller Pedersen* sagde, at fedme har en sammenhæng med lavere produktivitet og øget sygefravær, så når der skal fyres, vil det måske være naturligt at fyre de overvægtige.

Temablok 2: Konventionel behandling af fedme

Behandling af Børn i forhold til kost, motion og livsstil

v/Jens-Christian Holm, Enheden for overvægtige børn og unge, Holbæk Sygehus.

17

Når man snakker om overvægtige børn, må man indstille sig på, at der er en lang række komplikationer. Halvdelen har for højt blodtryk, 15-20 pct. lider af fedtlever, der kan medføre skrumpelever eller leverbetændelse, foruden en lang række andre sygdomme.

Danmark har ca. 240.000 overvægtige børn, heraf cirka 60.000 svært overvægtige. Behandlingen varetages af 4 julemærkehjem, som tilbyder et 10 ugers ophold med mobbefrit miljø, fysisk aktivitet og god kost. Af 24 børneafdelinger i landet modtager 5 afdelinger angiveligt 20-30 overvægtige børn om året. Enheden for overvægtige børn og unge i Holbæk varetager behandling efter 'best practice' internationalt set. Herudover er der spredte tilbud. Samlet set er der tale om sporadiske tilbud uden overordnet plan.

Mht. økonomien er der givet 80 millioner via satspuljemidler til kommunerne, men projekterne er ikke blevet videreført, når bevillingerne ophørte. Julemærkehjemmene har et budget på 40 mio. kr. om året heraf et statsligt tilskud på 3 mio. Enheden for overvægtige børn i Holbæk har et driftsbudget på 4,5 mio. kr. om året.

Julemærkehjemmene modtager årligt 700 børn til behandling, med vægttab på 8-10 kilo per barn. Enheden for overvægtige børn har på 21 måneder modtaget 550 børn til behandling for svært overvægt.

65 % af børnene taber sig ved behandlingen i Holbæk: Selv de svært stillede opnår effektive vægtreduktioner, og det er uafhængigt af udgangsvægten. Også ekstremt overvægtige børn på 140-186 kilo opnår væsentlige vægtreduktioner.

Med hensyn til fremtidig behandling skal man bruge Sundhedsloven. Der bør etableres en national handlingsplan med tilhørende behandlingsgaranti til svært overvægtige børn. Det bør ske i samarbejde mellem en specialiseret tværfaglig børneafdeling i hver region, samt 3-5 specialiserede kompetencecentre i kommunerne i hver region.

Behandling af fedme - fordele og ulemper ved vægttab

v/Sygeplejerske Mette Kildevæld, Institut for forebyggelse, Københavns Universitetshospital.

Tre budskaber:

- 1) vægttab er kun gavnligt for syge overvægtige, ikke for raske overvægtige.
- 2) Under 20 % af overvægtige, der taber sig, kan opretholde et vægttab. Næsten alle tager de tabte kilo på inden 5-6 år.

- 3) Derfor bør vi rette fokus mod den sunde og aktive livsstil.

Hvis man er blevet syg af at være overvægtig, anbefales det af de fleste sundhedsmyndigheder at tabe 5-10 % af sin kropsvægt. Herved kan sukkersyge, blodtryk og kolesteroltal komme mere under kontrol.

Det er lige så svært for de raske som for de syge at tabe sig. Vi ved, at under 20 % har succes med slankekur. Og på længere sigt taber man sjældent mere end 5 kilo efter et gennemført vægttabsprogram. Resten tager de tabte kilo på igen - og ofte endda flere kilo end de tabte. Når man så forsøger at tabe sig igen, taler vi om vægtcykling, som medfører det, vi kalder yoyo-vægt. Netop vægtcykling og yoyo-vægt forhøjer risikoen for at dø. Noget tyder på, at de raske overvægtige, der taber sig med vilje, har en større risiko for at dø end raske overvægtige, der holder en stabil vægt.

På den baggrund skal vi rette fokus mod den sunde og aktive livsstil i stedet for at have fokus rettet mod vægttab hos raske overvægtige. Vi bør satse på at forbygge ved at gøre den aktive livsstil lettere at udøve for alle og den sunde kost lettere og billigere at få fat i.

Medicinsk behandling af fedme

v/Overlæge Søren Toubro, formand for Dansk selskab for Adipositasforskning.

Medicin kan være et nyttigt supplement til livsstilsændringer hos overvægtige, der vejer 10-20 kilo for meget. Især når det drejer sig om sukkersyge. Medicinsk behandling kan på 1-4 år give vægttab på 3-5 kg, og det er mere end en ren livsstilsbehandling. Resultatet opnås hos ca. halvdelen af dem, der kommer i behandling.

3-5 kilo er bedre, end det lyder. Vægttabet medfører nemlig, at antallet af "sunde fede", som senere udvikler type 2 sukkersyge, reduceres med 50 pct. Der mangler dog en langtidsopfølgning for at bekræfte tallene.

Medicin gør det ikke alene. Supplerende adfærdsbehandling er nødvendig. Og vanskeligheden består i at få koblet adfærdsbehandling til den medicinske behandling. Derfor er mange behandlere ikke glade for at bruge medicin.

Medicinen bruges meget lidt i Danmark. Potentialet er 400.000 patienter, men kun 3 pct. får medicinsk behandling. Det skyldes dels, at effekten er beskeden, men også behandlerangst, fordi der ikke kan knyttes adfærdsbehandling til. Hertil kommer, at 95 pct. af de medicinsk behandlede selv skal betale for deres medicin.

Vi har forventninger om, at der kommer mere effektive præparater på markedet. Desuden synes jeg, at primærsektoren mangler ressourcer til opfølgende adfærdsbehandling.

Behandling af komplikationer frem for vægttab

v/Henning Bech-Nielsen: Professor og overlæge på endokrinologisk afdeling på syddansk universitet i Odense.

Mens medicinsk behandling af overvægt ikke er voldsomt effektiv, så gælder det samme ikke den medicinske behandling af de sygdomme, der knytter sig til overvægten. Den er nemlig særdeles effektiv. Og det er et held, for erfaringen siger jo, at når man en gang er blevet fed, så er man det hele livet.

Følgesygdommene til fedme er type 2 diabetes, højt blodtryk, høj risiko for åreforkalkning og blodpropper. Det er dog kun mellem en tredjedel og en fjerdedel af de overvægtige, der oplever de komplikationer. Der findes også den sunde fedme, som beskytter - den der for kvindernes vedkommende sidder på bagdelen og på lårene.

Moderne medicin har givet en effektiv behandling. For 20 år siden havde en overvægtig type 2 diabetiker en forhøjet dødsrisiko på 400 pct. Det skar 15 år af den forventede levetid - i dag er vi nede på 4 år. Det samme gælder risikoen for at dø af en blodprop i hjertet. Målet for vores behandling er, at de overvægtige skal have normal livslængde, normal livskvalitet - og vi nærmer os.

Er medicinen så ikke forfærdeligt dyr? Ikke set i forhold til de samlede samfundsmæssige udgifter. Heller ikke i forhold til sundhedsvæsenets samlede udgifter til fedmebehandling. Det, der koster rigtig mange penge, er by-pass operationer, dialysebehandling og transplantationer. Kan vi spare nogle af de udgifter gennem medicinsk behandling, så kan vi tjene rigtigt mange penge til forebyggelse.

Jeg vil også lige slå et slag for organisation. På Fyn har vi den *fynske model*, hvor vi prøver at uddanne patienterne til selv at tage ansvaret for deres sygdom. Derfor er jeg også ked af, at ansvaret nu er lagt ud til kommunerne. De siger ofte, at de ikke har økonomi til det her, og derfor risikerer vi nu, at nogle af vores resultater tabes på gulvet.

Spørgerunde:

Tilbagefald og mobning

Liselott Blixt (DF) spurgte til tilbagefald og gennemførsel hos børnene i fedmebehandlingen Holbæk - og til mobning af fede børn. *Jens Christian-Holm* svarede, at frafaldet er nede på 25 pct. - mens det internationalt set beskrives som 50-80 pct. I Holbæk sættes der massivt ind på at fastholde børnene gennem en særlig pædagogik. Mobningen er voldsom. Man ser piger på 8-10-12 år, der grædende bryder sammen, når de bliver spurgt om mobning. Så de skal fastholdes i behandlingen, så de ikke får endnu et nederlag. Og det kræver en langsigtet behandlingsplan som ved astma, allergi eller diabetes.

Helligånden i pilleform

Sophie Hæstorp Andersen spurgte til problemerne med den medicinske behandling af fedme. Dels til den manglende effekt og dels til den mangel på entusiasme, man tilsyneladende ser hos de praktiserende læger. *Søren Toubro* svarede, at læger allerhelst vil have "helligånden kondenseret i tabletform", for så føler man, at der er givet god og effektiv behandling. *SHA* ville også vide, om det ville hjælpe, hvis der var tilskud til at gå til diætist. *Søren Toubro* sagde, at man faktisk ikke har fået undersøgt effekten af diætisk behandling, og det kan faktisk godt undre.

Julemærkehjem og kommunalt ansvar

Anne Baastrup (SF) spurgte til behovet for julemærkehjem, og til hvor ansvaret for en fedmeindsats bør placeres. *Jens-Christian Holm* mente, der var behov for yderligere 4-6 julemærkehjem - så alle børn, der har brug for det, kan få 8-10 mobbefri uger og mulighed for at lære en sund livsstil. *Henning Beck-Nielsen* havde ikke noget i mod, at ansvaret ligger hos kommunerne - de skal bare have midler nok. Da kommunalreformen blev gennemført, fyrede hans region alle de offentligt ansatte diætister. *Jens Christian Holm* tilføjede, at kommunen ikke har kompetence til at diagnosticere en fedtlever eller til at udarbejde en behandlingsplan for overvægtige børn på 150 kg.

Fedme som sygdom

Anne Marie Geisler (RV) ønskede svar på, om fedme i dag betragtes som en sygdom, og på om det mon var en idé at sætte ind i folkeskolen fx med et fag ved navn "Krop og Sjæl". *Jens-Christian Holm* mente, at fedme skal betragtes som en kronisk sygdom, hvilket man gør på hans afdeling. Det har konsekvenser for både rådgivning og behandling. *Henning Beck-Nielsen* mente, at folks uvidenhed om deres egen krop er stor. Derfor har man astmaskoler og diabetes skoler - og det ville være en god idé med kropsundervisning i skolen.

Tarzan uden vom

Sophie Løhde (V) - Konstaterede at brugen af slankepiller er fire gange større blandt kvinder end blandt mænd, og spurgte til, hvordan man når mændene. *Søren Toubro* foreslog, at man måske skal gå igennem kvinderne/konerne - man ved jo, at det gerne er dem, der slæber deres mænd med til lægen. *Henning Beck* foreslog systematiske helbredsundersøgelser, hvor mændene får målt deres taljemål. Det gør man i nogle lande. Man får nemlig ikke mændene til selv at komme. "Når de ser sig i spejlet ser de ikke vommen men kun Tarzan."

Fra salen ønskede *Berit Heitmann Henning Beck-Nielsens* svar på, om den effektive behandling af fedmekomplikationer betyder, at der ikke er grund til at gøre noget ved selve fedmen. *HBN* svarede, at hans indlæg kun drejede sig om de livstruende konsekvenser. Ikke om ubehaget og de sociale, psykiske kosmetiske konsekvenser - eller om konsekvenser som fx slidgigt.

Temablok 3: Kirurgisk behandling af fedme

Fedmeoperationer i Danmark

v/*Jens Fromholdt Larsen, speciallæge på Privathospitalet Mølholm.*

JFL lagde ud med at definere det, han kaldte de *sygeligt overvægtige*. I årevis har de prøvet alle former for konventionel behandling, piller, kostomlægninger, livsstilsændringer, men uden resultat. De har et BMI på mindst 40 og en vægt, der i snit ligger på 135 kilo. Til denne patientgruppe findes en meget effektiv behandling, fedmekirurgien, og vi skal tilbyde den, fordi disse patienter ikke har nogle alternativer, og de er hårdt ramt. De er psykisk stigmatiserede af deres overvægt, med lavt selvværd og dårlig social kontakt. Mange er depressive og angst. De frygter for følgesygdomme, og de frygter tidlig død, og at de ikke oplever deres børns opvækst. Fysisk lider de af bevægelsesbesvær, de kan ikke passe normalt tøj, sidde i normale stole og har problemer med offentlige transportmidler. De har overhyppighed af sukkersyge, af

kræft og en øget dødelighed. Vi taler om en gruppe på ca. 40.000 personer i alderen 20-60 år.

Med moderne kirurgi kan man for disse opnå et permanent vægttab på 25 pct., ofte svarende til 40-50 kilo. De fleste helbredes også for deres type 2 diabetes og kræfttrikoen falder. Patienternes taknemmelighed er stor.

I DK udføres to typer operationer. 98 pct. får "gastrisk bypass", der giver det største vægttab og større livskvalitet. Resten såkaldt "banding". Fedmekirurgi tilbydes i dag på fem offentlige og tre private sygehuse, de fleste udføres på de private.

Uanset om det skal foregå i privat eller offentligt regi, bør der skabes centre med høj volumen - det viser erfaringen fra de private. Det giver høj produktion med gode resultater. Man skal have multidisciplinære teams, hvor der i organisationen ikke skelnes mellem kirurgiske og medicinske afdelinger. For patienterne er det afgørende med høj ekspertise, korte kommandoveje og enstrenget system.

Bivirkninger ved fedme operationer

v/Jens Peter Kroustrup, overlæge medicinsk endokrinologisk afdeling, Aalborg Sygehus.

Bivirkninger ved fedmeoperationer er først og fremmest et historisk fænomen. Fedmeoperationer i 70'erne og 80'erne var ledsaget af kraftige bivirkninger, så man holdt op med at operere i ti år. Den ny æra begyndte i 1993, og i DK indførtes de nye operationer i 1996. Først banding og senere by-pass som kom i 2005, og som fra 2007 var den foretrukne operation.

Bivirkninger er der naturligvis. Det er der ved enhver operation. Men de er minimale takket være de strenge regler fra Sundhedsstyrelsen. De stiller krav om ekspertise til sygehus, afdeling og kirurg, om hvilke type operation, der skal udføres, ligesom der er krav om, at patienten bliver undervist af en sygeplejerske og en diætist før operationen. Desuden er der regler om kontrol i op til to år efter operationen.

Både banding og bypass kan give komplikationer. Omkring seks procent må indlægges igen efter operationen. Det meste er småting. Fx. ubehag som følge af det store vægttab, forstyrrelser i væskebalancen eller opkastninger. De alvorlige bivirkninger ligger i størrelsesordenen 2-5 promille. For eksempel tarmslyng, som kan være fatalt. Naturligvis er der omkostninger forbundet med bivirkningerne. Og når vi opererer flere og flere, vil man naturligt se flere tilfælde af de alvorlige bivirkninger - med lange forløb på intensivafdelingen og mange og svære operationer for at få genetableret tarmfunktionen.

De medicinske bivirkninger på lang sigt er få, når man tænker på, hvor stort et indgreb det er, at bytte om på tarmsegmenterne. Der optages mindre mineraler og vitaminer, som skal gives som tilskud bagefter. Men vi ved endnu ikke, hvordan det vil gå på en 10-15-årig sigt.

Endelig er der problemet med de patienter, der bliver behandlet i udlandet - fordi de ikke vil følge Sundhedsstyrelsens lidt kantede regler. Vi ved ikke hvilke forløb, de har gennemgået, og det kan godt gå hen og give problemer.

Kirurgisk behandling eller konventionel behandling - hvad kan bedst betale sig?

v/Betina Højgaard, sundhedsøkonom, Dansk Sundhedsinstitut

At sammenligne omkostningerne ved konventionel behandling af svært overvægtige med kirurgisk behandling giver ingen mening - i og med at fedmeoperationer er den eneste behandling, der virker. Derved vil operationer komme ud som den eneste effektive metode. Derfor skal der fokuseres på, om det samfundsmæssigt kan betale sig. Det vil sige, om omkostningerne ved operationer, reoperationer og komplikationer står mål med de gevinster

der vil være som følge af man reducerer følgesygdommene ved fedme og tilbagekomst til arbejdsmarkedet. Vi ved det ikke endnu - vi mangler analyser, hvilket er naturligt i og med at området er så nyt. Så jeg vil ikke lægge hovedet på blokken og sige, om det kan betale sig samfundsmæssigt.

Vi kan se, at vi har haft en kæmpe vækst. Fra 80 operationer i 2004 til 1830 i 2008. Dagtaksten i det offentlige ligger på 50.000 kroner, mens de private afregnes med 80.000 kr. pr. operation. Og her taler vi bare operationsprisen. Oven i skal lægges før- og efterforløbet. Her skal fokuseres mest på det post-operatoriske forløb. Kraftigt vægttab medfører løsthængende hud, som ikke kun er et kosmetisk problem. Det kan give gener i form af svamp foruden funktionelle gener. Det skønnes, at der var 800 personer, som fik plastik kirurgiske operationer som følge af stort vægttab. Og formentlig har vi kun set toppen af isbjerget. Vi har set en voldsom stigning i antallet af fedmeoperationer, og behovet for de plastikkirurgiske operationer kommer typisk med en forsinkelse på to-tre år.

Hvis man giver de overvægtige mulighed for en fedmeoperation, skal man sikre sig, at der er ressourcer til, at de også kan få den løse hud fjernet, men omkostningerne for plastikkirurgien kender vi endnu ikke. Det Danske Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi er ved at klarlægge, hvilke indgreb, der bør foretages på baggrund af funktionelle behov - og hvilke der er kosmetiske, og som samfundet derfor ikke bør tilbyde.

Meget tyder på, at omkostningerne ved fedmeoperationer - med et slag på tasken - skal ganges med mindst faktor 2. Så når *Kjeld Møller Petersen* tidligere nævnte, at operationerne koster 200 mio. kr., så er det nok lige i underkan-

Spørgerunde:

10 pct. får ikke operation

Anne Baastrup (SF) ønskede at vide, hvor mange af de henviste patienter, som man beslutter sig for ikke at operere - fx. på grund af en psykiatrisk diagnose eller en spiseforstyrrelse? *Jens Fromholdt Larsen* sagde, at retningslinjerne for operation giver restriktioner i forhold til operation af patienter med svære spiseforstyrrelser og psykisk syge. Alt dette screenes i forundersøgelsen af en medicinsk læge, så når patienter er indstillet til operation, opereres langt de fleste. *Jens Peter Kroustrup* tilføjede, at tallene har ændret sig. For fem år siden var det 25 pct. af dem, der henvendte sig, som ikke fik operationen. I dag er tallet nede på 10 pct. Det skyldes, at der på alle niveauer er større viden - for eksempel i patientforeningerne. Man kan sige, at der er fire filtre undervejs: Først patienten selv, så den praktiserende læge, så den medicinske endokrinolog og til sidst kirurgen.

Langtidsvirkninger og overraskende effekter

Liselott Blixt (DF) var bange for at give los for fedmeoperationer. Nok kan man se meget positive virkninger, fx. at diabetes forsvinder dagen efter. Men hvad sker der egentlig? Og hvad med langtidsvirkningerne på 5-10 års sigt. Risikerer vi ikke ubehagelige overraskelser? *Jens Fromholdt* fortalte, at der nationalt kommer et landspatient-register fra 1. januar 2010, og at resultaterne først kan ses om 10 år. Til gengæld kan man støtte sig til det svenske SOS-studie, der nok er det bedste i verden med langtidsopfølgning på 97 pct. af patienterne - opereret med en metode, som efterhånden har 25 år på bagen. Det nye er, at man i dag kan lave den med kikkertteknik. Så der findes masser af viden.

Nogen vil sige, at man skal prioritere hjertesygdomme over overvægt - men hjertesygdom er jo også en livsstilssygdom. *Jens Peter Kroustrup* forklarede, at man er ved at skrive nye kapitler i lærebøgerne i anatomi og fysiologi, fordi effekterne af det operative indgreb er så store. Fx. ser man et fald i

insulinresistensen blot 10 minutter efter, at mavesækken er blevet skåret. Det havde man ikke kunnet forestille sig for få år siden.

Internationale standarder

Sophie Løhde (V) ønskede svar på, hvordan DK ligger i forhold til internationale standarder, og om vi adskiller os. *Jens Peter Kroustrup* svarede, at vi kvalitetsmæssigt er på højde med internationale standarder. I mange år brugte vi mest banding. Efter 13 år viste det sig, at langtidseffekten ikke var så god - og her fra stammer tallene om, at 30 pct. måtte genopereres. Nu er vi gået over til by-pass, som ifølge det svenske SOS-studie giver 25 pct. væggtab i op til 15 år. Aldersgrænsen for operation er blevet tilpasset internationale standarder efter aftale med Sundhedsstyrelsen. Før hed grænsen 20-60 år - nu hedder den 18-65 år.

Krav til dem, som skal opereres

Sophie Hæstorp Andersen (S) ville vide, hvad der sker med de mennesker, som ikke får lov at blive opereret? *Jens Peter Kroustrup* forklarede, at nogle patienter ikke accepterer kravet om, at de skal tabe sig 8 pct. i det program, der ligger inden operationen. Nogle af dem har senere fået en operation i udlandet. Når det gælder dem, som afvises på grund af fx. psykisk sygdom, så ved vi det ikke.

SHA ønskede også uddybning af spørgsmålet om plastikoperationer - om der måske kan blive tale om 3000 operationer i fremtiden. *Betina Højgaard* understregede at, hun blot ønsker at gøre opmærksom på, at når man skruer op for hanen med bypass, så kommer der også et større behov for plastikkirurgi - uanset om det er af funktionelle eller kosmetiske grunde. Der er også et individuelt aspekt, som patienterne skal besvare: Hvis man ikke kan få plastikoperationen bagefter, vil de så foretrække ikke at få en by-pass? Patienterne skal i al fald orienteres om det. *Jens Kroustrup* tilføjede, at reglen i dag siger, at patienten skal ned på en BMI på 25 for at kvalificere sig til plastikkirurgi. Men den BMI opnår man ikke ved de nuværende operationer. Plastikkirurgerne arbejder med at sætte grænsen op til BMI 30 - men der også en faglig grænse - det er noget med underhuden.

Om operation af psykisk syge

Anne Marie Geisler (RV) Ville vide, hvorfor man ikke opererer mennesker med svære psykiske lidelser. Man må skelne mellem alvorlige spiseforstyrrelser og livsstilssygdomme, sagde *Jens Peter Kroustrup*. Det er kæmpe forskel. At overvægt kan medføre psykisk sygdom, er der næppe tvivl om, på grund af mobning fra barnsben af. Men det er jo ikke sådan, at alle overvægtige med en BMI over 40 har en ægte spiseforstyrrelse - tværtimod kan en spiseforstyrrelse være en kontraindikation mod at operere dem.

23

Temablok 4: Viden om forebyggelse af fedme

Monitorering af udviklingen indenfor fedme

v/Carsten Obel, praktiserende læge og lektor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, AU.

Sten er en 26-årig patient. Han kom til lægen med ondt i storetåen, men det tog ikke længe, før han blev indstillet til en fedmeoperation. Han var stærkt overvægtig. Han havde ikke været i konsultationen i mange år, men familien havde haft samme praktiserende læge i årevis, så lægen kunne i journalen

se, at han havde været undervægtig ved fødslen, mens begge forældre var overvægtige. Allerede i førskolealderen lå han dog i den tunge ende. Det fortsatte i skolen, hvor han klarede sig dårligt både fagligt og socialt. To søskende var også overvægtige. I Stens tilfælde var der altså indikation på fedme meget tidligt.

Danske børn måles og vejes gennem hele barndommen - af sundhedsplejerske, kommunelæge (skolelæge, red.) og sundhedsplejerske. Det giver et unikt datamateriale. Forhåbentligt vil det blive udnyttet bedre nu, når KL og Sundhedsstyrelsen får etableret børnedatabasen, hvor alle vækstdata, skal samles centralt. Det har stort potentiale. Men det er vigtigt, at databasen bliver interaktiv, så den giver sundhedspersonalet mulighed for at dele data og dermed motiverer dem for at gøre det.

I Finland har man sammenlignet vækstkurver hos børn født midt i 60'erne og midt i 80'erne. Kurven skiller allerede i tre-fire års alderen, hvor 80'er børnene i snit ligger et trin højere på BMI-indexet. Meget tyder på, at overvægten grundlægges tidligt i barndommen, og vi skal have redskaber, der gør, at vi med en vis sikkerhed kan identificere de børn, der risikerer at udvikle overvægt.

Stens vækst var så ekstrem, at man kunne have set det i førskolealderen, så man kunne have gjort noget, inden kirurgi var den mest oplagte løsning.

Det koster ikke mange fedmeoperationer at etablere et interaktivt system, som gør det muligt at gribe ind tidligere.

Sammenhængen mellem evidens og praksis indenfor sygdomsforebyggelse
v/ Berit Lilienthat Heitmann, professor, Institut for Sygdomsforebyggelse, Københavns Universitetshospital.

Vi handler i blinde, når vi laver forebyggende tiltag i Danmark. Når det drejer sig om, hvordan man forebygger udviklingen fra normalvægt til overvægt og dermed fedme, så ved vi ikke, hvordan vi skal gøre det.

Både nationale og kommunale kampagner kører efter devisen: Spis mindre, bevæg dig mindre. Vi ved, at man kan få mange enkeltpersoner til at tabe sig på den måde. Men når man ser på forebyggelse, så er der ikke evidens for, at god kost og fysisk aktivitet virker på vægten - selv om der findes mange studier af spørgsmålet.

I Cochran samarbejdet samler man de bedste undersøgelser på et givent område for at se, hvad de viser. Og her har man også set på fedme i sammenhæng med kost og bevægelse i forhold til børn. Der er studier, som viser, hvad der sker, når man indfører sund mad, fjerner cola-automater og slik, giver flere idrætstimer, forbedrer legepladserne og begrænser tiden foran tv og computer. Fire ud af fem undersøgelser viser, at det ikke har nogen effekt.

Undersøgelser viser ganske vist, at bedre kost og mere motion har en positiv effekt på hjertekarsygdomme og diabetes - og det er jo godt. Men det forebygger altså ikke fedme.

Når vi udelukkende tænker på kost og motion i forbindelse med fedmeforebyggelse, så betyder det også, at vi forhindrer os selv i at finde de virkelige årsager til fedmen. Vi kan godt få folk til at spise sundere og motionere mere, men det virker ikke på udviklingen af overvægt.

Hvis forebyggelsen skal virke, er vi nødt til at lede efter alternative årsager. Måske stress, forurening eller faktorer tidligt i livet, måske allerede i mors liv.

Måske skal vi prøve med mere skræddersyet forebyggelse, altså i stedet for generelle samfundskampagner eller generelle interventioner på arbejdspladser, kunne man måske fokusere på individer, hvor familien er genetisk disponeret eller på socialt dårligt stillede familier eller grupper.

Endeligt må jeg sige, at vi i forbindelse med vidensopbygning skal måle på alt, hvad vi gør. Alle indsatser som ikke bliver målt er problematiske, fordi de medvirker til, at vi handler uden evidens.

Evidens i forebyggelsen i dag

V/Else Smith, chef for Center for Forebyggelse i Sundhedsstyrelsen

Ligesom i behandling må vi kræve evidens i forebyggelsen. I Sundhedsstyrelsen har vi søgt at komme med en definition. Den siger, at "evidensen skal sikre den velovervejede, systematiske og eksplicite anvendelse af den aktuelt bedst tilgængelige viden om, hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke forudsætninger og ved anvendelse af hvilke ressourcer."

En type evidens drejer sig om *årsager* til udbredelse af sygdomme, en anden evidens drejer sig om *effekter* af forebyggende indsatser, og den tredje type drejer sig om *organisering og implementering* af forebyggende indsatser - altså viden om hvad man har gjort, og hvordan det har virket.

Når det drejer sig om årsagerne til fedme, har Sundhedsstyrelsen haft en tendens til en mekanistisk tilgang og ikke haft den fulde forståelse af kompleksiteten i fx. de miljømæssige og epikgenetiske forhold.

Når det drejer sig om at vurdere effekten, er der naturligvis brug for mere forskning for at finde ud af, om vores indsatserne virker - det gælder ikke mindst på fedmeområdet.

Når det gælder den sidste form for evidens - nemlig mht. den praktiske organisering og implementering af forebyggelsen, så må man sige, at den er sporadisk, spredt og ikke altid til at få øje på.

Generelt har vi i dette land søsat rigtig mange projekter, men vi har ikke haft fokus på at afrapportere. Vi har ikke fokus på at indsamle viden om, hvad man har gjort lokalt, og hvilken betydning det så har haft. Så den type evidens har vi haft vanskeligt ved at skabe.

På baggrund af den pulje, som blev udbudt i 2003 har vi fået lidt mere erfaring, og vi håber, der kommer mere, når vi får evalueret kommunernes tiltag, der blev sat i gang med satspuljerne.

Sundhedsstyrelsen ser evidensbaseret forebyggelse som en systematisk proces, der inddrager den bedst tilgængelige viden, og som sker i et samspil mellem de forskellige aktører - også med praktikernes skøn og erfaringer og med fordel under hensyntagen til borgernes ønsker og erfaringer.

Endelig skal vi huske, at evidensbaseret praksis skabes - også via praksisbaseret evidens.

Spørgerunde:

Kost, motion og stress-faktorer

Anne Baastrup (SF) spurgte *Berit Heitmann*, hvorfor man ikke opnår resultater af sine indsatser - om det er fordi, man slipper børnene for tidligt.

BH svarede, at hvis man vidste det, ville man være nået længere i forebyggelsen. Man kan godt ændre børns kost og motionsvaner, men tilsyneladende har det ikke effekt på fedmen. Måske fordi indsatsen ikke været hård nok, måske fordi der er fokuseret på noget forkert - måske skulle man have set på stressfaktorer eller genetiske faktorer.

Anne Marie Geisler (RV) ønskede en uddybning af, om stress og depression kan have en effekt på vægten - eller om det ikke skyldes, at sygdommene skaber en ændring af adfærd, der kan have effekt på vægten. *Berit Heitmann* svarede, at årsagerne til fedme må betragtes som mere komplekse end fed mad og for lidt motion - og med den forskning, der findes på verdensplan, kan det ikke bevises, at folk tager mindre på, hvis de spiser mindre og er mere aktive.

Udenlandske børn i kampagnen

Liselott Blixt (DF) havde mødt negative reaktioner på kampagnen med de tykke børn i fjernsynet fra folk, der følte sig stigmatiserede. *Else Smith* argumenterede for, at børn og unge er det rigtige sted at begynde, når det gælder forebyggelse – og at meningen her var at bevidstgøre forældrene, der måske sommetider kan have svært ved at se deres egne børn med neutrale briller, men skal også bevidstgøre forældrene. Men det er altid en svær balance. I kampagnen blev der brugt udenlandske børn

Jens Christian Holm fra Holbæk Sygehus tilføjede, at kampagnen hos dem ikke var blevet oplevet som stigmatiserende. Til gengæld havde mange henvendt sig om hvor, de kunne gå hen for få hjælp - og det kunne afdelingen ikke svare på. "Det er et problem, når man lancerer en landsdækkende kampagne".

Basispakke i kommunerne

Sophie Hæstorp Andersen (S) spurgte til Sundhedsstyrelsens rolle i forhold til at rådgive kommunerne. *Else Smith* sagde, at kommunerne er blevet bombarderet med information. Blandt andet med forslag til en såkaldt basispakke til alle borgere. Men i forbindelse med kampagner er det vigtigt, at der er et sted, hvor borgerne kan henvende sig. Et sted der spiller sammen med almen praksis.

Temablok 5 - Den brede forebyggelse

Den brede forebyggelse i Danmark i dag

v/Tatjana Hejgaard, Sundhedsstyrelsen

Regeringens sundhedsprogram har som mål, at stigningen i antallet af svært overvægtige skal stoppes. Og målet med den brede, befolkningsrettede forebyggelse af fedme må være at gøre det lettere for den enkelte at træffe de sunde valg i forhold til kost og motion.

Det kan ske i *befolkningsrettede strategier* fx. med skolemad og landsdækkende kampagner. Det kan ske på *individuel niveau*, fx. med etablering af væggtabstilbud. Eller det kan være gennem *strukturelle tiltag* som afgifter på usund mad eller sikre cykelveje.

Det er regeringens kommunalreform og Sundhedsloven, der sætter rammerne for den borgerrettede forebyggelse. Og ansvaret ligger ude hos kommunerne.

Et eksempel på Sundhedsstyrelsens egne tiltag er årets kampagne. Den der hedder "Get moving, før din mor eller far får syge ideer," hvor man fx ser en ung pige, der løber i et hamsterhjul, og hendes mor der tager tid. Hvad er så effekten af f.eks. Get moving kampagnen? Målet med kampagnerne er at øge kendskabet til ideerne. Evalueringen af sidste års kampagne, viste at 2/3 faktisk har set kampagnen. Og at kampagnen har øget kendskabet til anbefalingen om, at børn og unge skal være aktive mindst 60 minutter om dagen. Men desværre er det dem, der allerede lever op til målsætningen, der kender anbefalingen. Ligesom ved mange andre kampagner, så rejser det spørgsmålet: Hvordan når vi dem, vi allerhelst vil nå - altså de særligt udsatte?

Sundhedsstyrelsen vurderer, at det fortsat er nødvendigt at have fokus på overvægt. Og en af de helt væsentlige opgaver, er at få etableret tilbud til målgruppen. Når vi som sundhedsstyrelse forsøger at motivere borgerne til at få en sundere livsstil, så er vigtigt, at de kan få professionel hjælp, og at der findes tilbud til dem.

Samfundsrettede interventioner overfor fedme

v/Torben Jørgensen - professor og ledende overlæge i Forskningscenter for forebyggelse og sundhed.

Det er ikke nogen naturlov, at halvdelen af befolkningen er overvægtige eller fede. Og det er slet ikke udtryk for befolknings frie valg. Men det er et valg. Det er et politisk valg.

90 pct. af de overvægtige vil gerne tabe sig. 85 pct. af de fysisk inaktive vil gerne være mere aktive. 70 pct. af dem der spiser usundt, vil gerne spise sundt. Hvorfor gør det det ikke? Er de dovne og slappe?

Nej. Svaret er enkelt. Strukturen i vores samfund indbyder ikke til det. Fedmeepidemien har ikke mystiske grunde. Vi har samme genmasse som for 50 år siden. Epidemien skyldes ændring af samfundsstrukturen. Vi bevæger os meget mindre, og vi har set en voldsom stigning i forbruget af fødevarer med et højt indhold af sukker og fedt. Fx. har vi herhjemme set en fordobling i energiindholdet i et standardmåltid på burgerbaren. Vi kan ikke regne med, at individet er i stand til at gå imod strømmen.

Litteraturen viser det klart. Hvis man nedsætter en befolknings energiindtag og øger dens daglige fysisk aktivitet, så sker der en drastisk reduktion i dens vægt og dens følgesygdomme. Så vi skal flytte fokus fra en individorienteret forebyggelse til den strukturelle forebyggelse.

Den koordinerede strukturelle indsats skal spille på 3 strenge: Beskatning, politikker og tilgængelighed.

Beskatningen: Små justeringer i priserne ændrer salgsmønstrene. Da EU-tilskuddet til sødmælk forsvandt herhjemme, så faldt salget med 25 %, samtidigt med at salget af skummetmælk steg tilsvarende. Vejen frem er mere skat på sukker, fedtholdige produkter og alkohol. Indtægter fra den ekstra skat kunne øremærkes til formål, som har befolkningsopbakning.

Så er der arbejdspladspolitik, fx placering af trapper og elevatorer i bygninger. Og infrastrukturen. Lokalsamfundet skal tilgodesee gang og cykling og sund mad. Så er der reklamerne for slik og usunde ting. Det skal reguleres, og specielt skal børn og unge ikke udsættes for det. Så mit budskab er, at der brug for politisk vilje og lederskab - langsigtede planer som løbende udbygges og vedligeholdes, både af centrale- og lokale myndigheder.

Samfundets indretning, arkitektur og fedme

v/centerleder Rene Kural, Center for idræt og arkitektur på arkitektskolen:

Takkede først for, at han som den eneste humanist havde fået lov at komme, og forklarede derpå, at dårlig byplanlægning slår flere mennesker ihjel end både trafik og terror. Vi indretter vore byer dårligt, så de slår folk ihjel.

Det drejer sig om forebyggelse, og der siges, at skoler eller idrætsforeninger kan løfte den opgave. Det syntes han ikke. Og da slet ikke idrætsforeningerne. De er fyldt med frivillige, der er kommet for at få nogle børn til at have det sjovt. De kommer ikke for at arbejde med overvægtige.

Tilbage i 70'erne var der i Ministeriet for Kulturelle Anliggender overvejelser, om man i Danmark skulle have standarder for, hvor meget græsplæne og hvor mange badmintonbaner osv., man skulle have pr. indbygger - det var inspireret af den tyske "Goldene Plan". At fastslå at der skal være en halv kvadratmeter græsplæne til alle, er nok for pedantisk. Alligevel skulle vi måske overveje at presse kommunerne til at have faste standarder for, hvad der skal være af faciliteter til borgerne.

Vi går og tror, at det er fodbold, håndbold og badminton og måske lidt fitness, vi skal satse på. Men det er ikke rigtigt. Den fysiske aktivitet sker nemlig ved, at vi jogger og styrketræner og bruger det rum, som er mellem murstenene - gader, veje, parker og skove. Så der skal vi sætte ind.

Hvis vi spørger folk, om de ville være mere fysiske aktive, hvis der var gode faciliteter nær deres bolig, så svarer 65 pct. af børnene, at det ville de. Så glem

trædemøllen I stedet for at sige, at man bliver fed og grim, hvis man ikke er fysisk aktiv, så skal vi prøve at formidle ideen om, hvor dejligt og sjovt det er at være fysisk aktiv.

Skolen som forebyggelsesarena

V/Bent Egberg Mikkelsen professor i ernæring og måltidsservice på Aalborg Universitet.

Børn spiser groft sagt på 4 forskellige måde i skolen. Enten springer de frokosten over – det gør rigtig mange. De spiser madpakken, de går til fastfood eller grillen, eller de spiser skolemaden.

I disse år tales meget om, hvad man kan udrette ved at tilbyde offentlig skolemad - om det har effekt på børnenes spisevaner og på forekomsten af fedme.

Hvis man i stedet for BMI fokuserer på et mål som hedder "sundere kostmønstre", så kan det faktisk lade sig gøre. Det fremgår af en række interventionsstudier fra andre lande. Men maden alene gør det ikke.

Maden vi serverer skal selvfølgelig være sund. Men det kræver, at skolen også er med på ideen. Ledelsen skal være engageret, skolen skal have en madpolitik, lærerne skal være med, kosten skal ind i undervisningen og så skal lokalsamfundet og familierne være med. Hvis det til sammen er opfyldt, så har det en effekt.

Et af problemerne i Danmark er, at man har gjort skolekantsordningen frivillig - i modsætning til hvad man har gjort i børnehaven. Dermed får vi et *forbrugerskab* - forældrene får lov til selv at vælge om børnene skal spise den sunde mad. Men i forhold til skolemad har vi brug for *medborgerskab*, eller rettere *madborgerskab*.

I Danmark har udviklet en tro på, at det drejer sig om at gøre noget ved maden. Dermed går vi ind i skolens lille bitte køkken. I stedet for at gå ind af den store hovedindgang – dvs. pædagogiske indgang, den didaktiske indgang, den læringsmæssige indgang. Vi skal ind og have fat i lærerne og i lederne på skolen. Forebyggelse foregår på ledelsesgangen, i lokalsamfundet og i familien.

Spørgerunde:

Hinkeruderne er borte

Sophie Hæstorph Andersen (S) ville gerne vide, hvordan man konkret etablerer de gode faciliteter i eksisterende kvarterer. Hun kunne ikke huske, at hun have brugt de grønne omgivelser omkring hendes barndoms almene boligbyggerier. *Rene Kural* sagde, at hun havde glemt, at hun gik ud med et stykke kridt i lommen. I dag er hinkeruderne væk - ofret på risikosamfundets alter. Vi skal ændre opfattelsen af, hvad det vil sige at være fysisk aktiv.

Den svenske model

Sophie Løhde (V) spurgte *Bent Egberg Mikkelsen*, om det ville være fornuftigt at indføre den svenske model med gratis skolemad til alle, eller om pengene kunne bruges mere fornuftigt på andre tiltag. Hvordan får man mest forebyggelse for pengene? Og er der lavet undersøgelser af, om de svenske skolebørn er sundere end de danske? *BEM* afviste denne form for sundhedsekonomisk tankegang i forhold til meget komplekse problemstillinger - "vi kan jo heller ikke lave randomiserede forsøg i klimadebatten". Der er ikke lavet undersøgelser, der sammenligner svenske og danske børn.

Gør noget for kvinderne og pigerne

Anne Marie Geisler (RV) spurgte *Rene Kural*, om man - som man har gjort nogle steder - skulle satse mere på fx. lokale pavilloner til styrketræning eller særlige løbestier. Han svarede, at der er en tendens til at planlægge den slags for unge mænd på mellem 16 og 25. Det er bedre at skabe noget for de unge og de ældre kvinder og gerne i nærheden af boligerne.

Temablok 6: Forebyggelse målrettet mod højrisikogrupper

Forebyggelse rettet mod grupper med høj risiko for at udvikle fedme

v/Finn Diderichsen, professor i forebyggelse ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU.

Som tidligere nævnt har vi meget lidt evidens for effekten af de individrettede indsatser. Og vi ved endnu mindre, når det gælder de grupper, som har ekstra høj risiko for fedme.

Alligevel har de amerikanske myndigheder – CDC i Atlanta - udsendt et detaljeret program, der blandt andet skal reducere de sociale forskelle i fedme. CDC's liste omfatter lige præcist de strukturelle tiltag, som Torben Jørgensen gennemgik.

De bygger på det, vi kalder epidemiologisk evidens - fx studier der viser, at fattige områder har færre sportspladser og grønne områder ved skolerne. Hvis man i sine beregninger tager hensyn til disse faktorer, så forsvinder uligheden i overvægt. De samme beregningsmetoder bruger vi indenfor fx arbejdsmiljø. Men det ligger i grænsefladen mellem videnskab og politik, så spørgsmålet er, hvornår vi mener, at evidensen er god nok til at handle på.

Den engelske regering har i øvrigt nedsat en tilsvarende kommission, og vi kunne vel også tænke os at få sådant et arbejde sat i gang i Danmark. I England foreslår de den samme liste af strukturelle tiltag som den amerikanske regering. De hævder, at effekten vil nå bredt ud - også til de grupper, som har svært ved at forandre deres adfærd.

Spørgsmålet om hvem, der er sårbar overfor fedme, drejer sig ikke om mytiske fakta inde i menneskekroppen. Det drejer sig om, at alle biologiske tilstande har mange årsager, og at de påvirker hinandens effekt. Hvis man spiser megen energitæt mad, så bliver effekten af manglende fysisk aktivitet meget større – men det betyder også, at hvis man kan gøre noget ved den ene faktor, så får vi en særlig stor effekt i de udsatte grupper.

Så hovedkonklusionen og hovedbudskabet er, at vi skal bruge de strukturelle tiltag, som Torben Jørgensen gik igennem – og måske gøre det i fattige boligområder og i dele af landet med særligt mange lavindkomstgrupper.

Fedmens socio-geografiske fordeling og målrettede forebyggelse

v/Charlotte Glümer, Forskningsleder i Forskningscenter for Forebyggelse og sundhed

Der findes allerede en del målinger af den geografiske fordeling af sundhed og livsstil. I Region Hovedstaden har man blandt andet set på forekomsten af fedme – BMI over 30 - og her ses en forekomst, der varierer fra 6-16 procent kommunerne imellem.

Kommunerne er blevet inddelt i 4 socialgrupper – på baggrund af bl.a. indtægt, uddannelse, arbejdsløshed. Når vi betragter de 29 kommuner samt 10 bydele i København, så ser man en udtalt tendens til, at borgerne bor i sociale enklaver.

I de dårligst socialt stillede kommuner er der tre gange flere med fedme og overvægtsproblemer end i de velstillede. Samme sociale ulighed gælder usund kost, fysisk inaktivitet i fritiden og rygning. Når det gælder den absolutte byrde af forekomsten af kroniske sygdomme som diabetes, hjertekar-sygdomme, og kronisk obstruktiv lungelidelse, så er den faktisk højst i de bedst stillede kommuner. Det skyldes, at der bor mange ældre borgere i de gamle kommuner og i kommuner i den centrale dele af regionen.

Hvis vi så rent tal-teknisk gør de her kommuner lige gamle, så ser vi en meget høj forekomst af de kronisk sygdom i vestegnskommunerne og de københavnske bydele. Disse fremskrevne beregninger kan vi bruge til at planlægge fremtidig sengekapacitet – men også til at planlægge tiltag for at ændre sundhedsadfærd. For eksempel ved at mindske tilgængeligheden af fastfoodrestauranter og kiosker i nærheden af skolemiljøer. Den slags arbejder man med i USA, Canada og Australien. Vi prøver at lave lignende undersøgelser i hovedstaden. Altså hvad forekomsten af fastfood og manglende fysiske og rekreative områder betyder for sundhedsadfærden. Hvis vi ser samme sammenhæng som i udlandet, vil der være belæg for at sætte ind med strukturelle tiltag, der understøtter borgernes sunde valg.

Ansvar og organisering

v/sundhedschefen i Hjerteforeningen, Ingrid Willaing

Det er svært at fastlægge, hvem der har ansvaret for organiseringen af forebyggelse af fedme i højrisikogrupperne.

Hvis fedme opfattes som kronisk sygdom, så kalder det på patientrettet forebyggelse – og så deles ansvaret ifølge Sundhedsloven af regioner og kommuner. Hvis fedme opfattes som en afvigelse i befolkningens vægtfordeling, så kalder det på borgerrettet forebyggelse – og så er det kommunens opgave.

I loven står der, at kommunerne skal etablere relevante forebyggelsestilbud overfor befolkningen – men gælder det også overfor højrisikogruppen, eller er det regionen, som har ansvaret for den?

Når der ikke er klare rammer, så sker der ikke noget. Fx ville det være oplagt at rejse fedmeforebyggelsen, når man laver sundhedsaftaler. Men det er ikke noget krav. Derfor er det fuldstændigt tilfældigt og helt afhængigt af den politiske prioritering i kommuner og regioner, om der gives tilbud til disse grupper.

Vi har hørt, at behandlingsmetoderne er sparsomme, at forebyggelse er rigtig vigtig, og at de socialt dårligst stillede er i en særlig risikogruppe. Alligevel har vi en konstruktion, der gør, at man som borger skal være enormt aktiv for at sikre sig et tilbud. Det er svært at forestille sig, at de svage kan begå sig i et svært system, hvor systemet ikke engang selv kan finde ud af, om det har nogen tilbud. Fedmeforebyggelse er det, som man i kommunerne kalder en KAN-opgave og ikke en SKAL-opgave. Samtidigt ser man, at hospitalerne har en tendens til at spare specialistressourcer væk på dette område.

Skal der rettes op på det, må man fra centralt hold melde ud, hvad der kræves af kommuner og regioner, og at det får konsekvenser, hvis det ikke bliver gjort.

Spørgerunde:

Den sociale dimension af fastfood

Sophie Hæstorp Andersen (S) –spurgte Charlotte Glümer, hvor tæt man skal ind i boligområdet, før afstanden til for eksempel grill- og shawarmabarar spiller en rolle for folks sundhed. CG svarede, at man kan se, at borgerne i København spiser mere fastfood end i andre dele af regionen. I USA har man undersøgt den sociale dimension af, hvad mængden af fastfood i nærområ-

det betyder for, hvad man spiser. Det er endnu ikke undersøgt i Danmark, men noget tyder på, at det er ligesom i USA. *SHA* bemærkede, at der er forskel i levetid på 10-14 år mellem Vesterbro og Sydhavnen, men at adgangen til fastfood vist er den samme.

Nye kommunale sundhedsprofiler

Sophie Løhde (V) ønskede svar på, hvor meget kommunerne bruger deres sundhedsprofiler. *Charlotte Glümer* svarede, at de første sundhedsprofiler kom skævt i forhold til valgperioden. Men de næste kommer i 2010, så de passer til næste valgperiode – og det lader til at blive et meget nyttigt redskab – også til at se ændringer over tid.

Etniske mindretal og differentieret moms

Anne Baastrup (SF) spurgte, hvorfor der slet ikke var blevet talt om de etniske mindretals særlige problemer. Hun ønskede også svar på, hvor kraftigt differentieret moms kan påvirke forbruget. *Finn Diderichsen* svarede på baggrund af erfaringer fra USA og England, at de etniske minoriteters problemer er bestemt langt mere af den sociale profil end af den etniske baggrund. Højere priser på usunde fødevarer virker stærkest i grupper med lavere indkomster. Det ser man på f.eks. tobaks- og alkoholområdet.

Temablok 7: Fremtidens strategi for forebyggelse og behandling og fedme i Danmark

Sammenhænge mellem praksis og forskning i fremtidig forebyggelse af fedme

v/Thorkild I.A. Sørensen - Leder af det nationale danske fedmecenter:

Forskerne ved meget lidt om de egentlige årsager til fedme – og i virkeligheden burde man tale om "fedmens gåde". Den almindelige forestilling om kroppens energibalance holder nemlig ikke.

Rent fysisk er det klart nok: når man er fed, så er det fordi, der er kommet flere kalorier ind, end kroppen har forbrændt. Men det er en intetsigende konstatering, og vi ved ikke, hvorfor det sker. Problemet er nemlig, at denne forskydning i energibalancen slet ikke kan måles. På døgnbasis er det så lidt, at det er uden for rækkevidde for selv de mest raffinerede måleteknikker. Derfor skal der også meget lidt til at ændre det. Så når der tales om at spise for meget og røre sig for lidt, så kan det lige så godt dreje sig om, at kroppen af en eller anden grund har en tendens til at gemme på de få ekstra kalorier, der over 10-20-30 år gør os fede. Energibalancen hjælper os ikke en tøddel til at forstå fedmeproblemet.

I stedet kan historien tages til hjælp – og i Danmark har vi rigtig god statistik. Vi kan se at første fedmebølge begynder hos børn født i 1941-42. Der ses en 7-10-dobling af niveauet – allerede ved skolestart. Så gik der 20 år indtil næste stigning, som man ser hos børn født omkring 1970 – og herefter er det blot steget og steget. Der er altså tale om et historisk fænomen, og for at finde årsagerne er vi begyndt at arbejde tværvideenskabeligt med historikere. København Universitet har oprettet et nyt professorat i historie, der har til opgave at forstå fedmeepidemien.

Alt tyder på, at vi skal lede efter årsagerne i det tidligere liv eller i betingelserne for det ufødte barn. Og det giver jo en fantastisk chance for at fjerne betingelserne for fedmeepidemien – for der er jo ikke nogen fase i livet, hvor vi er mere optaget af forebyggelse end hos det nyfødte barn.

Organisering, ansvar og fremtidige tilbud i en indsats mod fedme

V/ Regitze Siggaard fra Adipositasforeningen

Det er tankevækkende, at man under AIDS-epidemien i 80'erne lynhurtigt var i stand til at agere med penge og aktiviteter i sundhedsvæsenet og med nationale oplysningskampagner. Det kan altså lade sig gøre.

Naturligvis skal vi have forskning. Men vi kan ikke forske os ud af problemerne. Jeg synes, der skal lægges mere vægt på den psykologiske og pædagogiske forskning for at finde de bagvedliggende psykosociale årsager til fedmen. Og så bør der sættes mere på indsatser, der fremmer livsduelighed og mestringsstrategier – så de overvægtige bliver i stand til at søge job og dermed til at sørge for deres familier.

I forhold til behandling, kan vi ikke være bekendt, at de svært overvægtige så at sige overlades til sig selv. Rigtig mange må selv finde løsninger. De gør det på nettet og køber sig fattige i alt muligt. Vi må have en bedre organisering af det her. Det nytter ikke, at kommuner og regioner ikke kan finde ud af, hvem der skal have ansvaret.

Og så er der børnene. Det er ikke ok, når 8-årige Klara græder sig i søvne de først 6 uger på julemærkehjemmet, fordi hun savner sin mor og far og sin storebror. De sidste 4 uger af opholdet er hun okay - hun har fået kammerater og er i mobbefri zone. Men så snart hun kommer hjem, så bliver det fejret med en god gang lasagne og hendes yndlingsslik. Vi har givet hende et frirum, men det er uetisk at lade 8-årige Klara være den, der skal håndtere familiens overvægtsproblem.

Vi må tænke nyt i forebyggelsen. Se hvor mange aktører, der er i klimadebatten. Hvorfor er det så svært, når vi snakker overvægt. Lad os få fastfood-kæderne i tale, snak med fødevarereproducenterne, lad dem være foregangs-mænd for at fremme de sunde fødevarer.

Vi skal også indføre incitamenter. For eksempel kunne man i forbindelse med puljer til egnsudvikling sige, at man kun kan få penge, hvis der også er tilbud til svært overvægtige. Vi har brug for nytænkning. Derfor kunne jeg også godt tænke mig et nationalt innovationssted, hvor man kobler praksis, udfordringer og tværfaglighed ind i fællesramme for at formidle viden og best practice.

Fedme og social ulighed i sundhed

V/Finn Breinholt - Center fra Folkesundhed:

Social ulighed i sundhed har været på dagsordenen i Danmark i hvert fald i 10 år, og alligevel er der ret stor usikkerhed om, hvordan vi omsætter de abstrakte målsætninger til konkrete initiativer. Følgende er konkrete bud på, hvilke målgrupper og hvilke såkaldte "arenaer", der bør sættes på for at få en målrettet indsats.

Målgruppen bør være de kortuddannede, fordi der findes solide data for, at de har en markant overhyppighed af fedme, og det er den ret stor samfundsgruppe. Arenaerne skal være arbejdspladser med mange kortuddannede, kommunale beskæftigelsesindsatser og erhvervsskolerne. Indsatsen skal dreje sig om bedre kost og fysisk aktivitet – det er de bedste metoder, vi kender i dag.

Forebyggelsesfonden er et af de håndtag, vi kan bruge. Der ligger allerede nogle hundrede millioner kroner, og jeg vil opfordre til at de penge bliver prioriteret i forhold til arbejdspladser med mange kortuddannede. Jeg forestiller mig, at indsatsen mod fedme skal være en del af en bredere indsats.

Sundhedsloven er det andet håndtag. Loven giver kommunerne et bredt ansvar for forebyggelse. Jeg synes, de skal bruge arbejdspladserne – både offentlige og private – som arenaer for forebyggelse. Selvfølgelig i samarbejde

de med arbejdspladserne, med faglige organisationer og med arbejdsgiverforeninger. Og de skal satse på de kortuddannede.

Den sidste forebyggelsesarena er erhvervsskolerne, hvis klientel er den mindst boglige del af ungdommen. De har ikke mange penge at gøre med, og det er svært at få øje på, hvor der ligger en særlig pose penge til dem. Men de er meget relevante som forebyggelsesarena.

Forbyggelse, sundhedsfremme og det frie valg

v/Jacob Andersen, Dansk Kommunikation

Før man begynder at sælge, skal man vide, hvad man vil have solgt. Og selv om der er usikkerhed, så synes jeg, vi skal satse på at spise sundt og at bevæge sig mere – om ikke andet, så fordi det kan være godt af alle mulige andre grunde. Og jeg vil foreslå, at det politiske system koncentrerer sig om de strukturelle rammer, der underbygger de frie valg.

Forudsætningen er imidlertid, at Sundhedsstyrelsen ikke skal bestemme vores livsvidde. Og Christiansborg skal ikke bestemme, hvor mange småkager vi spiser. Udgangspunktet i politisk kommunikation og politisk handlen skal være borgernes selvbestemmelse. Altså respekt for borgernes frie valg. Men lad os også erkende, at det frie valg kan være mere ideal end virkelighed, og at vi derfor kan være nødt til at gennemføre strukturelle tiltag for at gøre det frie valg mere reelt.

Mit arbejdsområde er, hvordan man får borgerne til at involvere sig. Når man taler om Sundhedsstyrelsens kampagner, er det vigtigt at sige, at kampagnerne ikke kan stå alene. Kampagner skal mobilisere kræfter, der skal mobilisere andre kræfter. Det er sådan, man skal få skoleledere til at bakke op om ny kostpolitik på skolerne, det er sådan man skal få involveret fritidslivet, der er sådan man skal engagere virksomhederne – alt det som er nødvendigt for at gennemføre de grundlæggende forandringer.

Kort sagt er der mere brug for politisk lederskab end for kommunikation. Et politisk lederskab, der kan lægge pres på institutionernes ledere, på virksomhederne og på resten af samfundet.

Men hvor skal lederskabet komme fra? Sandheden er jo, at der ikke findes et eneste parti i folketinget der for alvor interesserer sig for forebyggelsesområdet.

Spørgerunde:

Årsager til fedmebølgerne

Anne Marie Geisler (RV) ønskede uddybning af årsagerne til fedmebølgerne. *Thorkild Sørensen* sagde, at man har lange lister over mulige forklaringer, som historikerne kigger på. Det gælder også den tilsyneladende bølgedal fra 2001.

Formynderi, baderum og bycykler

Anne Baastrup (SF) ønskede uddybning af, hvordan vi kommunikerer de gode budskaber, uden at det kammer over i formynderi. *Jacob Andersen* foreslog, at man kunne indrette gode baderum på skolerne, så teenagepigerne ville synes, det var ok at tage bad – og dermed også dyrke motion, eller man kunne få placeret gratis bycykler ved flere stationer. Det er også kommunikation.

Julemærkehjem og tilbud forankret i driften

Liselott Blixt (DF) ønskede *Regitze Siggaards* svar på, hvem der skal være tovholder på det her, og om julemærkehjemmene skal være med. *RS* svarede, at

hun har stor respekt for julemærkehjemmene, som er det eneste landsdækkende tilbud. Men skulle man opfinde dem i dag, ville man ikke gøre det ved at deponere 8-10-årige børn i 10-16 uger langt fra hjemmet. Det giver kun kortvarig succes, indtil de tager på igen. Familierne burde inddrages langt mere. Og den kommunale sundhedstjeneste burde klædes på til at visitere børnene til tilbud, der var forankret i driften. Det nytter ikke med satspuljerne, som tager tre år at etablere, og kun det sidste halvandet år har man kunder i butikken.

Ny italesættelse af fedme

Sophie Løhde (V) ønskede at høre *Regize Siggaards* mening om, hvordan man kan ændre folks holdninger til de overvægtige. RS talte for at ændre retorikken. Et eksempel var en kampagne til overvægtige værnepligtige, hvor man talte om, at "de var i dårlig fysisk form", selv om det drejede sig om, at de var for overvægtige til militærtjeneste. Det skal ikke være ok, at blive kaldt fed og ulækker. Vi skal finde en måde at i talesætte og vise fedme på. Også i forhold til virksomheder. I dag er der ingen virksomheder der vil slås i hartkorn med dem, som er fede og uintelligente.

Præsentation af oplægsholdere

Arne Astrup

Overlæge, forsker, forfatter, professor og institutleder for Institut for Human Ernæring ved Det Biovidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Astrup blev i 1981 færdig som læge ved Københavns Universitet og fortsatte derefter med en speciallægeuddannelse i Intern Medicin.

I 1986 modtog han en medicinsk doktorgrad (dr.med.sci./ph.d.) på sin disputats om stofskifte og forbrænding i mennesker.

Han er desuden, bl.a.:

- Stifter af, og indtil 2003 formand for, *Motions- og Ernæringsrådet*
- Chefredaktør for det engelske tidsskrift, *Obesity Reviews*.
- Præsident for *The International Association for the Study of Obesity* (IASO)

Kjeld Møller Pedersen

Professor i sundhedsøkonomi- og politik, Syddansk Universitet

Har bl.a. skrevet en oversigtsartikel om fedme og sundhedsøkonomi plus et par formidlende artikler om samme emne.

Beskæftiger sig forskningsmæssigt med sundhedspolitiske beslutningsprocesser og forskellige aspekter ved omkostnings-effektanalyser, fx. brugen af kvalitetsjusterede leveår.

Helle Grønbæk

Aut. Cand. Psych., Enheden for overvægtige børn og unge, Pædiatrisk Afdeling, Holbæk Sygehus

Vinder af Regions Sjællands Sundhedspris 2009.

Igangværende forskningsprojekt: "Unge med fedme". Et kvalitativt studie af gruppebehandling af 15 -18 årige unge med fedme. Støttet af Sygekassernes Helsefond.

Ph.d.-studerende med afhandling: "Familier og børn med overvægt. Familiefortællinger, motivation samt ændring i BMI og Kropsfedtprocent undersøgt i et udviklingsprojekt for familiebehandling af børn med overvægt."

Fra 2002 til 2007 Projektleder for udviklingsprojektet "Familier med overvægtige børn" – "Plus Kidz". Ansættelse ved Juliane Marie Centret, H:S Rigshospitalet.

Gunnar Scott Reinbacher

Magister i sociologi Københavns universitet.

- 1973-1978: Adjunkt/lektor Roskilde Universitet
- 1978-1984: Rektor for de socialadministrative og pædagogiske uddannelser i Grønland
- 1984-: Lektor på Aalborg universitet
- 1995-2001: Contractor, project coordinator and project manager for EU projekt "TANDEM", training alternative networking skills in diabetes management, cronical diseases
- 2008-: Director for Danish Center for Philosophy and Science ved Aalborg Universitet (arbejder her med international sundhed)
- 2009-: European coordinator for Health sociology in European sociological association. (koordinerer sundhedsforskningen i europa)
- 2009-: Forskningskoordinator på Institut for historie, internationale studier og samfundsforhold I policy analyse med fokus på sundhedspolitik nationalt og internationalt
- 1999-: Ansvarlig for uddannelse i "sygdoms- og sundhedssociologi"

Jens-Christian Holm

Speciallæge i børnesygdomme pr. 1. april 2007.

Leder af Enheden for overvægtige børn og unge på Holbæk børneafdeling pr. 1. juli 2007.

PhD-afhandling: Physiological regulation of leptin. Changes in levels of leptin and its soluble receptor during weight loss and follow-up in boys and girls.

Klinisk ekstern lektor ved Københavns Universitet pr. 1. januar 2009.

Forsvaret ved Københavns Universitet juni 2003.

Forfattet artikler og kapitler til bøger, foredragsholder og deltager i den offentlige debat.

Initiativtager til og leder af Den danske biobank for overvægtige børn som vil inkludere 5000 børn til forskning i svær overvægt, genetik, hjertekar-, stofskifte-, og hormonsygdomme.

Præliminære behandlingsresultater i Enheden for overvægtige børn viser en acceptabel drop-out rate og et tilfredsstillende behandlingsrespons for over 500 svært overvægtige børn som er behandlet i op til 21 måneder.

Vinder af Region Sjællands Sundhedspris 2009. Danmarks største sundhedspris.

Mette Kildevæld

Ph.d.-studerende på Institut for Sygdomsforebyggelse siden december 2007.

Uddannet sygeplejerske i 1993, ledelsesuddannelse i 1998 og Master of Public Health i 2005.

Har siden 2004 arbejdet med vægtændringer og vægtændringernes indflydelse på helbredet. Formålet med ph.d. studiet er at undersøge sammenhængen mellem ønsket vægttab og dødelighed. De anvendte data stammer fra Den danske Sygeplejerskekohorte (Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Glostrup) og Nurses' Health Study (Harvard University, Boston).

Søren Toubro

Overlæge på klinikken Reduce, som er en forskningsklinik for kost og ernæring

Lektor på Institut for Human Ernæring, Københavns Universitet

Blev i 2006 bestyrelsesformand for Dansk Selskab for Adipositasforskning

Ekspertise

Fedme, herunder energiforbrug, genetik, hormoner og behandling

Er national koordinator for 25 fedme eller diabetes interventionsstudier i Danmark

Henning Beck-Nielsen

Professor, ledende overlæge, dr. med.

Odense Universitetshospital, Endokrinologisk Afdeling M

Nuværende stilling:

Professor i medicinsk endokrinologi, Klinisk Institut, Syddansk Universitet, Odense.

Ledende overlæge, Endokrinologisk afdeling M, Odense Universitetshospital. Forskningsleder, Endokrinologisk afdeling M, Odense Universitetshospital.

Specialistuddannelse

Speciallæge i intern medicin (medicinske sygdomme) 02.07.84.

Speciallæge i medicinsk endokrinologi (medicinske hormonsygdomme) 24.01.85.

Egen disputats

Insulin receptors in man

The monocyte as model for insulin receptor studies in man.

Forsvaret 12.09.80 ved Aarhus Universitet.

Jens Fromholdt Larsen

Uddannelse og ansættelser:

- 1978: Lægevidenskabelig Embedseksamen Århus Universitet.
- 1978 – 1992: Kirurgisk uddannelse: Vejle Sygehus, Aalborg Universitetssygehus og Århus Universitetssygehus
- 1989: Speciallæge kirurgi.
- 1992: Speciallæge kirurgisk gastroenterologi (mave-tarmsygdomme).
- 1993: Overlæge kirurgisk gastroenterologisk afdeling, Aalborg Universitets Sygehus.

- 2000: Visiting Professor, Oregon Health Science University, USA.
- 2002: Sektionsoverlæge kirurgisk gastroenterologisk afsnit, Nord-landssykehuset, Bodø, Norge.
- 2004: Ph.d afhandling. Pathophysiological and Clinical Aspects of Carbonic Dioxide Pneumoperitoneum. Department of Health Science and Technology, Aalborg University
- 2006: Klinikchef Organkirurgisk Center Privathospitalet Mølholm.

Fedmekirurgi

Siden 1996 arbejdet med kikkertkirurgisk behandling af fedme, og som det første center i landet indført den laparoskopiske fedmekirurgi (laparoskopisk banding). Været med til at opbygge fedmekirurgien i Norge og medforfatter af de nationale retningslinjer for fedmekirurgi i Norge.
2006 indført den kikkertkirurgiske fedmekirurgi på Privathospitalet Mølholm, hvor der siden er udført 2000 laparoskopiske fedmeoperationer.

Jens Peter Kroustrup

Speciallæge i intern medicin og endokrinologi
Overlæge ved medicinsk endokrinologisk afdeling, Aalborg Sygehus
Leder af adipositas-klinikken, Aalborg sygehus
Post graduat klinisk lektor ved Århus Universitet

Siden 1996 overvejende arbejdet i klinikken med adipositaspatienter, især patientudvælgelse til operativ behandling, medicinsk forundersøgelse og kontrol efter operationen.

Deltager i undersøgelser af virkningen af fedmeoperationer på livskvalitet, og mangeltilstande efter operation.

Medlem af arbejdsgrupper under Sundhedsstyrelsen vedrørende operativ behandling af svær overvægt, og plastikkirurgiske operationer efter fedmeoperationer.

Betina Højgaard

cand.scient.oecon.

Uddannelse:

Kandidateksamen i Miljø- og Naturressourceøkonomi, Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole, 2005.
Bifag i Idræt, Københavns Universitet, 1998.

Erhvervserfaring:

Siden 2005 Dansk Sundhedsinstitut

Særlige fagområder:

Forebyggelse og sundhedsfremme, bl.a. beskæftigede sig en del med overvægt. Herudover været med til at udarbejde MTV om "Kirurgisk behandling af svær overvægt" for Sundhedsstyrelsen i 2007.

Carsten Obel

Praktiserende læge, lektor, PhD

Praktiserende læge i Århus hos Lægerne Vennelystparken og lektor ved afdeling for almen medicin, Institut for folkesundhed, Århus Universitet, begge dele på halv tid.

Har arbejdet som læge i Danmark og 1½ år i Norge. Har beskæftiget sig epidemiologisk med børnesundhed igennem en årrække. Bidraget til at udvikle opfølgning af den århusianske fødselskohorte, den nationale fødselskohorte (Bedre sundhed for mor og barn) og Ålborg Odense kohorten 'Lev sundt for to'. I styregruppen for den nationale fødselskohorte (2007-).

I Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe til etablering af et monitoreringsprogram omfattende sundhedsindikatorer i barndommen (2001-03), i den faglige projektgruppe for børmedatabasen under KL (2007-9), i projektgruppen for den danske vaccinationsdatabase (2008-9), i lægeforeningens børneudvalg (2006-08) og i forebyggelsespolitisk styregruppe 2009-, bidrog til at etablere Rockwoolfondens sundskolenettet (medlem af sundhedsfagligt udvalg her 2008-9), medansvarlig for udvikling af skolesundhed.dk', ansvarlig for 'Nordic Network of Monitoring Childhood Growth' under NiCe programmet, Nordisk Ministerråd. Medlem af UNICEF's børneekspertpanel.

Berit Lilienthal Heitmann

Cand.Odont, Ph.d.

Professor i ernæringsepidemiologi,

Forskningsleder, HR chef,

Enheden for Epidemiologisk Kostforskning, Institut for Sygdomsforebyggelse

- 1990-: Arrangør af adskillige nationale og internationale symposia om epidemiologi, fedme og ernæring.
- 1992-: Videnskabelig advisor på flere internationale konferencer om epidemiologi, fedme og ernæring.
- 1996-98: Formand, Dansk Selskab for Adipositasforskning
- 1998-00: Formand, The Danish Obesity Task Force Group
- 2003-04: Udvalgt bestyrelsesmedlem Programkomiteen for større tværgående forskergrupper. Forskningsministeriet
- 2003-: Udvalgt medlem af Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd. Forskningsministeriet
- 2004-: Medlem af Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråds Forretningsudvalg
- 2004-: Bestyrelsesmedlem i Mælkeafgiftsfonden, Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri.
- 2004-: Grant proposal reviewer i Norges Forskningsråd
- 2005-: Grant proposal reviewer for sammenslutningen af sundhedsvidenskabelige forskningsråd i Europa (The European Medical Research Councils), The European Science Foundation
- 2007-: Udvalgt medlem af The Research Council of Norway, Fagkomiteen for klinisk medicin og folkehelse
- 2007-: Grant proposal reviewer i Sveriges Forskningsråd

39

Else Smith

Else Smith er cand. med og ph.d. og har været leder af Sundhedsstyrelsens forebyggelsescenter siden 2004, indtil hun i november 2006 blev konstitueret medicinaldirektør i Sundhedsstyrelsen.

Hun kom til forebyggelsescentret fra Statens Serum Institut, hvor hun var afdelingschef og har tidligere arbejdet som embedslægeassistent og som hospitalslæge.

Tatjana Hejgaard

Specialkonsulent i Sundhedsstyrelsen.

Har siden 2003 arbejdet i styrelsens Center for Forebyggelse med opgaver relateret til områderne ernæring, overvægt og underernæring.

Kerneopgaverne omfatter rådgivning af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, sundhedsprofessionelle, borgere, andre interessenter og aktører samt faglig sparring og projektledelse relateret til områderne.

Er uddannet cand. brom. (levnedsmiddelkandidat) og ph.d. fra Institut for Human Ernæring ved Life KU (Det Biovidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet) med speciale indenfor kulhydraternes betydning i forhold til udvikling af overvægt.

Torben Jørgensen

Ledende overlæge, professor, dr.med.
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Uddannet læge fra 1974. I alt 22 års klinisk arbejde blev afsluttet med 6 år som overlæge på Bispebjerg hospital.

Siden 1997 leder af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FCFS), som med sine 45 ansatte har en af Danmarks længste traditioner inden for forskning i forebyggelse.

Ansvarlig for et af verdens største forebyggelsesprojekter (Inter99) inden for individorienteret forebyggelse, og er medlem af DanThyr gruppen, som monitorerer effekten af jodberigelsen i Danmark.

Medlem af Det Nationale Forebyggelsesråd.

Har været vejleder for mere end 30 ph.d. studerende, har publiceret mere end 600 videnskabelige arbejder og holdt mere end 300 foredrag. Deltager i flere nationale og internationale forskningssamarbejder. Er klinisk professor i forebyggelse og sundhedsfremme ved Københavns Universitet.

René Kural

Ph.d., Leder af Center for Idræt og Arkitektur samt selvstændig praktiserende arkitekt.

Har siden Centrets start i 2002 medvirket i hovedparten af dets forsknings-, formidlings-, rådgivnings og udviklingsopgaver for danske og udenlandske kommuner, arkitekttegnestuer, styrelser og fonde. På hans egen tegnestue har han bl.a. udført visionsplanen omkring den ny super arena ved Messecenter Herning.

Forfatter til fire bøger og har desuden bidraget med et stort antal artikler og kronikker om idrættens rum og byplanlægning til danske og internationale

magasiner, antologier og aviser. Endvidere har han optrådt som forelæser i Asien og de fleste nationer i Europa.

Besidder en række faglige ombud og hverv ved bl.a. at være det danske medlem i *Union Internationale des Architectes* (UIA), Sports and Leisure Group, medlem af Idrættens Tænketank i Københavns Kommune, udpeget medlem af censorkorpset for universitetsuddannelserne i idræt samt reviewer for *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*.

Bent Egberg Mikkelsen

Ålborg Universitet.

Stilling:

Professor - ernæring og måltidsservice.

Uddannelse: Cand.brom, Ph.D, Kandidat i levnedsmiddelvidenskab (cand.-brom.)

1983: h.D. i samfundsvidenskab RUC, TekSam

1999: Forfatter til 28 videnskabelige artikler i internationale peer reviewede tidsskrifter, mere en 50 videnskabelige conferencebidrag samt 150 artikler i fagblade og videnskabelige rapporter.

Midlertidig expert og rådgiver for WHO og EU kommissionen,

Tidligere formand for Europarådets ekspertgruppe om Nutrition in schools, tidligere medlem af committee of experts on nutrition, food safety and consumer health, Europarådet; tidligere medlem af Public Health Committee, Europarådet

Finn Didrichsen

Læge, specialist i socialmedicin,

Professor i forebyggelse ved Københavns Universitet.

I 1980'erne og 90'erne var han universitetslektor og professor ved Karolinska Institutet i socialepidemiologi, og ekspert i flere sundhedspolitiske kommissioner under skiftende svenske regeringer.

Medlem af det (danske) nationale forebyggelsesråd.

Charlotte Glümer

Forskningsleder, overlæge, ph.d.

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Uddannet læge fra 1996.

Har frem til 1999 haft diverse kliniske ansættelser primært på intern medicinske afdelinger.

Har i perioden 1999 til 2006 være ansat som ph.d studerende og post. doc. ved Steno Diabetes Center - primært forskningsområde var epidemiologi og folkesundhed med fokus på screening for type 2 diabetes.

Har siden 2007 været ansat ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FCFS) med hovedansvar for tilrettelæggelsen og gennemførelsen af den kommunale/regionale sundhedsprofil for Region Hovedstaden.

Har siden januar 2009 været ansat som forskningsleder ved FCFS med ansvar for sundhedstjeneste forskningen med primær fokus på de strukturelle faktoreres betydning på sundhedsadfærden, samt implementering og afprøvning af forebyggelsesinitiativer i kommunerne.

Har desuden publiceret 55 artikler, er ph.d vejleder og extern lektor ved KU med undervisning i epidemiologi og forebyggelse.

Ingrid Willaing

Sundhedschef i Hjertereforeningen og har bl.a. ansvar for samarbejdet med kommuner og regioner om forebyggelse af hjertekarsygdom og hjerterehabitering.

Har ansvar for Hjertereforeningens rådgivningscentre og det sundhedsfaglige sekretariat, hvis arbejdsområder er forebyggelse: fysisk aktivitet, kost, rygning, forurening, stress og andre risikofaktorer for hjertekar-sygdom.

Har bred erfaring med forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering bl.a. fra tidligere ansættelser som chefkonsulent i Muusmann Research & Consulting, som forskningsleder på Københavns Amts Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed og som forebyggelses-koordinator i Frederiksborg Amt.

Har en masteruddannelse i folkesundhed fra Københavns Universitet samt en sygeplejerskeuddannelse. Har udgivet videnskabelige artikler og bogkapitler samt redigeret bøger, tidsskrifter og andre publikationer. Har undervisnings- og vejledningsopgaver og er censor i Folkesundhedsvidenskab.

Thorkild I.A. Sørensen

Thorkild IA Sørensen er leder af det nationale Danish Obesity Research Centre

Cand.med. i 1971.

I 1983 opnåede han den medicinske doctorgrad ved Københavns Universitet.

Han har modtaget klinisk uddannelse ved flere universitetshospitaler i København og blev leder af den akutte modtagelse og overlæge ved hepatologisk afdeling, Hvidovre Universitetshospital i 1988.

I 1989 blev han tildelt et 5-årigt forskningsprofessorat i klinisk epidemiologi, og ved slutningen af denne periode blev han udnævnt til professor i klinisk epidemiologi ved Københavns Universitet i kombination med en stilling som overlæge i klinisk epidemiologi i Hovedstadens Sygehusvæsen.

I 1993 blev han institutleder ved Institut for Sygdomsforebyggelse.

Han var dekan ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet i perioden 1995-96.

Han er koordinator for adskillige nationale og internationale forskningsprojekter og netværk.

Han er rådgiver, vejleder eller bedømmer for adskillige Dr.- og ph.d.-disputatser og har deltaget i planlægning og etableringen af en forskerskole i folkesundhedsvidenskab.

Han har været videnskabelig rådgiver og reviewer for mange forskellige nationale og internationale institutioner, organisationer og tidsskrifter.

Regitze Siggard

Cand.brom i human ernæring.

Har arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme i 15 år – i både statsligt, kommunalt og privat regi. Har særligt fokus på overvægt, etniske minoriteter og sundhed, sundhed på arbejdspladsen og tværsektorielt samarbejde.

Arbejder som partnerskabsansvarlig i fuldkornspartnerskabet, som er et samarbejde mellem sundhedsorganisationer, myndigheder, detailhandlen og erhverv med ansættelse i Kræftens Bekæmpelse.

Er frivillig næstformand og talskvinde i Adipositasforeningen. Fungerer som udviklingsansvarlig for vægtstoprådgiveruddannelsen i regi af Nationalt Udviklingscenter mod Overvægt (www.numo.nu), er næstformand i Ung-nu – Foreningen Unges Trivsel samt bestyrelsesmedlem af Sport Event Denmark og tidligere i Danmarks Idrætsforbund.

Finn Breinholt

- 1982: Cand.mag. i samfundsfag og idéhistorie.
- 1982-1997: Adjunkt/lektor ved Grønlands Universitet og Århus Universitet.
- 1997-2009: Sundhedskonsulent i Århus Amt og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.

Hovedopgave:

Undersøgelser af befolkningens sundhedstilstand (sundhedsprofiler).

Jacob Andersen

Partner i Dansk Kommunikation, der arbejder med borgerinddragelse og kommunikation af bl.a. sundhedsemner.

Har tidligere været journalist/redaktør ved Information, Ugebrevet Mandag Morgen, weekend.nu og informationschef i Mellempfolkeligt Samvirke.

Har har en omfattende produktion bag sig af artikler, bøger og oplæg om sundhed- og forebyggelsesemner, bl.a. Når patienten vågner (Mandag Morgen 2000), Er Sundhed et personligt valg /(TrykFonden 2006) og Myter om den skæve sundhed (i "Den tunge ende", Dagens Medicin 2007).

Havde bl.a. hovedansvaret for Folketingets/TV2s folkehøring "Fremtidens Europa" april 2006, og har skrevet om inddragelsesmetoder i bl.a. Fra Folkestyre til Fællesstyre (Gyldendal 1998) og Politik med borgere (Danske regioner 2009).

Oplæg 1: Fedme i dag – hvorfor er det et problem?

Af Arne Astrup, Instituttleder, Institut for Human Ernæring, Københavns Universitet

Fedme (adipositas) skyldes en manglende evne til at regulere energibalancen, således at fedtdepoternes størrelse øges i en grad, der medfører øget risiko for følgesygdomme og for tidlig død. For kliniske formål anvendes kropsmasseindekset (Body Mass Index, BMI), der beregnes som vægten divideret med kvadratet på højden (kg/m^2) (tabel 28.1).

Normalvægt svarer til $18,5 < \text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$, overvægt $25 \leq \text{BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$, og fedme til $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

BMI anvendt som mål for fedtmassen er behæftet med en vis fejl, fordi det ikke skeler til kroppens sammensætning. Med samme BMI vil kvinder have større fedtmasse end mænd, trænede vil have mindre end utrænede, og gravide og patienter med ødemer eller muskuløse personer kan fejlagtigt blive klassificeret som fede. Til forskning, men også klinisk brug, er man derfor i højere grad begyndt direkte at måle kropssammensætningen og opdele den i fedtfri masse og fedtmasse. Til dette formål kan anvendes DEXA-scanning og impedansmåling, der begge giver et rimeligt estimat af fedt og fedtfri masse. DEXA-scanningen indebærer den fordel at den også giver oplysning om fordeling af fedt og mager legemsmasse på ekstremiteter og truncus.

Fedtdepoternes placering har væsentlig betydning for risikoen for følgesygdomme. Abdominal, eller android, fedme (bugfedme) og specielt mængden af intraabdominalt fedtvæv er uafhængigt af den totale fedtmasse, forbundet med en øget sygelighed og dødelighed. Et skøn over fedtfordelingen kan fås ved måling af taljeomkredsen, der alene, dvs. uden skelen til BMI, er et ret godt mål for bugfedme (figur 28.1). Øget sygdomsrisiko er til stede ved en taljeomkreds hos mænd $> 102 \text{ cm}$, og hos kvinder $> 88 \text{ cm}$. Mænd med en taljeomkreds på $\geq 94 \text{ cm}$, og kvinder med $\geq 80 \text{ cm}$ bør ikke øge vægten yderligere.

Betydning for sundhed og udvikling

Overvægt og fedme er årsag til en væsentlig sygelighed, især type 2-sukkersyge, men også forhøjet blodtryk, åreforkalkning, iskæmisk hjertesygdom, slagtilfælde, galdesten, kræft, muskulo-skeletale og psykiske lidelser samt ufrugtbarhed der tilsammen lægger beslag på omkring 10-15% af udgifterne til sygdomsbekæmpelse.

Fedme er den hyppigste helbredsforringende faktor og i efterkrigsårene er forekomsten af fedme i den industrialiserede verden øget voldsomt. I Danmark er forekomsten hos voksne danskere omkring 15%, og hos unge danske værnepligtige omkring 7,4 %. I denne gruppe er forekomsten vokset fra øget fra 0,1 % i 1950.

Genetik

Det er kun sjældent, at der ligger en kromosomabnormitet eller en mutation i et enkelt gen eller klassisk endokrin lidelse til grund for fedme. Hos majori-

teten skyldes fedme en disposition til en utilstrækkeligt fungerende appetitregulation og energiomsætning, når kostens mad og drikke har en for høj energitæthed og fedtindhold, måltidsmønsteret er uhensigtsmæssigt og den daglige fysiske aktivitet er begrænset. Et varieret udbud af billige, lækre fødevarer, som er tilgængelig i ubegrænset mængde, samt store portionsstørrelser, fremmer også overvægt og risiko for fedme. Dispositionen til fedme er ikke nødvendigvis genetisk, idet andre påvirkninger, fx af kemiske stoffer, hormoner og kostfaktorer overført fra moderen i fostertilværelsen kan programmere afkommet til at blive særligt sårbar over for en fedmefremmende livsstil. Det er muligt, at en række faktorer i miljøet, som på nuværende tidspunkt er ukendte, spiller en vigtig rolle for fedmeudvikling. For eksempel tyder nyere studier på, at svær overvægt eller excessiv vægtøgning hos gravide øger afkommet til tilbøjelighed til at blive fed af en fedmebefordrende livsstil, ligesom der er gode holdepunkter for, at en adenovirusinfektion i centralnervesystemet kan fremkalde fedme hos dyr, mens studier på mennesker ikke er konklusive.

Komplikationer

Komplikationerne til abdominal overvægt og fedme er ofte underkendte, men tegner sig for mere end 5% af de samlede udgifter til sygdomsbekæmpelse. Især erkendelsen af at lette grader af abdominal fedme hyppigt er ledsaget af forhøjet blodtryk, hyperlipidæmi og sukkersyge, har øget vigtigheden af at diagnosticere og behandle fedmen.

Type 2-sukkersyge

Overvægt og fedme er de vigtigste årsager til type 2-sukkersyge, og ved fedme optræder type 2-sukkersyge 50-100 gange hyppigere end hos slanke normalvægtige. Abdominal fedme kan sammen med overvægt, fedme, kostsammensætning og inaktivitet forklare 95% af alle nye tilfælde af type 2-sukkersyge. 90% af patienter med type 2-sukkersyge er overvægtige, og de resterende har formentlig abdominal fedme. Ved type 2-sukkersyge er komplikationerne som ved den insulinkrævende sukkersyge, og type 2-sukkersyge er hovedansvarlig for den øgede dødelighed ved fedme. Patienten med type 2-sukkersyge lever trods behandling i gennemsnit ti år kortere end ikke-diabetikeren. Type 2-sukkersyge opstår på baggrund af en genetisk disposition, hvilket forklarer, hvorfor kun 25% af alle fede patienter udvikler tilstanden. En nyopdaget type 2-sukkersyge kan helt forsvinde ved et vægttab, ligesom et vægttab næsten altid bedrer den glykæmiske kontrol hos patienter efter mangeårig type 2-sukkersyge. Behandling med sulfonylurinstof, glitazoner og insulin kan forårsage en mindre vægtøgning.

Blodtryksforhøjelse (hypertensio arterialis)

Risikoen for at udvikle hypertension er 5-6 gange forhøjet ved fedme, og begge blodtryk korrelerer positivt til fedmegrad og taljeomkreds. Det synes at være insulinresistensen og hyperinsulinæmien, der er ansvarlig for hypertensionen. Insulinet hæmmer udskillelsen af natrium i urinen hvilket fremkalder øget ekstracellulært og intravaskulært volumen. Det er også muligt, at hyperinsulinæmien har en direkte væksthæmmende effekt på arteriolernes glatte muskelceller, og kan medføre et kronisk hyperaktivt sympatisk nervesystem.

Hypertensionen ved fedme er ligeså skadelig som den essentielle hypertension, og bør kontrolleres og behandles med samme intensitet som hos den normalvægtige patient. Selv et mindre vægttab resulterer i et markant fald i blodtrykket, og vægttab er langt mere effektiv behandling end saltrestriktion.

Åreforkalkning (aterosklerose)

Fedme, og især abdominal fedme, er forbundet med en væsentlig øget risiko for aterosklerotiske manifestationer. Uafhængig af fedmegrad er risikoen ved udtalt abdominal fedtfordeling 2,5 gange større for at få iskæmisk hjertesygdom og seks gange større for at få en apopleksi (slagtilfælde) end ved et lavt taljeomkreds, dvs. jævn fordeling. Årsagen til den øgede risiko skal findes i, at ved fedme og abdominal fordeling er blodlipiderne alle påvirket i en ugunstig retning.

Urinsyreigt (arthritis urica)

Urinsyreigt er en hyppig komplikation til fedme. Plasmaurat er forhøjet hos majoriteten af patienter, men giver kun anledning til kliniske symptomer hos en minoritet.

Oplæg 2: Samfundsøkonomiske omkostninger ved fedme

Af Kjeld Møller Pedersen, Sundhedsøkonom, Syddansk Universitet

Hvad kan økonomi bidrage med?

Fra et fagøkonomisk perspektiv er der mindst fem områder, hvor økonomi kan bidrage væsentligt til analyse og forståelse af fedme¹:

1. Hvad er de samfundsøkonomiske omkostninger ved fedme?
- *'Den økonomiske byrde'*²⁻⁴
2. Økonomiske evaluering af fedmebehandling.
- *'Prioritering af behandlinger'*⁵⁻⁷
3. Virkning på løn, sygefravær m.m.
- *'Andre virkninger'*⁷⁻¹²
4. Økonomiske forklaringer på væksten i forekomsten af overvægtige
- *'Forklaringer'*^{7, 13-17}
5. Økonomiske incitamenter og fedme (forebyggelse)
- *'Påvirkningsmuligheder'*¹⁸⁻²²

Kun de to første spørgsmål behandles ved denne høring, og hovedemnet her er det første spørgsmål.

Samfundsøkonomisk omkostninger: Afgrænsning

Et tilsyneladende simpelt spørgsmål har ofte et kompliceret svar. Det gælder også hovedspørgsmålet for denne miniartikel. En mere præcis titel ville være 'fedmerelaterede samfundsøkonomiske omkostninger', fordi der ofte er afledte konsekvenser af (svær) overvægt i forbindelse med andre diagnosekategorier, ja der findes dårlig nok en diagnose, der hedder 'fedme'.

Ved de samfundsøkonomiske omkostninger forstås summen af:

- *de direkte omkostninger*, dvs. de behandlings- og forebyggelsesmæssige omkostninger af fedme og fedmerelaterede sygdomme uanset, hvem der afholder omkostningen: patienten, offentlige kasser, virksomheder osv.
- *de indirekte omkostninger* vedrører de produktions-/arbejdsmarkedsmæssige konsekvenser af fedme: Sygefravær, førtidspensionering, nedsat produktivitet og dødsfald i den erhvervsmæssige alder på grund af fedme eller fedmerelaterede sygdomme

Der er endvidere en tredje omkostningskategori, som betegnes 'uhåndgribelige omkostninger.' De dækker over forhold som fx. reduceret livskvalitet, herunder nedsat socialt selvværd og social isolation, samt angst og depression. Det er svært at sætte en krone-øre værdi på denne omkostningskategori, deraf navnet.

De samfundsøkonomiske omkostninger er således andet og mere end de såkaldt kasseøkonomiske udgifter, fx. (mer)udgifter for de offentlige budgetter af fedme. Desværre sammenblandes de to ting ofte. De kasseøkonomiske udgifter er i bedste fald en undergruppe af de samfundsøkonomiske omkostninger.

Overvægt og fedme defineres ved body mass index, BMI. Man taler om overvægt ved BMI på mellem 25 og 29,9 og fedme ('svær overvægt') ved BMI ≥ 30 . Diagnosenummeret i det store internationale diagnoseklassifikationssystem ICD 10 er E669 (uspecificeret fedme). Interesserede man sig kun for denne diagnose, ville man ikke indfange de (samfunds)økonomiske konsekvenser af fedme. I stedet med må man tage udgangspunkt i en vurdering af, hvor stor en andel af kontakter fordelt på diagnose-relaterede grupper, der kan tilskrives fedme

Beregning

De tal, som præsenteres i tabel 1 nedenfor, er blevet beregnet på den måde, som skitseres i det følgende. Præsentationen er lidt teknisk, men dette er nødvendigt for at forstå tallene og den varsomhed, hvormed de skal tolkes.

Analyserne kræver mængde- og omkostningsoplysninger. Der er to sæt mængdeoplysninger: Hvor mange mennesker, der berøres af fedme (prævalens), incl. deres sygefravær, produktivitet osv. samt deres forbrug af sundhedsydelse. Det sidste kræver viden om prævalens ikke blot af fedme, men også af relevante følgesygdomme, og kræver beregning af *population attributable fraction* (PAF). Dernæst skal man kende det fedmerelaterede forbrug af sundhedsydelser. Endelig skal der være oplysninger om prisen på de relevante sundhedsydelser. Hertil kommer, at man skal værdisætte sygefravær på grund af fedme, førtidspensionering og evt. for tidlig død. Det gør man ved at bruge erhversindkomsten som værdimåler.

PAF er af central betydning i beregningerne. PAF defineres som andelen af totale begivenheder (sygelighed eller død) i en population, der kunne undgås, hvis én bestemt risikofaktor (her overvægt eller svær overvægt) kunne elimineres. Omkostningerne forbundet med svær overvægt i forhold til én bestemt sygdom beregnes ved at tage omkostningerne forbundet med denne sygdom og multiplicere dem med PAF.

Mere teknisk skal man først beregne den relative risiko for at kunne beregne PAF. Den relative risiko for at få fx. en blodprop i hjertet (akut myocardi infarkt, AMI) blandt svært overvægtige

$$RR_{AMI} = \frac{(\text{antal AMI blandt normalvægtige} / \text{antal normalvægtige})}{(\text{antal AMI blandt svært overvægtige} / \text{antal svært overvægtige})}$$

RR_{AMI} indsættes dernæst i formelen for PAF: Sammenlignes udelukkende svært overvægtige og ikke svært overvægtige, udregnes PAF ud fra følgende brøk:

$$PAF_{AMI} = \frac{p * (RR_{AMI} - 1)}{1 + p * (RR_{AMI} - 1)}$$

Hvor p er forekomsten af risikofaktoren, fx. svær overvægt, i befolkningen, og RR_{AMI} er den relative risiko for følgesygdomme blandt de eksponerede, her AMI, dvs. nye tilfælde af følgesygdommen blandt svært overvægtige i en given periode divideret med nye tilfælde af følgesygdommen blandt normalvægtige i en given periode.

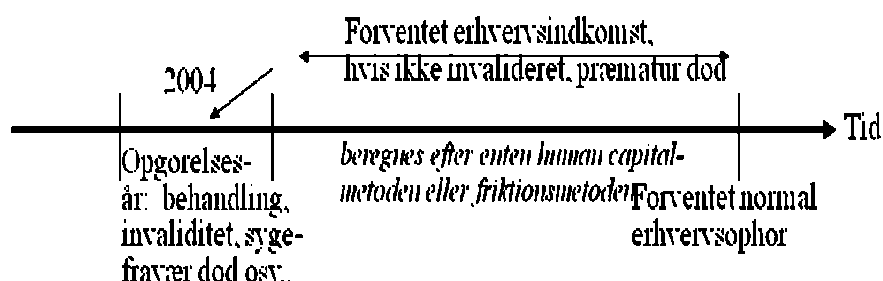
Formlerne er medtaget for at illustrere, at alt i alt kræver en samfundsøkonomiske beregning – en såkaldt 'cost-of-illness analyse' – mange informatio-

ner for at give et retvisende billede, og man skal være meget opmærksom på, hvornår 'antagelser' erstatter konkret empirisk viden.

Figur 1 illustrerer en vigtig dimension ved beregningerne – og som ofte giver anledning til misforståelser.

I tabel 1 viser beregningsresultaterne for 2004. Hvis en person i 2004 tilkendes fx. førtidspension opgøres denne indirekte omkostning ved at opgøre, hvor meget vedkommende *kunne have tjent* (erhvervsindkomst) i den erhvervsmæssige restlevetid. Hvis man fx. tilkendes en førtidspension som 40-årig med fedme/fedmerelateret sygdom som hovedårsag, og antager normal pensionering som 60 årige, ville der have været 20 erhvervsmæssige aktive år tilbage. Antager man endvidere, at den gennemsnitlige årlige erhvervsindkomst ville have været kr. 275.000 per år, ville den simple sum af disse årsindkomster være 5,55 mio. kroner.

Figur 1: Beregning af (især) de inddirekte omkostninger



Man beregner 'nutidsværdien' af dette beløb, dvs. man laver en slags omvendt rentes-rente beregning, hvor den indkomst, der ville være tilfaldet vedkommende som 59 årige, 58 årige ... 41 årige føres tilbage til 'nutiden', dvs. 2004, ved at lave omvendt rentes-rente beregning ('diskontering'), som betyder, at den indkomst, der falder senest, dvs. som 59 årige, ikke er så meget værd som den, der ville være faldet som 41 årige – deraf udtrykket 'omvendt rentes rente').

Den skitserede fremgangsmåde betegnes normalt 'human-kapital-metoden', fordi man opgør værdien af den produktion som 'human kapitalen' kunne have bidraget med, hvis man ikke var blevet førtidspensioneret (eller døde i den erhvervsmæssige alder). Dette resulterer normalt i store beløb, jfr. tabel 1, fordi en person antages at mangle permanent på arbejds-mark-edet og med høj sandsynlighed ville have været erhvervsmæssigt beskæftiget. En alternativ metode, som nærværende forfatter ikke støtter, går under betegnelsen 'friktionsmetoden' og resulterer i markant mindre beløb. Hvis der er *ledig og kvalificeret* arbejdskraft tilstede i økonomien, har hollandske økonomer^{23, 24} argumenteret for, at man kun beregner løntabet i den periode, det tager at erstatte fx. en førtidspensioneret medarbejder ('friktionsperioden'). I beregningerne i tabel 1 er den periode noget vilkårligt sat til 3 måneder baseret på hollandske erfaringer.

Men, er der nogen til sige: Hvis man førtidspensioneres som i eksemplet, er det jo en offentlig udgift, nemlig førtidspensionen. Burde den ikke medregnes? Svaret er nej – i det mindste ikke, hvis man ser på det samfundsøkonomisk. Det samfundsøkonomiske tab er lig med produktionstab, svarende til erhvervsindkomsten. Hvis man derimod ville lave en kas-seøkonomisk opgørelse, skulle førtidspensionen medregnes, men så skulle produktionstabet omvendt ikke have været medtaget.

Resultater fra Danmark

Tabel 1 viser den mest detaljerede beregning af de samfundsøkonomiske omkostninger ved svær overvægt i Danmark (BMI ≥ 30)^{3,4}. Beregningerne er lavet med udgangspunkt i 2004, dvs. inden fedmeoperationer for alvor blev gennemført i Danmark. Med de ca. 2.000 operationer, der i dag udføres til en pris på omkring kr. 90.000 per operation, ville de direkte omkostninger have været 180 mio. kr. højere. Det skal også bemærkes, at de direkte behandlings- og forebyggelsesomkostninger i primærsektoren heller ikke er medtaget. Samlet set er der således nok tale om en undervurdering af de anførte årsager, og fordi almindelig overvægt ikke er medregnet.

Tabel 1 viser overbevisende, at de indirekte omkostninger dominerer – uanset om de opgøres ved hjælp af human capital-metoden eller friktionsmetoden. Det er imidlertid ikke disse omkostninger, der tiltrækker sig størst opmærksomhed i den dagsaktuelle debat.

Tabel 1: De samfundsøkonomiske omkostninger ved svær overvægt i Danmark, 2004

<i>Direkte omkostninger, excl. primærsektoren</i>	
Sygehusrelaterede omkostninger	1,1 mia kr.
- Hospitalsindlæggelser .	0,8 mia kr
- Ambulant behandling .	0,3 mia
<i>Indirekte omkostninger</i>	
Arbejdsmarkedsomkostninger,	
humankapitalmetoden	13,3 mia. kr.
- Permanent førtidigt arbejdsophør .	11,7 mia kr.
- Sygefravær .	1,6 mia kr.
Arbejdsmarkedsomkostninger,	
friktionsmetoden	1,9 mia. kr.
- Permanent førtidigt arbejdsophør.	0,3 mia. kr.
- Sygefravær	1,6 mia. kr.
Samfundsøkonomiske omkostninger, IALT	
humankapitalmetoden	14,4 mia. kr.
Pct. af BNP	1,0%
Samfundsøkonomiske omkostninger, IALT	3,0 mia. kr
friktionsmetoden	
Pct. af BNP	0,2%

Kilde: reference nr. 3, tilføjelse af tabel 6.1. Data vedrørende de arbejdsmæssige konsekvenser stammer fra den Nationale Arbejdsmiljøkohorte (NAK) på Det nationale forskningscenter for Arbejdsmiljø. Med hensyn til sygehusomkostningerne har Sundhedsstyrelsen udvalgt de relevante følgediagnoser: type 2 diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom, slidigt, m.fl. Indlæggelser og ambulante besøg (mængder) kan opgøres fra Landspatientregisteret. 'Priserne' er DRG og DAGS-taksterne for henholdsvis indlæggelser og ambulante besøg. De derved fremkomne beløb ganges med de beregnede PAF'er, fx. 0,54 for type 2 diabetes, dvs. det antages, at over halvdelen af sygehusudgifterne til type 2 diabetes kan henføres til svær overvægt.

Tallene i tabel 1 er bl.a. følsomme overfor antagelserne om prævalensen af svær overvægt. I beregningerne er det antaget, at prævalensen er 18%. Havde man alternative antaget 12%, ville de samlede samfundsøkonomiske omkostninger efter human-kapital-metoden have været 9,6 mia. og 2 mia. kr. efter friktionsmetoden.

Hvad kan beregningern bruges til?

De samfundsøkonomiske omkostninger illustrerer alene den økonomiske byrde ved en sygdom eller en skadevolder, her svær overvægt. De kan *ikke bruges handlingsanvisende*, fx. at man bør satse mere på forebyggelse af overvægt. Til dette formål skal man bruge økonomisk evaluering, hvor man ser på en interventions dokumenterede effekt og omkostningerne ved interventionen.

De samfundsøkonomiske omkostninger ved fedme kan sættes i perspektiv ved at notere, at de samfundsøkonomiske omkostninger ved fx. ryg-og bevægeapparatslidelser var på 20 mia. (opgjort i 1996), medens de samfunds-mæssige omkostninger ved astma opgjort i 2000 lå på mellem 1,4 til 2,9 mia. kr, afhængig af anvendte antagelser, og omkostningerne ved hjernelidelser var på 5,5 mia. køberaftsjusterede euros opgjort i 2004.

Litteraturliste.

1. Philipson T. The world-wide growth in obesity: an economic research agenda. *Health Econ* 2001;10(1):1-7.
2. Pedersen KM, Worre-Jense AL. Adipositas og sundhedsøkonomi. *Ugeskrift for Læger* 2006;168:196-201.
3. Sundhedsministeriet. De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt. København: Sundhedsministeriet; 2007.
4. Worre-Jensen AL, Jensen NB, Heitman BL, Sørensen TIA. Sygehusomkostninger i forbindelse med svær overvægt. *Ugeskrift for Læger* 2007;169(33):2634-2637.
5. Neovius M, Narbro K. Cost-effectiveness of pharmacological anti-obesity treatments: a systematic review. *Int J Obes* 2008;32(12):1752-1763.
6. Picot J, Jones J, et al. The clinical effectiveness and costeffectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 2009;13(41).
7. Oster G, Thompson D, Edelsberg J, Bird AP, Colditz GA. Lifetime health and economic benefits of weight loss among obese persons. *Am J Public Health* 1999;89:1536-1542.
8. Atella V, Pace N, Vuri D. Symposium on the Economics of Obesity: Are Employers Discriminating with Respect to Weight? *Economics and Human Biology* 2008;6(3):305-329.
9. Courtemanche C. Longer Hours and Larger Waistlines? The Relationship between Work Hours and Obesity. *Forum for Health Economics and Policy* 2009;12(2).
10. Greve J. Symposium on the Economics of Obesity: Obesity and Labor Market Outcomes in Denmark. *Economics and Human Biology* 2008;6(3):350-362.
11. Han E, Norton EC, Stearns SC. Weight and Wages: Fat versus Lean Paychecks. *Health Economics* 2009;18(5):535-548.
12. Johansson E, Bockerman P, Kiiskinen U, Heliovaara M. Obesity and Labour Market Success in Finland: The Difference between Having a High BMI and Being Fat. *Economics and Human Biology* 2009;7(1):36-45.
13. Cutler D, Glaeser E, Shapiro J. Why have american become more obese+. *The Journal of Economic Perspectives* 2003;17(3):95-118.
14. Fogel R W. Economic Growth, Population Theory, and Physiology: The Bearing of Long-Term Processes on the Making of Economic Policy. *American Economic Review* 2001;84(3):369-395.

-
15. Fogel RW, Costa DL. A Theory of Technophysio Evolution, with Some Implications for Forecasting Population, Health Care Costs, and Pension Costs. *Demography* 1997;34(1):49-66.
 16. Brunello G, Michaud PC, Sanz-de-Galdeano A. The Rise of Obesity in Europe: An Economic Perspective. *Economic Policy* 2009;(59):551-596.
 17. Rosin O. The Economic Causes of Obesity: A Survey. *Journal of Economic Surveys* 2008;22(4):617-647.
 18. Cawley J, Price JA. Outcomes in a Program that Offers Financial Rewards for Weight Loss. National Bureau of Economic Research, Inc, NBER Working Papers: 14987, 200914987.)
 19. Ehmke MD, Warziniack T, Schroeter C, Morgan K. Applying Experimental Economics to Obesity in the Family Household. *Journal of Agricultural and Applied Economics* 2008;40(2):539-549.
 20. Yaniv G, Rosin O, Tobol Y. Junk-Food, Home Cooking, Physical Activity and Obesity: The Effect of the Fat Tax and the Thin Subsidy. *Journal of Public Economics* 2009;93(5-6):823-830.
 21. Alston JM, Sumner DA, Vosti SA. Farm Subsidies and Obesity in the United States: National Evidence and International Comparisons. *Food Policy* 2008;33(6):470-479.
 22. Powell LM, Chaloupka FJ. Food Prices and Obesity: Evidence and Policy Implications for Taxes and Subsidies. *The Milbank Quarterly* 2009;87(1):229-257.
 23. Koopmanschap MA, Rutten FF, van Ineveld BM, van Roijen L. The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *J Health Econ* 1995;14:171-189.
 24. Koopmanschap MA, Rutten FF. A practical guide for calculating indirect costs of disease. *Pharmacoeconomics* 1996;10:460-466.

Oplæg 3: Fedmens betydning for individet

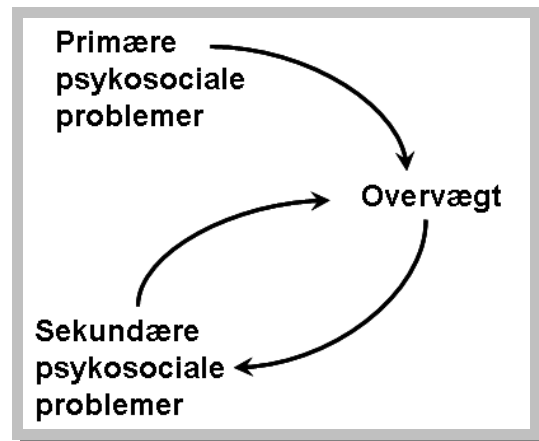
Af Helle Grønbæk, Enheden for overvægtige børn og unge, Holbæk Sygehus

Hvilke individuelle psykologiske og sociale problemer er forbundet ved fedme?

Der er svære psykologiske og sociale konsekvenser forbundet med fedme. Konsekvenserne beskrives som dårlig livskvalitet, lav selvtillid, isolation, ensomhed og lav tilfredshed med krop og helbred. Konsekvenserne af fedmen kan - udover at give et dårligt liv - indvirke negativt på børn, unge og voksnes vægtudvikling, da de psykologiske og sociale konsekvenser kan være med til at begrænse individets mulighed for vægttab og dermed et sundere liv.

Psykosociale faktorer har betydning for *udvikling* af overvægt, og der er ligeledes psykosociale *konsekvenser* af overvægten. De psykosociale faktorer, der menes, at have indflydelse på udviklingen af overvægt, er f.eks. mangelfuld uddannelse, ringe sociale kår, omsorgssvigt, stress, skilsmisse, psykisk sygdom og misbrug. De psykosociale konsekvenser ved fedmen beskrives som bl.a. dårlig livskvalitet, stigmatisering, skamfølelse, kropslig utilfredshed/gener, isolation, ensomhed og lav selvtillid.

Negative psykosociale konsekvenser af fedme kan påvirke udviklingen af overvægt i negativ retning, eksempelvis ved at et barn ikke vil deltage i idrætstimerne, da det bliver mobbet med sin overvægt, og dermed bliver det begrænset i sin fysiske aktivitet.



Figuren illustrerer den onde cirkel, der kan opstå, når de psykologiske konsekvenser af overvægt medfører en negativ påvirkning af vægtstatus.

Psykosociale årsagssammenhænge i udvikling af fedme

I en beskrivelse af fedmens psykosociale betydning for det enkelte menneske, er det vigtigt at understrege, at der er denne onde cirkel, for det er ikke muligt, at adskille påvirkningen fra f.eks. dårlige psykosociale forhold som stress i hverdagen, fattigdom eller psykisk sygdom - og så den direkte konsekvens af fedmen. For at forstå fedmens psykosociale betydning, må man forstå den sammenhæng, den optræder i.

Flere forhold bliver diskuteret i forbindelse med psykosocial indflydelse på udvikling af fedme, eller som direkte årsag til fedme. Der har været nævnt *specifikke familiemønstre*, hvor børn med fedme kom fra familier med en stærkt overbeskyttende mor ("det forkælede barn"). Faren i familien var ofte svag eller helt fraværende.(1) Nu er der fokus på mere *uspecifikke forhold* i hjemmet f.eks. omsorgssvigt, fattigdom eller stress. I en undersøgelse er det fundet, at børn, der var forsømte og beskidte (omsorgssvigtede), havde en ni gange så stor risiko for at udvikle overvægt i tidlig voksenalder, end børn, der ikke blev beskrevet som forsømte og beskidte. Sammenhængen var uafhængig af børnenes BMI, køn og sociale baggrund.(2)

Det er sjældent, at der er en direkte forbindelse mellem begivenheder i et menneskes liv, f.eks. et traume, og en kraftig vægtøgning. Livsbegivenheder f.eks. dødsfald, skilsmisse, sygdom, firing og flytning kan være en udløsende psykologisk faktor for en fedmeudvikling. Men det er langt fra dokumenteret, at det er en hyppig årsag til udvikling af fedme. Der er en udbredt folkelig forståelse af, at det er bestemte hændelser eller livsbegivenheder, der er årsag til overvægt. I en folkelig version er trøstespisning et almenkendt og anvendt begreb, som forklaring på overvægt. Spisning er også ofte knyttet til forskellige følelsesmæssige tilstande, hvilket måske er særligt udtalt for mennesker med overvægt.(3)

Sundhedsadfærd

Overvægt og fedme har social slagside, således at jo lavere social status, jo større risiko for fedme. Forekomsten af fedme er stærkt afhængig af uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, indtægt, boligforhold, etnisk baggrund og om der er en eller to forsørgere i familien.(4)

Børn lærer tidligt livsstilsvaner, værdier og opfattelser af sundhed fra deres forældre og for de fleste børn holder denne opfattelse ind i voksenlivet. De psykologiske aspekter i familien, der påvirker barnets vægtudvikling er påvirket af de socioøkonomiske forhold især uddannelsesstatus, tilknytning til arbejdsmarkedet og indkomst. Der ud over påvirkes barnet af de relationer, det har i familien jf. tilknytning, kommunikation og den måde, det bliver behandlet eller opdraget på.

Individuelle psykosociale konsekvenser ved fedme

Tre vigtige forhold spiller ind på, hvor hårdt de psykosociale konsekvenser slår igennem hos den enkelte. Det er *alder, overvægtsgrad og køn*.

Det ser ud til, at jo ældre børn er, jo højere er risikoen for en negativ psykologisk påvirkning. På samme måde ser det ud til, at jo højere BMI, jo højere er risikoen for psykologiske konsekvenser, og det ser ud til at piger og kvinder, i højere grad end drenge og mænd, påvirkes negativt af fedme.

Psykologiske konsekvenser af fedme koncentrerer om tre overlappende områder: de, der vedrører menneskets *psykiske liv*, de, der vedrører *kroppen* og de, der vedrører det *sociale liv*.

Psykologiske konsekvenser

Det mest markante udtryk for den belastning børn med overvægt oplever, kommer til udtryk i deres vurdering af deres *livskvalitet*. Adskillige undersøgelser har de seneste år tegnet et chokerende billede af, at børn med overvægt har en stærkt forringet livskvalitet, især på krops- og sundhedsrelaterede områder. Livskvaliteten hos børn i behandling for overvægt er lavere end livskvaliteten hos børn i behandling for kræft.(5)

Børn med overvægt har lavere selvtillid, lavere forventninger til sig selv og andre og f.eks. lavere forventning til deres fremtidige uddannelse, end børn med normal vægt har.(6) Den lave selvtillid bliver ofte forvekslet med en

depressiv tilstand, fordi konsekvensen kan blive stort set enslydende: et menneske, der er ulykkeligt og ikke tror på sig selv.

Der er, som nævnt, mange andre forhold end fedmen, der spiller ind på, hvordan børn med fedme har det. For eksempel ved man, at forældres psykologiske problemer har større betydning for børns psykiske liv end fedmen har. Men de psykologiske problemer børn med fedme har, er lavt selvtillid, følelse af ensomhed, lavt stemningsleje, angsttilstande (især social fobi) og depressive symptomer. Andre problemer er at anvende spisning som trøst eller udvikling af spiseforstyrrelser, især overspisning.

Konsekvenser for kroppen

Mennesker med svær overvægt kan have søvnproblemer, vejtrækningsproblemer, led problemer (f.eks. ondt i knæ, ankler, fødder), hudproblemer, svede meget ved fysisk udfoldelse mv. De fysiske symptomer påvirker menneskets velbefindende og samvær med andre. Flere afholder sig fra bestemte fysiske aktiviteter f.eks. idræt i skolen, sport, gåture, cykling, dans mv., fordi de f.eks. kan få ondt i knæene eller f.eks. at andre ikke må se, at de sveder.

Der er klar sammenhæng mellem overvægt og utilfredshed med kroppen. Ligesom et større BMI giver dårligere helbredsbedømmelse. Der er en kønsforskel, sådan at overvægtige piger er mindre tilfredse med deres sundhedstilstand, de oplever flere funktionsbegrænsninger, de har flere sygdomssymptomer end overvægtige drenge. Piger er også mere bekymrede over deres udseende, utilfredse med deres krop og har større problemer med at finde passende tøj.(7)

Sociale konsekvenser - Stigmatisering er et problem i forbindelse med fedme

De sværeste psykologiske konsekvenser, mennesker med fedme oplever, er en følge af den måde, de bliver behandlet på. Det vil sige; andres reaktion på deres fedme. De oplever mobning, diskvalificering, forfordeling osv.(8)

Tidligere var fedme et tegn på velstand, at have pondus og for børn var det et tegn på trivsel. Nu er fedme, som nævnt, knyttet til ringe sociale kår, karaktersvaghed og dårligt helbred. Når vi taler om stigmatisering, strækker det fra mobning, psykisk vold, fysisk vold, øgenavne, forfordeling og dårligere behandling i f.eks. sundhedssystemet.

Den stærkeste psykosociale påvirkning børn med fedme oplever, er som nævnt, ubetinget effekterne af mobning og nederlag, når de er sammen med jævnaldrende.(9) Børn med fedme er hyppigst de, der fravælges både af de normalvægtige, men også selv af børn med fedme. Når børn mobbes og holdes ude fra fællesskaber med jævnaldrende, vil de efterhånden isolere sig. De vil især trække sig fra de situationer, hvor den åbenlyse mobning foregår mest intenst f.eks. i forbindelse med fysisk udfoldelse, i idrætstimerne i skolen, i frikvarterene mv. En sådan social tilbagetrækning er ofte forbundet med mere stillesiddende aktiviteter f.eks. ved en computer, tv eller playstation. Samtidigt med at børnene bliver socialt isoleret, kan en resignation overfor mobningen give følelsesmæssige problemer f.eks. som skamfølelse, ensomhed, kedsomhed og medføre øget tendens til trøstespisning. Den sværeste psykologiske konsekvens af *mobningen* sker, når barnet eller den voksne begynder at forstå eksempelvis skælsordene som sandheder.(9) Børn kan f.eks. beskrive sig selv som "ulækre", "anderledes", "dovne", "forkerte" og "dumme". Sådanne oplevelser påvirker negativt en personlig udvikling. Mobning beskrives af voksne kvinder, der blev mobbede som børn, som det mest ydmygende, nedværdigende og et af de værste personlige angreb, de kan forestille sig.

Med det stigende antal overvægtige, ville det være logisk at forestille sig, at diskriminationen ville være på retur. Undersøgelser fra USA viser, at børn i højere grad, end for fyre år siden, har negative fordomme overfor andre børn med fedme. Om det er anderledes her i landet, ved vi ikke. Men udviklingen er, at fedme og fordomme derom, nu i højere grad er knyttet til *dårlig helbred, kort uddannelse, usund levevis, lav indkomst* osv. end tidligere.

Psykosociale tiltag i behandling af fedme?

De psykologiske konsekvenser af fedme har en negativ indflydelse på de psykiske ressourcer (selvtillid, social tillid, mestringsstrategier, humør, motivation mv.), som skal anvendes, for at kunne ændre en usund livsstil til en sund levevis.

Motivation for - og under livsstilsændringer

For at et menneske kan ændre sundhedsadfærd, må det være motiveret. Motivation kan forstås som drivkraften bag en handling. Men motivation påvirkes *også* af behov, følelser, erfaringer, forestillinger, viden, ønsker, handlekompetence og forventninger.

Der kan være forskellige grunde til, at børn eller voksne ønsker at tabe sig. De fleste børn med fedme er overordnede set motiveret for at få et *bedre socialt liv*, så de kan være sammen med jævnaldrende og ikke blive mobbede. Voksne har mere fokus på helbredsproblemer i motivationen for at tabe sig.⁽¹⁰⁾ Motivationen for at gennemføre adfærdsændringer er som nævnt, betinget af de mål mennesket har for en given handling. Men i forudsætning for, at et menneske med overvægt udøver de enkelte konkrete handlinger, eller ikke-handlinger, indgår også motivation: løbe en tur, cykle, ikke-sidde ved computer, ikke spise chips osv. Når børn f.eks. skal motionere, skal det være sjovt. De tænker *ikke* på at motionere, fordi de "ikke vil mobbes" eller ikke "skal blive syge som voksne".

Motivation påvirkes af humør, af lyst, af selvtillid, af livskvalitet og af kropsfornemmelse. Den psykologiske overbygning af problemer, som fedmen giver, kan på den måde være med til at besværliggøre en livsstilsændring og dermed vægttab.

Motivationen kan støttes ved f.eks. tilgængelighed af sunde varer, muligheder for at lave aktiviteter, der er sjove, samt ved at få psykologisk støtte til at udvikle bl.a. personlige kompetencer og selvtillid.

Indsatser overfor børn og voksne med fedme skal derfor indeholde psykosociale elementer, hvor de lærer at takle situationer, hvor de f.eks. bliver kede af det ved mobning, social isolering, og får støtte til at arbejde med de psykologiske færdigheder, der skal anvendes i omlægning af livsstil f.eks. motivation og mestringsstrategier. Den generelle intervention kan bestå i at komme stigmatisering og mobning til livs.

Referencer

- (1) Bruch H, Touraine G. Obesity in Childhood: V. The Family Frame of Obese Children. *Psychosomatic Medicine* 1940;2:141-206.
- (2) Lissau I, Sørensen TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet* 1994 Feb 5;343(8893):324-7.
- (3) Barthomeuf L, Rousset S, Droit-Volet S. Emotion and food. Do the emotions expressed on other people's faces affect the desire to eat liked and disliked food products? *Appetite* 2009 Feb;52(1):27-33.
- (4) Wardle J, Brodersen NH, Cole TJ, Jarvis MJ, Boniface DR. Development of adiposity in adolescence: five year longitudinal study of an ethnically and socioeconomically diverse sample of young people in Britain. *BMJ* 2006 May 13;332(7550):1130-5.
- (5) Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA* 2003 Apr 9;289(14):1813-9.
- (6) Mellin AE, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M, Resnick MD. Unhealthy behaviors and psychosocial difficulties among overweight adolescents: the potential impact of familial factors. *J Adolesc Health* 2002 Aug;31(2):145-53.
- (7) Wardle J, Cooke L. The impact of obesity on psychological well-being. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2005 Sep;19(3):421-40.
- (8) Janicke DM, Marciel KK, Ingerski LM, Novoa W, Lowry KW, Sallinen BJ, et al. Impact of psychosocial factors on quality of life in overweight youth. *Obesity (Silver Spring)* 2007 Jul;15(7):1799-807.
- (9) Madsen SA, Grønbaek H, Olsen H. [Psychological aspects of obesity.]. *Ugeskr Laeger* 2006 Jan 9;168(2):194-6.
- (10) Grønbaek HN. "We've always eaten healthily". Family Narratives About Causes of Their Child's Obesity and Their Motivation for Taking Action. *Nordic Psychology* 2008;No. 3.

Oplæg 4: Fedme som et individuelt problem eller et samfundsproblem

Af Gunnar Scott Reinbacher, Lektor, Aalborg Universitet

Indledning

Høringens titel er "fedme som samfundsproblem". Det er en stor glæde og deltage i en høring omkring fedme som samfundsproblem, fordi de sidste mange år har fokus i overvejende grad været fedme som et individuelt problem.

I forbindelse med problemstillingen omkring fedme som samfundsproblem, er undertegnede specielt blevet bedt om at besvare nedenstående spørgsmål:

- Hvordan kan fedme betragtes som et individuelt problem henholdsvis et samfundsproblem?
- Hvor ligger ansvaret for individets sundhedstilstand i dagens Danmark?
- Skal det offentlige tage større ansvar for at sikre sunde rammer for danskernes liv – og hvordan?

Disse spørgsmål vil blive søgt besvaret i oplægget, suppleret med mere teoretiske, begrebsmæssige og modelmæssige overvejelser omkring det komplekse forhold mellem individ og samfund i relation til fedme i det moderne samfund.

Fedmeproblemstillingen er kompleks. Begrebet **kompleksitet** er et nøglebegreb hvis man skal lave en dybere forståelse af sammenhængen mellem fedme i spændingsfeltet mellem individ og samfund. Individet er ejer af problemet og individet har rettigheder i det moderne samfund, men også pligter til at indgå i en diskurs med det omgivende samfund. Individet kan heller ikke suboptimere egen individualitet på bekostning af fællesskabet. Samfundet er på den anden side forpligtiget til at levere en civilisationsstruktur der muliggør at individet bliver i stand til at leve det gode liv i det gode samfund. Der er intet samfund uden individer og der er ikke individer uden et samfund. Den meget komplekse diskurs mellem de to begreber skal senere udfoldes.

I et moralsk samfund med værdier ligger ansvaret for individets sundhedstilstand hos individet, hos det offentlige (staten, regionerne, kommunerne) som er i stand til at etablere det gode samfund for borgerne gennem det skabende menneske, på markedet, i virksomhederne og i de sociale netværk. Ansvar er et fælles ansvar, men de seneste mange års forskning og udredningsarbejde omkring sundhed har fejlagtigt placeret ansvaret hos individet og dermed friholdt det offentlige, markedet og virksomhederne. Megen forskning de kommende år bør fokusere på dette fælles ansvar for at skabe bæredygtige løsninger på fedmeproblemet.

Det offentlige skal klart tage større ansvar for at sikre sunde rammer for danskernes liv, men ikke udelukkende gennem reguleringer, kontrol, norma-

tive foreskrifter og repressive beslutningssystemer. Der vil blive givet ansatser til hvordan? i konklusionen.

Nedenstående er konklusionen som oplæg til diskussion på høringen, understøttet af de efterfølgende begrundelser.

Konklusioner

Dette skrift skal anvendes i forbindelse med høringen omkring fedme og er derfor tænkt som problemstillinger til debat og ny forskning omkring fedmeproblemet i Danmark.

En ny diskurs omkring fedmeproblemet i Danmark

Who argumenterer for en helt ny diskurs omkring bl.a. fedmeproblemet (Who 2009). Der skal etableres en handlingsorienteret diskurs der tager fat på de sociale determinanter for sundhed. Fedme er ikke et individuelt problem, men et i overvejende grad samfundsproblem. Who fokuserer ansvaret på de politiske myndigheder i nationalstaterne. Disse er i stand til at forandre sundheden og skabe dialog i forhold til de økonomiske, sociodemografiske og materielle levevilkår. Der er tale om en radikal ny diskurs omkring bl.a. fedmeproblemet i Danmark.

Om at italesætte problemet

Who mener (Who 2009), at italesættelsen af fedme som samfundsproblem er den helt afgørende diskurs. Man mener, at forskningen og de politiske beslutningssystemer de næste mange år skal fokusere på fedme som et samfundsproblem. Hvis vi får drejet diskursen bort fra det individuelle ansvar, til at se fedme som et samfundsproblem har vi taget første skridt til løsningen af problemet. Who mener, at denne diskurs er vigtigere end alt andet. At italesætte fedme som et samfundsproblem og at handle på problemet som et ansvarligt samfund er den første betingelse for at vi overhovedet når nogle løsninger på fedmeproblemet. Denne høring er et bidrag til denne italesættelse.

Problemløsning i den virkelige verden

Når der tales om fedmeproblemet skal vi fokusere på den virkelige verden som løsningerne skal etableres i. Vi lever i et presset og ressourcetsvagt samfund både når det gælder staten, regionerne, kommunerne og borgerne. Det er under de vilkår vi skal etablere løsninger. Det stiller helt specifikke og konkrete betingelser for fedmeproblemet's løsning, betingelser som yderligere nødvendiggør, at vi for ressourcetrykkede systemer og ressourcetrykkede borgere skal løse et problem som i den grad er skabt af ressourcefattigheden. Diskurs og løsning af fedmeproblemet skal etableres på dette grundlag.

Det fælles ansvar

En forudsætning for løsning af fedmeproblemet er, at vi erkender dette som et fællesproblem. De forskellige ministerier skal arbejde sammen og udredningsarbejder burde have stærke repræsentanter fra en række ministerier. Løsning af fedmeproblemet er ikke et anliggende for sundhedsministeriet alene, men i langt højere grad med udgangspunkt i en række andre centrale ministerier fx erhvervsområdet, fødevareområdet, skatteområdet m.v. Det er også et fælles ansvar mellem stat, regioner og kommuner. I stedet for at fokusere på særinteresser skal der fokuseres på fællesinteresser.

Fremdriftsstyring i handlingsforskning

Viden er vigtig, men der bør etableres mere handlingsorienteret forskning på området, mere aktionsforskning, hvor forskere og beslutningstagere arbejder sammen for at lave fremdriftsstyring der sikrer, at forskningen og resultaterne implementeres, evalueres og kommunikeres til gavn for hele nationen.

på andre områder er der sket med stor effekt og det bør etableres med ny forskning inden for fedmeområdet.

Eksperimenter i fedmeforskningen og national implementering af resultater

Der bør igangsættes en række videnskabelige eksperimenter inden for virk-somheder, inden for det offentlige, i markedet, i samarbejde med befolk-ningsgrupper omkring bedre civilisationsløsninger, omlægninger af en række kostrutiner, forskning i ny dansk mad, nye virksomhedsrutiner m.v. Der bør være et fokus på implementering og udbredelse af resultater til hele landet. Eksperimenter har altid været et kraftigt værktøj til at skabe social forandring.

Problemorienterede og tværvidenskabelige nye forskningsmiljøer

I erkendelse af, at fedmeproblemet er et samfundsproblem bør der etableres helt nye forskningsmiljøer der er problemorienterede omkring fedme. Dette problem er i sin natur tværvidenskabeligt og skal adresseres som sådan, hvorfor der skal etableres tværvidenskabelige forskningsmiljøer. Sundheds-professionelle skal arbejde sammen med ernæringseksperter, sociologer, økonomer, planlæggere m.v. Sådanne miljøer vil på en helt ny måde adresse-re fedme som det problem det er, nemlig et samfundsproblem og skabe løs-ninger som samfundsløsninger. De politiske beslutningstagere skal have et nyt og bedre beslutningsgrundlag. Det vil være undertegnedes påstand, at beslutningsgrundlaget for de politiske myndigheder kunne forbedres.

Ovenstående konklusioner kunne være hensigtsmæssige at drøfte på hørin-gen.

Det individualistiske perspektiv

Dette perspektiv har været fremherskende de sidste 20 år og fokuserer på individets frihedsrettigheder, retten til at leve det gode liv, men også retten til at leve det mindre gode liv.

Borgernes frihedsrettigheder er ukrænkelige og staten må nøjes med norma-tive retningslinier, påbud og anvisninger på det gode liv til gavn for borgeren selv, men også til gavn for samfundet.

Det individualistiske perspektiv sætter borgeren som ukrænkelig juridisk subjekt. Borgeren er i sin gode ret til at leve det liv som borgeren selv beslut-ter. Megen af den diskurs der har været i den offentlige debat de seneste år har rejst dette krav fra borgerens side. Det er et borgerbegreb der ser sig hæ-vet over det offentlige, over staten, den suveræne borger. Det er heller ikke et borgerbegreb som ser borgeren som et socialt væsen i dialog med staten om-kring egne frihedsrettigheder, men som suverænen. (Foucault 2008). Den individualistiske borger kæmper indædt for sine rettigheder, for rettighe-derne til fx at leve det usunde liv, uden skelen til de samfundsmæssige kon-sekvenser af en sådan livsstil.

Den individualiserede borger kan også antage en mere modificerende form, hvor man nok står på egne rettigheder, men også erkender fællesskabet og nødvendigheden af en dialog med det omgivende samfund, samt at der er visse fællesretningslinier der skal overholdes. Det er borgeren der nok ser kritisk på staten, men som også ser egne begrænsninger. Det er borgeren som forholder sig positivt til den viden der konstant produceret omkring årsager-ne til fedme, samt hvad der kan gøres for at reducere fedmeproblemet.

Statens forhold til borgeren har ligeledes denne dobbelthed. Man kan anskue borgerne som frie borgere i det moderne samfund og staten udvikler og stil-ler viden til rådighed, viden som borgerne frit kan anvende og staten har ingen ambition om at blande sig i borgernes liv. Den tidlige udvikling af

velfærdssamfundet spejler sig i dette ideal. De forskellige regerings folkesundhedsprogrammer kan anskues på denne måde. Ansvar for egen sundhed, reduktion i fedme er borgernes og borgerne får stillet ressourcer til rådighed, men årsagen til fedmeproblemet ligger klart hos borgerne.

Men staten har også et andet ansigt. Fedmeproblemet i Danmark er stærkt voksende og staten ser ikke længere sin rolle blot som formidler af viden, men staten insisterer på, at borgerne tager statens påbud efterretteligt (compliance), ellers kommer der kraftige sanktioner. Staten ser sig presset ud i negativ adfærd der afviger fra statens rolle som vores kollektive jeg, staten bliver overherre over borgerne og forlanger ændringer i adfærd, omlægning af livsstil. (Forebyggelseskommissionens rapport 2009) anlægger klart denne holdning. Nu tales der ikke længere udelukkende om forebyggelsestiltag, men om regulering. Formanden for forebyggelseskommissionen Mette Wier siger det således:

"Hvis regeringen vil gøre den sygeste del af befolkningen mere raske, skal den gøre op med sin egen politik på sundheds- og forebyggelsesområdet. Det er den klare konklusion fra regeringens egen forebyggelseskommission. Tanken om at sundhed er folks eget ansvar, der kan hjælpes af frivillighedens vej, skal erstattes af forbud, afgifter og langt mere »blandes sig« i folks liv, mener kommissionen. Det er prisen, hvis politikerne ønsker at hjælpe de svageste, lyder det fra formand, Mette Wier" (Berlingske Tidende 1.5.2009).

Statens rolle ændrer nu karakter Borgernes sundhed er for vigtigt til at det kan overlades til borgerne selv. Megen tysk sundhedspolitik følger også dette spor, hvis vi fx ser på screening, hvor man får en forsikringslettelse, hvis man følger hele screeningsprogrammet og en økonomisk straf, hvis man ikke gør det (BMJ 2009).

Det individualistiske perspektiv på fedme

	Borger	stat
Positive ressourcer	Den individualistiske borger som erkender nødvendigheden af fællesskabet og som forholder sig til fællesskabet. Erkender fedmeproblemet og erkender nødvendigheden af hjælp fra sundhedsvæsenet.	Den ikke interventionistiske stat. Staten som vores alles kollektive jeg, staten som positiv formidler af nødvendig viden til borgerne i bekæmpelsen af fedme som samfundsproblem.. Staten som kommunikator og dialogskaber.
Negative ressourcer	Den individualistiske borger der kæmper indædt for retten til at leve eget liv uden skelen til fællesskabet. Retten til overvægt og svær overvægt.	Den interventionistiske og repressive stat der insisterer på at borgeren, befolkningen følger statens påbud, compliance med sanktioner.

Det samfundsmæssige, det strukturalistiske perspektiv på fedme

Hvor det individualistiske perspektiv overfokuserer dels fra borgerne selv på egne rettigheder og for staten på, at borgerne alene er ansvarlige for fedme-problemet og det derfor også er borgerne der er ansvarlige for at løse proble-met ser det anderledes ud i det strukturalistiske perspektiv.

Borgerne ser sig underlagt statens krav og borgerne ser ikke mange friheds-grader. Borgerne er et produkt af samfundet, det er så at sige samfundets skyld, man er ikke selv ansvarlig for egen fedme udvikling, man kan lægge store dele af ansvaret fra sig og fortsætte den negative spiral mod et større fedmeproblem. Borgerne er ikke et handlende subjekt med egen vilje, men et objekt for samfundets og statens dominans i det moderne samfund. I den udstrækning, at borgerne ser sig selv i det perspektiv er mulighederne for at løse fedmeproblemet begrænset.

Staten på den anden side ser heller ikke borgerne som subjekter, som positivt og aktivt handlende mennesker med egen vilje, men som objekter, som gen-stande man må forandre for at løse fedmeproblemet. "Borgernes sundhed er for vigtigt til, at man kan overlade det til borgerne selv". (et udtryk der er brugt i flere af de sidste års rapporter omkring folkesundhed). Staten må formulere regler og normer for folkesundheden, implementere disse, kon-trollere og udarbejde sanktioner for at sikre, at borgerne tager disse normer og regler efterretteligt (compliance). Det tyske system, hvor intentionerne er, at borgerne selv vælger om de vil screenes for fx brystkræft, men hvor bor-gerne så selv må betale større bidrag, hvis man får brystkræft er et eksempel på en sådan tankegang. (BMJ 2009). Den moderne stat der har eksisteret i over fire hundrede år muliggør ikke direkte tvang over for borgerne, men muliggør stærkt repressive systemer, og det er nogle af de systemer vi nu ser udfolde sig i flere europæiske lande. Staten griber til disse repressive syste-mer fordi de samfundsmæssige problemer og omkostninger er så enorme ved fedmeudviklingen, samt at man synes tømt for frivillighedens vej. Hvis vi ser på Forebyggelseskommissionens arbejde består en række konklusioner i forebyggelsestiltag, men de er nu suppleret med mere direkte styring kaldet "regulering" i forhold til virksomheder og borgere.

Hvis vi ser på de sidste 20 års folkesundhedsdebat er der en tendens til grøf-tegravning, at man enten fokuserer på det individualistiske perspektiv, eller det samfundsmæssige perspektiv. Man kan synes, at debatten er unyanceret og at resultaterne af folkesundhedsforskningen ikke får et stærkt nok gennem-slag, vi har stadig et stort fedmeproblem og det bliver større.

Der synes behov for at ændre kurs, at lave et nyt paradigme, at etablere en ny diskurs, en ny måde at italesætte fedmeproblemet på, en måde som gerne skulle resultere i en reduktion i fedmeproblemet over en større årrække.

Vi skal her etablere ansatser til en sådan ny måde at snakke om problemet på og forhåbentlig herigennem være med til at etablere et grundlag for en stærkt resultatorienteret forskning og politik omkring fedme.

Sundhed og fedmeproblemet i spændingsfeltet mellem stat, marked og borger

En forudsætning for at reducere fedmeproblemet, er en korrekt diagnose af, hvori problemet består som både et samfundsproblem og som et individuelt problem. Fedmeproblemet er kompleks og skal ses i denne kompleksitet, for

at vi kan etablere en løsningsvej. Vi er nødt til at forstå denne komplekse diskurs der er mellem samfund og individ.

Modsætninger i de politiske beslutningsmiljøer

Harald Enderud (Enderud 1975) har formuleret en tilgang til studiet af sundhedsproblemer i det moderne samfund. Han kalder det "Det pluralistiske interessedemokrati". Udgangspunktet er, at konflikter, modsætninger og interessesammenstød er naturlige og vi skal betragte dem som naturlige. Løsninger på fedmeproblemet er derfor ikke et spørgsmål udelukkende om viden og indsigt, men et spørgsmål om at manøvrere beslutningsmæssigt imellem de mange særinteresser der er i spændingsforholdet mellem stat, marked og borger. Vi oplever fx på samme tid, at sundhedsmyndigheder argumenterer for højere afgifter på tobak, sukker og fedt, mens andre myndigheder ønsker at sætte afgifterne ned af hensyn til skatteindtægterne (grænsehandel m.v.). Fødevaremyndigheder vil ikke sætte momsen ned på de sunde fødevarer. På denne måde ser vi stærkt indbyrdes modsætningsforhold som ikke er til gavn for en reduktion i fedme.

Spændinger i forebyggelseskommissionens virkeliggørelse

På det politiske og det økonomiske område ser vi således modsatrettede tendenser. Det blev tydeligt i forbindelse med Forebyggelseskommissionens arbejde. Målsætningen med kommissionen var at øge middellevetiden med tre år inden for en tiårsperiode. Dette skulle bl.a. ske gennem øgede afgifter på cigaretter og usunde fødevarer. Straks efter at kommissionen var fremkommet med disse forslag, blev de afgørende forslag politisk taget af bordet af bl.a. skattemæssige grunde. Hermed var de væsentlige elementer til at øge middellevetiden med tre år reducerede i effekt. Vi ser her et stærkt indre modsætningsfyldt spændingsfelt som det er vanskeligt at manøvrere i. De mange gode intentioner bliver ikke til virkelighed på grund af politisk og økonomiske interessekonflikter.

Regionerne er stærkt økonomisk pressede i forholdet mellem behandling og forebyggelse på fx fedmeområdet. Det må formodes, at dette forhold væsentligt reducerer forebyggelsesindsatsen samt at behandling opprioriteres.

Kommunernes ressourcer

Kommunerne som har den væsentlige opgave med forebyggelse og som fik amternes bevillinger delt ud på de enkelte kommuner skal nu varetage denne store opgave, en opgave der ikke blot kræver økonomiske ressourcer, men også sundhedsfaglige ressourcer og vidensressourcer. Man må formode, at de stærkt pressede kommuner vil opprioritere løsning af basisopgaver på bekostning af fx forebyggelsestiltag inden for fedmeområdet.

Markedet

Markedet er styret af profitinteresser og ikke styret af en interesse i at forbedre folkesundheden. Der produceres de fødevarer der giver det bedste afkast, det er nu engang missionen for private virksomheder og det er jo ganske legitimt. Hvis markedet skal ændres til gavn for folkesundheden og fedmeproblemet skal der gives incitamenter til markedet om at producere sunde fødevarer. Det kunne være i form af støtteordninger, momsned sættelser og en række andre tiltag.

Borgerne i spændingsfeltet mellem stat og marked

Borgerne befinder sig også i dette spændingsfelt. (for en større udredning af dette se Reinbacher 2009). En meget interessant ny stor EU videnskabelig undersøgelse (Wallace 2009) som er blevet foretaget i de nye østeuropæiske republikker efter opløsningen af sovjetunionen viser, at sundhedsproblemerne og dermed fedmeproblemer ikke skal ses isoleret som dårlige livsstile for borgerne, man skal højere op i forklaringshierarkiet. Social og systemmæssig disintegration er forklaringen på sundhedsproblemer, herunder

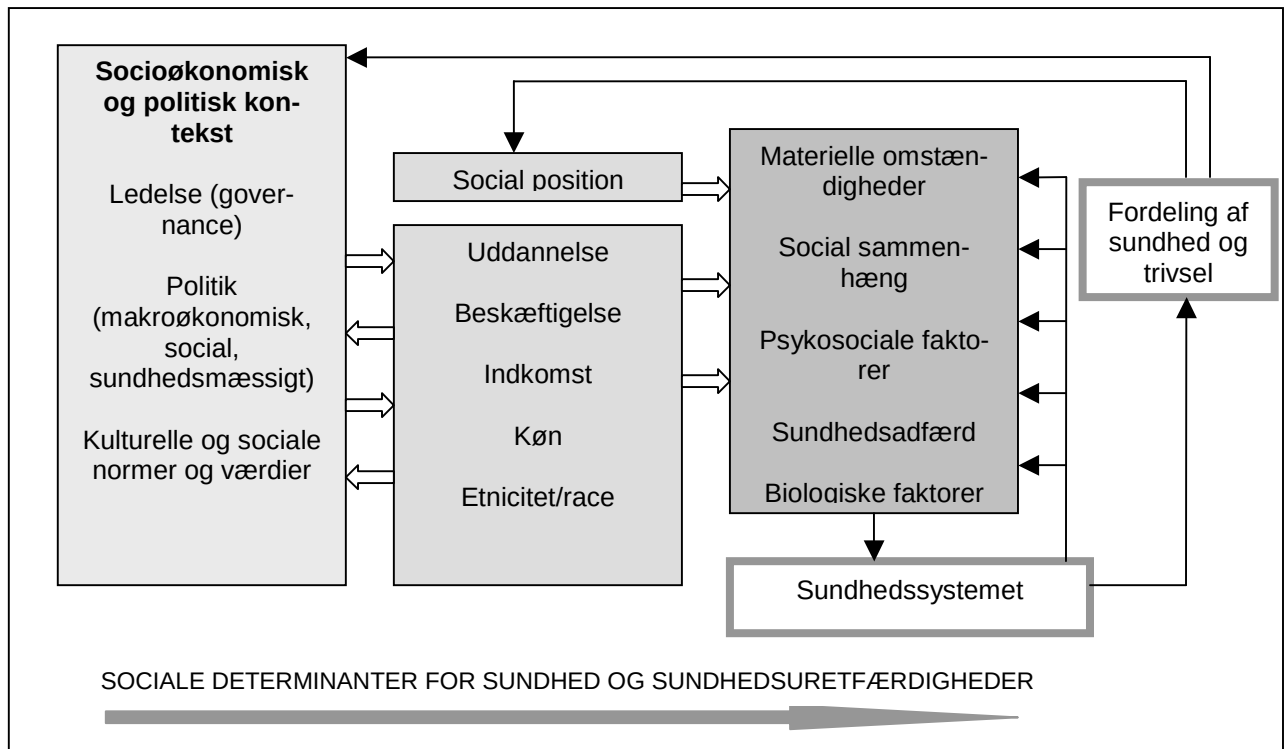
fedme. Forklaringen omkring dårlige livsstile giver således et falsk billede. Dels er det en meget individualistisk forklaring og den forklarer ikke, hvor de dårlige livsstile kommer fra. Disse forskningsresultater peger således direkte på, at det er opløsningen af de gamle fællesskaber, systemer og strukturer og den dermed forbundne sociale forarmelse der forklarer sundhedsproblemerne og den kraftige vækst i fedme. Som en kvinde formulerede det ” Jeg sidder og ryger og spiser usund mad bare for at holde det hele ud. Vi har ingen arbejde, næsten ingen penge, så det er den smule glæde jeg får” (Wallace 2009). Det er ikke disse problemer vi har i Danmark, men vi har megen kontinuerlig forandring i de sociale strukturer, vi har meget stress i både strukturerne, på arbejdspladserne og i det sociale liv. En stærkt stigende del af befolkningen anvender antidepressiver. Der er også solid videnskabelig belæg for den sociale ulighed i sundhed (Kjøller 2000). Statens Institut for Folkesundhed og andre forskningsinstitutioner har igennem de sidste mange år leveret solid videnskabelig belæg for de sociodemografiske forhold omkring sundhed, samt at de ressourcesvage familier bærer den tungeste byrde omkring fedmeproblemet. Mange af de her skitserede forhold vil i langt højere grad levere forklaringskraft end livsstilstankegangen.

WHO's arbejde for at reducere sundheds- og fedmeproblemerne

Who har udarbejdet en bemærkelsesværdig rapport omkring sundhedsproblemerne i verden og herunder fedmeproblemerne (WHO 2008). Der er tale om en rapport der sætter **handling** på dagsordenen, hvad der skal gøres for at løse fundamentale sundhedsproblemer i forhold til de sociale sundhedsdeterminanter i løbet af en generation.

Who leverer en model for forståelse af sundhed og herunder fedme som et socialt problem, et problem der skal adresseres som et socialt problem og som skal løses som et socialt problem. Modellen illustrerer bl.a. betydningen af de politiske beslutningsprocesser og det er derfor afgørende i hvor stor udstrækning man kan få de politiske myndigheder på tværs af funktionsområder og professionsgrænser til at arbejde sammen om løsningen af et af dette århundredes største problem, fedmeproblemet. Modellen illustrerer ligeledes, at der ikke er nogen lette løsninger, at der er en høj grad af **kompleksitet** imellem de socioøkonomiske, de politiske, de demografiske og de materielle omstændigheder. Det afgørende er, at der handles og at man ser perspektivet som et generationsperspektiv.

Grundlaget for sociale sundhedsdeterminanter for fedme som samfundsmæssig sygdom



Who fremlægger konkrete perspektiver der adresserer både de politiske beslutninger, de økonomiske muligheder, erhvervslivet og markedet I en samlet model for løsning af vor tids største sundhedsproblemer. Nedenstående er de fokusområder der fokuseres på. Det er de samme områder der burde fokuseres på i en dansk kontekst.

WHO:

- retfærdighed og ligeværdighed fra start. Social ulighed i sundhed er uacceptabel og skal til enhver tid modarbejdes og reduceres. Fedme har også en social slagside og der skal i fedmeproblemet fokuseres specifikt på de resourcesvage.
- sunde miljøer, sunde mennesker, fair beskæftigelse og anstændigt arbejde. Vi skal fokusere på sunde arbejdsmiljøer, sunde livsmiljøer, sunde boligmiljøer for det giver grobund for sunde mennesker.
- fair beskæftigelse og anstændigt arbejde.
- social beskyttelse igennem hele livet
- universelle sundhedsydelser for alle
- sundhedsretfærdighed I alle politikområder, systemer og programmer
- fair finansiering
- markedsansvarlighed
- ligeværdighed mellem køn
- politisk empowerment for alle
- god global ledelse
- sociale sundhedsdeterminanter, træning og forskning.

En forudsætning for at løse sundhedsproblemerne er således, at det ikke blot er sundhedsministeriet, men i højere grad skatteområdet, fødevareområdet, erhvervsområdet m.v. der skal være hovedarkitekterne på tværs, for at løse vor tids sundhedsproblemer.

Referencer.

Foucault, Michel (2008): Sikkerhed, territorium, befolkning. Hans Reitzels forlag

Forebyggelseskommissionen (2009): Vi kan leve længere og sundere. Sekretariatet.

BMJ (2009): vol. 339, p. 625-28.

Enderud, Harald (1975): Konfliktbeslutninger I-II, Gad.

Wallace, Claire. Abbott, Pamela (2009): The Consequences for Health of System Disintegration and Social Disintegration in the Commonwealth of Independent States. ESA, Lisbon.

Reinbacher, Gunnar. Verwohlt, Betina (2009): Sundhed I spændingsfeltet mellem stat, marked og borger. AAU/IHIS 2009.

Kjøller, Mette. Rasmussen, Niels kr (2000): Sundhed og sygelighed I Danmark. Statens Institut for Folkesundhed.

WHO (2008): Closing the gap in a generation, Health equity through action on the social determinants af Health. WHO

Oplæg 5: Behandling af børn i forhold til kost, motion og livsstil

Af Jens-Christian Holm, Enheden for overvægtige børn og unge, Holbæk Sygehus

Komplikationer til fedme (svær overvægt) i barnealderen (1);

Eksempelvis;

- *Forhøjet blodtryk.* Det vurderes at ca. 25-45 % af svært overvægtige børn har forhøjet blodtryk. Forhøjet blodtryk har typisk ingen symptomer hos børn. Forhøjet blodtryk medfører en høj sygelighed og forkorter levelængden.
- *Fedtlever.* Det vurderes at ca. 15-20 % af svært overvægtige børn har fedtlever. Fedtlever er som oftest ikke ledsaget af symptomer og screening med blodprøver er ikke sikker. Fedtlever kan udvikle sig til leverbetændelse og skrumpelever og medføre invaliditet og forkorter levelængden.

Samt;

- *For højt kolesterol*
- *Type 2 sukkersyge* (gammel-mands-sukkersyge)
- *Dårlig livskvalitet*
- *Depression*
- *Gastrointestinal reflux* (opgylpning og sure opstød)
- *Polycystisk ovarie syndrom* (forstyrrelse i æggestokkenes funktion)
- *Acanthosis nigricans* (hududslæt)
- *Infektion i huden*
- *Blounts sygdom* (vinkling af skinneben)
- *Epifysiolyse* (ødelæggelse af lårbenshovedet)
- *Platfod, fodsmerter*
- *Obstruktiv søvn apnø* (snorken og ophold i vejrtrækningen)
- *Astma*
- *Pickwinian syndrome* (nedsat luftskifte i lungerne)

67

Svær overvægt er forbundet med følgende kræftsygdomme i voksenalderen (2);

- *Mænd;* Kræft i spiserøret, tyktarmen, nyrerne, skjoldbruskkirtlen, endetarmen og hudkræft.
- *Kvinder;* Kræft i livmoderen, galdeblæren, spiserøret, nyrerne, brystet (efter menopausen), tyktarm, bugspytkirtel og skjoldbruskkirtel.
- *Begge køn;* Leukæmi, multipel myelom og non-Hodgkin lymfom.

Det er vurderet at sygdomsbelastningen ved svær overvægt i USA vil reducere den amerikanske befolknings middellevetid med ca. 2-5 år omkring år 2050 (3).

Behandling af børn i forhold til kost, motion og adfærd;

Ca. 15-20 % af danske børn er overvægtige og ca. 4-5 % af danske børn er svært overvægtige.

Hvilken behandling tilbydes i dag til børn i forhold til kost, motion og adfærd?

- Kommunerne skal varetage profylakse og behandling af overvægtige børn jf. sundhedsloven. For de satspuljeprojekter som er udløbet er der aktuelt ingen bestående behandlingstilbud til svært overvægtige børn. Indsatsen i de resterende satspuljeprojekter involverer angiveligt kost og motion og indsats overfor adfærd.
- De 4 Julemærkehjem (JMH) tilbyder et 10 ugers ophold. Der fokuseres på fysisk aktivitet, kost og et mobbe frit miljø hvor børnene kan udfolde sig.
- Der er 24 Børneafdelinger i Danmark, hvoraf ca. 5 Børneafdelinger hver modtager 20-30 svært overvægtige børn pr. år. Disse børn bliver typisk uopfordret henvist fra praktiserende læger. På Børneafdelingen bliver børnene typisk undersøgt og derefter afsluttet inden et år. Der er 4 Børneafdelinger som planlægger at etablere et tværfagligt behandlingstilbud, men de har ikke kunnet finansiere det.
- Enheden for overvægtige børn og unge på Børneafdelingen, Holbæk Sygehus tilbyder det enkelte barn og familie en skræddersyet plan med detaljeret fokus på kost, aktivitet og adfærdsterapi ved første besøg. Det tværfaglige team består af børnelæger (3), børnesygeplejersker (2), kliniske diætister (3), psykolog, sekretærer (2), socialrådgiver og en forskningsassistent. Børnene behandles som andre kronisk syge børn, evt. børnealderen igennem.
- Praktiserende læger; sporadisk indsats med råd om kost og motion.
- Private; Efterskoler, gymnastikforeninger, højskoler m.m. har spredte lokale tilbud.

Konklusion;

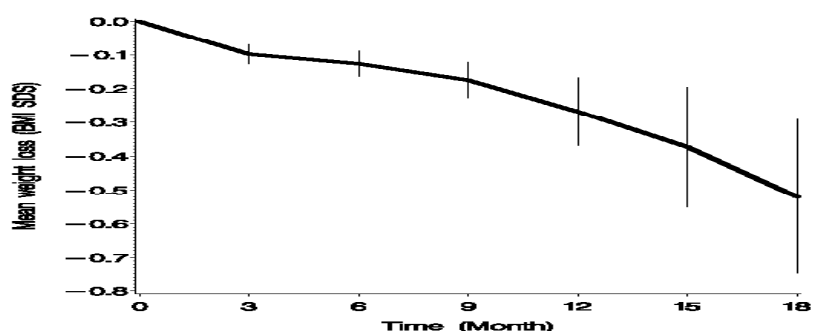
Behandlingen af svært overvægtige børn er sporadisk og uden overordnet plan, koordination eller fokus. Indsatsen står ikke mål med problemernes omfang.

Hvor stort er omfanget af og omkostningerne ved denne type behandling?

- Sundhedsstyrelsen har via satspuljemidlerne befordret 73 millioner kr til 31 udvalgte kommuner. Af de satspuljeprojekter som nu er udløbet er der ikke etableret bestående behandlingstilbud og antal børn og behandlingseffekt er ikke evalueret.
- JMH er baseret på private midler med et årligt budget på 40 millioner kr til driften af de 4 JMH. Indtjeningen er baseret på Julemærket med et mindre statsligt tilskud (3 mio kr).
- Enheden for overvægtige børn og unge på Børneafdelingen, Holbæk Sygehus har et årligt budget på ca. 4,5 millioner kr inkl. konsultationer, blodprøver, DEXA-skanninger, og drift, men eksklusive MR (Magnetisk Resonans) skanninger for fedtlever og gen-karakteristik mhp at finde uheldige gener for udvikling af overvægt. MR og gen analyser er p.t. finansieret ved forskning (fonde/legater) selvom de har betydelig klinisk relevans.

Hvad er effekten og er det tilfredsstillende?

- Sundhedsstyrelsens satspulje-financierede tilbud i kommunerne er uens og er generelt ikke evalueret. Satspuljeprojekterne er for en dels vedkommende ophørt og effekten er uvis, hvilket er utilfredsstillende og utilstrækkeligt.
- JMH modtager årligt 700 børn til behandling som medfører en vægtreduktion på omkring 8-10 kg pr barn. Imidlertid tager disse børn typisk vægten på igen. JMH har derfor taget initiativ til et samarbejde med kommunerne mhp. opfølgning efter ophold. Der er etableret kontaktpersoner ved 92 kommuner. JMH indsats er tilfredsstillende, men utilstrækkelig, dels på landsplan, dels fordi børnene ikke følges godt nok op.
- Enheden for overvægtige børn og unge på Børneafdelingen, Holbæk Sygehus har i de forløbne 21 måneder modtaget 550 børn til udredning, rådgivning, behandling og kontrol. Der er et acceptabel drop-out samt behandlingsrespons. Nedenstående præliminære kurve viser at gennemsnittet af vægtændringerne på børnene er et stadigt fald over tid. Disse ændringer er statistisk set stærke ($p < 0.0001$) og tilfredsstillende, men indsatsen er utilstrækkelig i forhold til, hvor mange svært overvægtige børn der er.



Holm, J-C *et al.* Fald i gennemsnitlig BMI SDS blandt 412 børn i behandling i op til 18 måneder.

Hvilken behandling bør tilrettelægges og tilbydes?

I henhold til Sundhedsloven, er det regionerne samt kommunerne, der har ansvaret for forebyggelses- og behandlingsindsatsen vedr. sundhedsydelse for børn og unge. Ligeledes i henhold til Sundhedsloven, skal kommunerne tilrettelægge tilbud, der retter sig mod alle børn samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov. Dette uddybes i bekendtgørelsen nr.1183 af 28/11/2006. I henhold til Sundhedsloven, skal de tværfaglige grupper, der er etableret i kommunerne tilgodese børn og unge med særlige behov, for dermed at sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes. Kommunen har således, ifølge loven, pligt til at oprette tilbud eller yde individ-baseret bistand til overvægtige børn og unge.

Konklusion;

Der skal etableres en national handlingsplan med tilhørende behandlingsgaranti til svært overvægtige børn.

Der bør etableres et nationalt netværk som har en fælles og ensrettet behandlingsplan;

- med en *specialiseret* tværfaglig enhed på en børneafdeling i hver region
- 3-5 centraliserede *kompetence-centre* i kommunerne i hver region
- Julemærkehjemmene
- Praktiserende læger
- Andre; Idræts- og gymnastikforeninger inkl. DGI Play, højskoler, efterskoler m.m.

Det er vigtigt at *børneafdelingen*;

- evaluerer graden af overvægt i forhold til vækst og udvikling
- udelukker andre sygdomme
- kontrollerer for komplikationer
- opstiller en detaljeret og kompetent behandlingsplan for de ekstremt overvægtige børn
- samarbejder med kommuner og praktiserende læger med etablering af et netværk til overvægtige og svært overvægtige børn og unge
- evaluerer den regionale behandlingsindsats over tid

Det er vigtigt at *kommunerne*;

- opbygger *kompetence-centre* inkl. uddannelse af sundhedsprofessionelle
- etablerer et overblik over den enkelte regions idrætsstilbud, overvægtsprojekter, PPR, psykologer, læger og diætister for at støtte overvægtige børn lokalt
- opstiller en detaljeret og kompetent behandlingsplan til overvægtige børn
- samarbejder med den regionale børneafdeling
- samarbejder med det regionale Julemærkehjem

Det er vigtigt at *Julemærkehjemmene*;

- udvides i kapacitet så man har mulighed for at slanke et svært overvægtigt barn

Det er vigtigt at de *praktiserende læger*;

- uddannes og involveres i behandlingen af de svært overvægtige børn

Konklusion;

Der bør investeres i et netværk mellem børneafdelinger, kommuner, Julemærkehjem, praktiserende læger og lokale interessenter mhp at sikre korrekt diagnose, udelukke andre sygdomme, kontrollere for komplikationer samt behandle og kontrollere svært overvægtige børn og unge tilfredsstillende. Et forsigtigt estimat på de samlede driftsomkostninger til et sådant nationalt netværk er 125 mio kr årligt, ekskl. udgifter til etablering og uddannelse.

Kilder;

1. Barlow S, et al and the Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. *Pediatrics* 2007;120(Supplementum 4):164-192.
2. Renehan A, Tyson M, Egger M, Heller R, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet* 2008;371(9612):569-78.

3. Olshansky S, Passaro D, Hershow RC *et al.* A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med* 2005;352:1138-45.

Oplæg 6: Behandling af voksne – fordele og ulemper ved vægttab

Af Mette Kildevæld, Phd. Institut for Sygdomsforebyggelse, Københavns Universitetshospital

Indledning

Sundhedsstyrelsen anbefaler vægttab til alle svært overvægtige. Specielt anbefales vægttab til svært overvægtige, der lider af en overvægtsrelateret følgesygdom.

Der er ingen tvivl om, at det er sundhedsskadeligt at være overvægtig. Den seneste oversigt over sammenhængen mellem overvægt og dødelighed viser tydeligt, at dødeligheden stiger med øget vægt¹.

De konventionelle vægttabsmetoder

Man regner med at ca. 60-70 % af alle overvægtige forsøger at tabe sig, dels for at undgå fedmerelaterede sygdomme og dels af kosmetiske årsager^{2;3}. Sund kost, mere motion og livsstilsændringer er centrale anbefalinger, når overvægtige skal tabe sig. Det er nødvendigt med en kombination af fysisk aktivitet, diæt og livsstilsændring hvis man skal opnå et varigt vægttab. Fysisk aktivitet er en vigtig faktor for at vedligeholde et opnået vægttab⁴.

At tabe sig og vedligeholde vægttabet

Kun 10-20 % af overvægtige og svært overvægtige, som deltager i vægttabsprogrammer, kan vedligeholde vægttabet over længere tid. De resterende 80-90 % tager enten flere eller alle de tabte kilo på igen, når programmet afsluttes og dagligdagen begynder^{3;5}. Det betyder, at når man først er blevet overvægtig er der en stor risiko for, at man bliver ved med at være overvægtig. Derfor er det vigtigt at forebygge at overvægt ikke opstår.

Fordele ved vægttab

De fleste undersøgelser viser, at det gavner helbredet, hvis svært overvægtige med en fedmerelateret følgesygdom taber sig 5-10 % af begyndelsesvægten. Udover at blodtrykket og blodprofilen bedres^{6;7}, har flere studier vist, at ønsket vægttab øger livskvaliteten⁸. Der er således både fysiske og psykiske fordele ved et vægttab blandt svært overvægtige, som har en fedmerelateret følgelidelse. Studier der har evalueret resultater af fedmeoperationer viser, at risikoen for at dø mindskes efter en operation⁹.

Ulemper ved tilsigtet vægttab

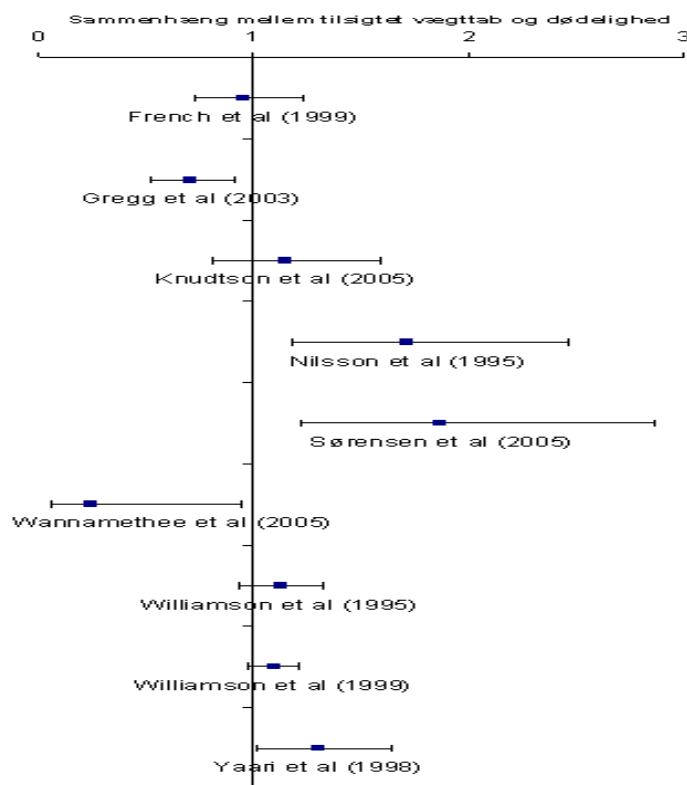
Men der er tilsyneladende også helbredsmæssige ulemper ved at tabe sig. I langt de fleste undersøgelser, der har set på sammenhængen mellem vægttab og dødelighed, findes en øget dødelighed ved vægttab. Det er endog fundet, at overvægtige og svært overvægtige, der selv ønsker og opnår et vægttab, har en øget dødelighed¹⁰⁻¹².

Ønsket vægttab og dødelighed

Flere undersøgelser har vist, at overvægtige og svært overvægtige, der har en hjertekarsygdom eller er i klart øget risiko for hjertekarsygdomme og diabetes, formentlig har gavn af et vægttab^{13;14}. Men raske overvægtige der taber sig, ser umiddelbart ikke ud til at have samme gavn af et ønsket vægttab.

I Figur 2 vises en oversigt over studier der undersøger sammenhængen mellem ønsket vægttab og dødelighed blandt raske mennesker. Studierne på højre side af midterlinjen beskriver en øget risiko og studierne, der ligger på venstre side af midterlinjen, beskriver en mindsket risiko for dødelighed.

Figur 2.



Kilde: Simonsen MK et al, 2008¹⁵

Forklaringer på den fundne sammenhæng mellem ønsket vægttab og dødelighed

Mange forskere afviser at ønsket vægttab skulle lede til øget dødelighed og argumenterne lyder ofte på, at der er problemer med undersøgelserne. Det kan være fordi undersøgelsen ikke er tilrettelagt godt nok, så de personer man undersøger er "syge" uden at de selv ved det og derfor taber sig utilsigtet, selvom de selv har oplyst, at de har tabt sig med vilje¹⁶. Man gør naturligvis meget for at undgå, at der er "syge" med i studierne.

Der kan dog meget vel være biologiske grunde til at et vægttab øger dødeligheden hos raske mennesker. Nogle studier finder, at tab af fedt mindsker dødeligheden, hvorimod tab af fedtfri masse (muskler) øger dødeligheden, og ved almindelige diætetiske vægttab tabes også altid fedtfri masse¹⁷⁻¹⁹.

Fedtfordelingen har også en stor betydning for sygelighed og dødelighed. Fedt på maven og omkring organerne er en stærkere risikofaktor for bl.a. type 2 diabetes, hjertekarsygdomme og dødelighed end generel fedme²⁰⁻²³, hvilket sandsynligvis kan tilskrives det skadelige intra-abdominale fedt (fedt omkring organerne)²⁴⁻²⁶. Fedt på underkroppen (hofter, lår og lægge) ser der-

imod ud til at have en beskyttende effekt i forhold til type 2 diabetes, hjertekarsygdomme og dødelighed²⁷⁻³⁰.

Konklusion

Det er usikkert at anbefale vægttab til raske overvægtige og delvis også til raske svært overvægtige med en aktiv livsstil og uden sygdom. Overvægt og svær overvægt kan give flere fedmerelaterede sygdomme, men det er uklart om et ønsket vægttab giver længere levetid. Råd om vægttab bør gives nuanceret og med hensyntagen til livsstil og helbredsstatus. Derfor, bør der generelt være mere fokus på forebyggelse af overvægt, en sund aktiv livsstil og mindre fokus på tab af kilo.

Referencer

- (1) Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies
13. Lancet 2009; 373(9669):1083-1096.
- (2) Bish CL, Blanck HM, Serdula MK, Marcus M, Kohl HW, III, Khan LK. Diet and physical activity behaviors among Americans trying to lose weight: 2000 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Obes Res 2005; 13(3):596-607.
- (3) Rossner S, Hammarstrand M, Hemmingsson E, Neovius M, Johansson K. Long-term weight loss and weight-loss maintenance strategies
7. Obes Rev 2008; 9(6):624-630.
- (4) Soderlund A, Fischer A, Johansson T. Physical activity, diet and behaviour modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. 3 ed. Perspectives in Public Health; 2009.
- (5) Korkeila M, Rissanen A, Kaprio J, Sorensen TI, Koskenvuo M. Weight-loss attempts and risk of major weight gain: a prospective study in Finnish adults. Am J Clin Nutr 1999; 70(6):965-975.
- (6) Van Gaal LF, Mertens IL, De Block CE. Mechanisms linking obesity with cardiovascular disease
1. Nature 2006; 444(7121):875-880.
- (7) Pi-Sunyer X, Blackburn G, Brancati FL, Bray GA, Bright R, Clark JM et al. Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the look AHEAD trial
3. Diabetes Care 2007; 30(6):1374-1383.
- (8) Fine JT, Colditz GA, Coakley EH, Moseley G, Manson JE, Willett WC et al. A prospective study of weight change and health-related quality of life in women
1. JAMA 1999; 282(22):2136-2142.
- (9) Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. N Engl J Med 2007; 357(8):741-752.
- (10) Nilsson PM, Nilsson JA, Hedblad B, Berglund G, Lindgarde F. The enigma of increased non-cancer mortality after weight loss in healthy men who are overweight or obese. J Intern Med 2002; 252(1):70-78.
- (11) Sorensen TI, Rissanen A, Korkeila M, Kaprio J. Intention to lose weight, weight changes, and 18-y mortality in overweight individuals without co-morbidities. PLoS Med 2005; 2(6):e171.
- (12) Yaari S, Goldbourt U. Voluntary and involuntary weight loss: associations with long term mortality in 9,228 middle-aged and elderly men. Am J Epidemiol 1998; 148(6):546-555.

- (13) Williamson DF, Pamuk E, Thun M, Flanders D, Byers T, Heath C. Prospective study of intentional weight loss and mortality in never-smoking overweight US white women aged 40-64 years. *Am J Epidemiol* 1995; 141(12):1128-1141.
- (14) Williamson DF, Pamuk E, Thun M, Flanders D, Byers T, Heath C. Prospective study of intentional weight loss and mortality in overweight white men aged 40-64 years. *Am J Epidemiol* 1999; 149(6):491-503.
- (15) Simonsen MK, Hundrup YA, Obel EB, Gronbaek M, Heitmann BL. Intentional weight loss and mortality among initially healthy men and women. *Nutr Rev* 2008; 66(7):375-386.
- (16) Stampfer M. Weight loss and mortality: what does the evidence show? *PLoS Med* 2005; 2(6):e181.
- (17) Allison DB, Zhu SK, Plankey M, Faith MS, Heo M. Differential associations of body mass index and adiposity with all-cause mortality among men in the first and second National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES I and NHANES II) follow-up studies. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(3):410-416.
- (18) Bigaard J, Frederiksen K, Tjonneland A, Thomsen BL, Overvad K, Heitmann BL et al. Body fat and fat-free mass and all-cause mortality. *Obes Res* 2004; 12(7):1042-1049.
- (19) Heitmann BL, Erikson H, Ellsinger BM, Mikkelsen KL, Larsson B. Mortality associated with body fat, fat-free mass and body mass index among 60-year-old swedish men-a 22-year follow-up. The study of men born in 1913. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24(1):33-37.
- (20) Ross R, Berentzen T, Bradshaw AJ, Janssen I, Kahn HS, Katzmarzyk PT et al. Does the relationship between waist circumference, morbidity and mortality depend on measurement protocol for waist circumference? *Obes Rev* 2008; 9(4):312-325.
- (21) Vazquez G, Duval S, Jacobs DR, Jr., Silventoinen K. Comparison of body mass index, waist circumference, and waist/hip ratio in predicting incident diabetes: a meta-analysis. *Epidemiol Rev* 2007; 29:115-128.
- (22) Huxley R, Mendis S, Zheleznyakov E, Reddy S, Chan J. Body mass index, waist circumference and waist:hip ratio as predictors of cardiovascular risk-a review of the literature. *Eur J Clin Nutr* 2009.
- (23) Seidell JC. Waist circumference and waist/hip ratio in relation to all-cause mortality, cancer and sleep apnea. *Eur J Clin Nutr* 2009.
- (24) Arner P. Not all fat is alike. *Lancet* 1998; 351(9112):1301-1302.
- (25) Despres JP, Moorjani S, Lupien PJ, Tremblay A, Nadeau A, Bouchard C. Regional distribution of body fat, plasma lipoproteins, and cardiovascular disease. *Arteriosclerosis* 1990; 10(4):497-511.
- (26) Kuk JL, Katzmarzyk PT, Nichaman MZ, Church TS, Blair SN, Ross R. Visceral fat is an independent predictor of all-cause mortality in men. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14(2):336-341.
- (27) Bigaard J, Frederiksen K, Tjonneland A, Thomsen BL, Overvad K, Heitmann BL et al. Waist and hip circumferences and all-cause mortality: usefulness of the waist-to-hip ratio? *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28(6):741-747.

(28) Heitmann BL, Frederiksen P, Lissner L. Hip circumference and cardiovascular morbidity and mortality in men and women

13. *Obes Res* 2004; 12(3):482-487.

(29) Lissner L, Bjorkelund C, Heitmann BL, Seidell JC, Bengtsson C. Larger hip circumference independently predicts health and longevity in a Swedish female cohort

1. *Obes Res* 2001; 9(10):644-646.

(30) Heitmann BL, Frederiksen P. Thigh circumference and risk of heart disease and premature death: prospective cohort study

2. *BMJ* 2009; 339:b3292.

Oplæg 7: Medicinsk behandling

Af Søren Toubro, Bestyrelsesformand for Dansk Selskab for Adipositasforskning

Medicinsk behandling

Overlæge Søren Toubro, Reduce – en forskningsklinik

FAKTA BOKS:

Medicin kan være et nyttigt supplement til livsstilsændringer hos patienter med BMI > 30 eller et BMI > 27 og følgesygdom

Medicin + livsstilsbehandling giver over 1 – 4 år et gennemsnitligt klinisk relevant vægttab på 3-5 kg mere end livsstilsbehandling alene.

Det ekstra medicinske vægttab på 3-5 kg, nedsætter risikoen for type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom med ca 50%.

Langtidsopfølgning og supplerende adfærdsbehandling er nødvendig for at opnå og opretholde enhver form for vægttab.

Receptudstedelsen er beskednen – kun 3% er i løbet af et år i behandling. Om-sætningen er 22 mill og kun 5% får tilskud.

Indledning

Ved ikke kirurgisk behandling af fedme er sandsynligheden for at opnå blivende normalvægt lille, hvorfor fedme må betragtes som en kronisk tilstand ⁽¹⁾.

Grundet problemets omfang og de relativt beskedne effekter af den tilgængelige medicin har utallige droger og medicamenter været testet. Flere er blevet godkendt til behandling af fedme og de fleste af disse er blevet trukket tilbage pga bivirkninger.

Som for andre lægemidler gælder det også for vægttabspræparater at disse kun har kun effekt i den periode, de indtages, og tilbøjeligheden til recidiv (vægtøgning) er den samme som efter diæt uden medikamentel understøttelse.

Indikationer

Forudsat at den voksne overvægtige ikke har tabt sig tilfredsstillende efter 3-6 måneder livsstilsbehandling og motivationen er bevaret, er indikationerne for medicinsk behandling:

BMI > 30 kg/m²

BMI > 27 kg/m² (eller talje > 80 cm (Kvinder)/94 cm (Mænd) med

komplikationer som diabetes, hjerte-kar-sygdom eller søvnapnø.

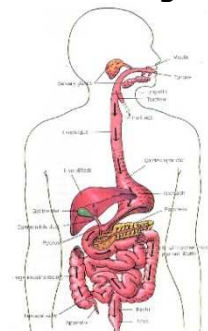
Er der ikke opnået et vægttab på 4-5 kg efter 12 ugers medicinsk behandling afsluttes denne. Der er ikke indikation for farmakologisk fedmebehandling af børn ⁽²⁾.

Resultater

Vægttab bedrer den metaboliske risikoprofil. Kun bevarede vægttab > ca 2,5 kg i mere end 1 år har dokumenterede sundhedsfremmende effekter i form af bedret insulinfølsomhed hvorved type 2 diabetes forebygges. Vægttabet skal være større for at bedre dyslipidæmi og hypertension ⁽³⁾.

Der foreligger dokumentation for effekten af 1-4 års farmakologisk behandling i kombination med kost- og livsstilsintervention. I disse studier halveres risikoen for udvikling af type 2-diabetes blandt risikopatienter ved et vægttab på 2-5 kg ⁽⁴⁾.

Farmakologisk behandling:



Opdeles i hhv (se figur 1):

1. centralt appetithæmmende og perifert stofskifte stimulerende

Sibutramin har en central appetithæmmende effekt og en perifer stofskifteøgende virkning. 10 – 15 mg Sibutramin dagligt fremkalder et vægttab ca 4 kg efter ½-1 års behandling.

Amfepramon der nedsætter appetiten er godkendt til maksimalt 3 måneders behandling, men da der ikke findes gode undersøgelser af stoffet anbefales det ikke af myndighederne.

2. malabsorptiva

Orlistat begrænser fedtoptagelsen fra tarmen. Efter 1 års behandling med 120 mg orlistat tre gange dagligt opnås et vægttab på ca 3 kg mere end med placebo ⁽⁵⁾.

Orlistat er i 2009 lanceret som håndkøbspræparat (receptfri) 60 mg dosering til 6 måneders behandling. Vægttabet svarer til 75% af den dobbelte dosis og bivirkningerne er lidt svagere.

Tilskud

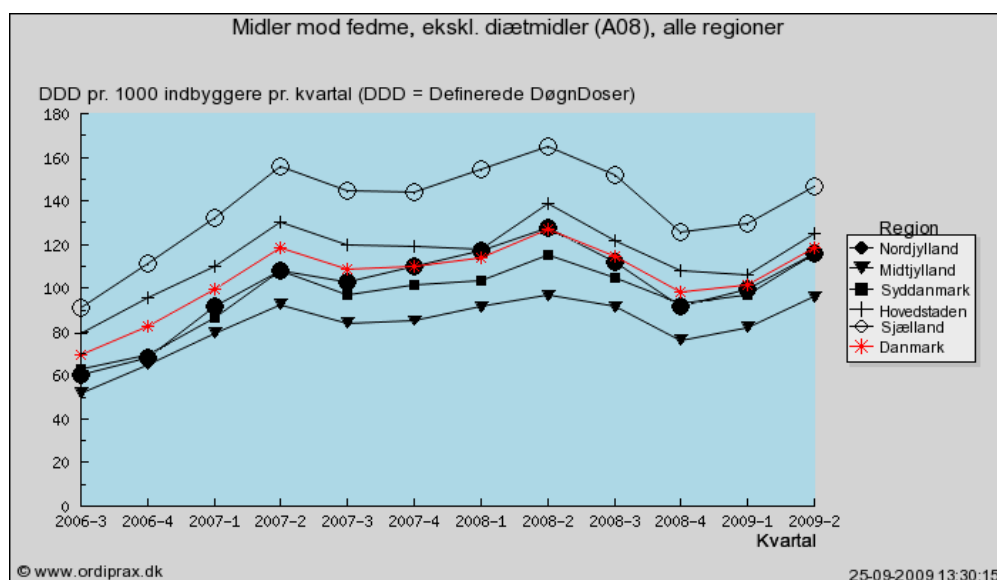
Enkelttilskud til orlistat (120 mg) og sibutramin vil normalt kunne imødekommes, hvis følgende 3 betingelser er opfyldt:

- overvægt med BMI > 27 kg/m² samt for Sibutramins vedkommende diabetes og for Orlistats vedkommende diabetes eller hjertekarsygdom
- ikke tilstrækkelig respons på ikke-medikamentelt vægtreducerende program
- vægttabet efter mindst 4 ugers medikamentel behandling oplyses.

3. Fremtidens lægemidler

Flere af de nye stoffer registeret til behandling af Type 2 diabetes, virker blandt andet ved at fremme insulinfrigørelsen og nedsætte mavesækkens-tømmningshastighed. Herved fremkalder de i varierende grad et vægttab, hvorfor det er sandsynligt at fedme kan blive en ny indikation for disse stoffer.

Omfanget af medicinsk behandling i DK



Årstal	2004	2005	2006	2007	2008	Døgn doser 2008 pr 1000 indbyggere
Amfepramon	1,5	2,1	2,5	3	3,1	0,4
Sibutramine	8,5	8,7	9	9,4	10,9	0,5
Orlistat	9,4	8,7	8,7	8,3	8,3	0,2
					22,3	1,1

Slankemidler anvendes primært af kvinder i alderen 35-55 år, og der udskrives recepter til 4 gange så mange kvinder som mænd. Potentielt er der ca. ½ million danskere som opfylder behandlingsindikationerne for medicinsk behandling, men i løbet af 1 år er kun 1 ud af 30 i behandling. Antallet i behandling i løbet af 1 år er steget med ca 50% fra 12.000 i 2003 til 18.000 i 2008. Tallene dækker over at forbruget af de centralt virkende er fordoblet mens orlistat forbruget har været konstant. Dette skal vurderes i forhold til perioden 2000 – 2002, hvor antallet af personer i behandling var 100.000 - dvs. 4-6 gange større, indtil Letigen® blev taget af markedet ultimo november 2002.

Omsætningen på 22 mill inkluderer ikke håndkøbsforbruget af orlistat, som er markedsført i maj 2009. I 2007 fik ca 75% ud af 2.433 ansøgere tilsagn om enkelttilskud. Halvdelen af tilsagnene blev givet til rimona-bant, som i 2008 blev trukket af markedet. Aktuelt modtager et meget beskedent antal på under 5% således tilskud til deres behandling.

Konklusion

Effekten af medicinsk behandling er beskedent, men kan dokumenteres som værende klinisk relevant. Forbruget er meget beskedent delvist forklaret ved

en relativ beskedent præparat effekt, stor egen andel af betalingen samt en hvis berøringsangst i primærsektoren.

Referencer

1. Douketis JD, Macie C, Thabane L et al. Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *Int J Obes.* 2005; 29(10): 1153-67.
2. Svendsen OL, Toubro S, Bruun JM et al. Retningslinjer for behandling af overvægt/fedme anno 2006. *Ugeskr Laeger.* 2006; 168(2): 180-2.
3. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med.* 2004; 351(26): 2683-93.
732. Wadden TA, Berkowitz BI, Womble LG et al. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. *N Engl J Med.* 2005; 353(20): 2111-20.
4. Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN et al. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care.* 2004; 27(1): 155-61.
5. Rucker D, Padwal R, Li SK et al. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *BMJ.* 2007; 335(7631): 1194-9.

Oplæg 8: Behandling af komplikationer frem for vægttab

Af Henning Beck-Nielsen, Overlæge og professor ved Klinisk Institut, Syddansk Universitet

Fedme betyder, at mængden af fedt i kroppen er øget. Definitivt skal Body Mass Index (BMI) være større end 30 kg/m^2 , hvilket svarer til 20 % overvægt i forhold til ideelvægten. Imidlertid er det ikke nok kun at fokusere på vægten i sig selv, hvis man skal vurdere den sygelighed, som kan være associeret med fedme. Typen af fedme spiller nemlig en rolle for, hvilke komplikationer man ser. Den farlige form for fedme er karakteriseret ved lokalisering af fedtet på og i maven, hvilket viser sig ved en øget livvidde. Dette betegnes også som æbleform i modsætning til pæreform, hvor fedmen er lokaliseret mest på bagdelen og lårene. Derfor er en øget livvidde en vigtig indikator for graden af fedmens komplikationer. Er mænds livvidde større end 100 cm, er der stor risiko for udvikling af sukkersyge, højt blodtryk og for meget fedt i blodet – kaldet metabolisk syndrom (eller velfærdssyndromet). For kvinder er den tilsvarende livvidde 84 cm. Derfor bør alle læger være meget opmærksomme på livvidden – en meget billig test! Hvis livvidden er for høj, skal personerne have målt blodtryk og sukker- og fedtindholdet i blodet (blandt andet kolesterol) samt have vurderet deres risiko for hjertekarsygdomme.

Naturligvis er det vigtigst at forebygge fedmen, men det synes at være svært, da antallet af fede personer i Danmark stadig stiger og nu udgør ca. 10-20 % af voksenbefolkningen. Er man blevet fed, er det første tiltag i behandlingen naturligvis en afmagrende diæt og mere motion. Lykkedes det herigennem at tabe sig, forsvinder de nævnte komplikationer helt eller delvist, men i dag forbliver de fleste fede livet igennem – trods den klassiske behandling. Derfor står vi ofte med personer med problemer med sukkersyge (type 2 diabetes), højt blodtryk og åreforkalkning.

Da disse komplikationer medfører øget sygelighed og øget dødelighed, må vi naturligvis behandle dem. Dette er også muligt, idet vi har effektive lægemidler med få bivirkninger inden for dette område.

Gennem effektiv medicinsk behandling af det forhøjede blodsukker hos fede type 2 diabetikere, kan man reducere risikoen for både blindhed, nyresvigt og blodprop i hjertet. Ligesom den forventede livslængde kan øges. Når det gælder behandling af for højt blodtryk hos fede, vil effektiv medicinsk behandling – som ofte kræver flere forskellige lægemidler – forbedre livskvaliteten og øge livslængden. Det samme kan siges om behandling af især for meget kolesterol i blodet, hvor en sænkning ned mod det normale specielt vil medføre en reduktion af risikoen for udvikling af blodprop i både hjerte og hjerne og samtidig øge livskvaliteten. Det er således i dag muligt at behandle de alvorligste metaboliske komplikationer til fedme med medicin og derved afbøde konsekvenserne af de store og forkert placerede fedtdepoter. Det er naturligvis nødvendigt, hvis vægttabet ikke er tilstrækkeligt. Hvis det lykkes at reducere vægten med omkring 20 %, er risikoen for metaboliske komplikationer også væsentligt reduceret.

Da behandling af de metaboliske komplikationer til fede er meget dyr, er det naturligvis vigtigt, at behandlingen med medicin har vist sig at være kosteffektiv. Dette betyder, at man kan opnå en god livskvalitet gennem effektiv medicinsk behandling for de udgifter, som det ville have kostet at behandle komplikationerne, hvis den medicinske behandling ikke var blevet effektueret.

Et af problemerne er, som tidligere nævnt, at ikke alle - måske kun 1/3 - fede får disse komplikationer. Derfor kan man komme til at behandle personer, der ikke ville have udviklet komplikationerne. En bedre risikovurdering er derfor nødvendig.

Konklusion

Målet er at forebygge fedme og behandle fedmen effektivt med livsstilsændringer, hvis forebyggelse ikke lykkes. Imidlertid vil de fleste fede ikke lykkes med denne behandling. Derfor er det vigtigt, at de afledte metaboliske komplikationer, såsom sukkersyge, højt blodtryk og åreforkalkning kan behandles kosteffektivt med medicin.

Oplæg 9: Fedmeoperationer i Danmark

Af Jens Fromholt Larsen, Speciallæge. Privathospitalet Mølholm

Overvægt og fedme er blevet et af de største sundhedsproblemer i verden og har også ramt Danmark. Sundhedsstyrelsen definerer fedme som en tilstand, hvor mængden af fedt er forøget i en sådan grad, at det har konsekvenser for helbredet.

Risiko for udvikling af fedmerelaterede sygdomme, som type 2-diabetes og hjertekarsygdomme, afhænger af graden af overvægt: jo højere BMI, jo større risiko for følgesygdomme samt antallet af år, kroppen har været belastet af de ekstra kilo. Fedtfordelingen har også betydning for risiko for udvikling af følgesygdomme. Således er det mest farligt at have fedtet siddende i mavehulen – den såkaldte abdominal fedme, som er den typiske mandlige form for fedme, ”æbleformen”, i modsætning til den kvindelige form for fedme, ”pæreformen”, hvor fedtvævet mest sidder på hofte, sæde og lår.

Klassifikation	BMI kg/m ²	Risiko for følgesygdomme
Undervægt	< 18,5	
Normal vægt	18,5 – 24,9	Middel
Overvægt	25 – 29,9	Forhøjet
Fedme klasse I	30 – 34,9	Moderat forhøjet
Fedme klasse II	35 – 39,9	Svært forhøjet
Fedme klasse III	> 40	Meget svært forhøjet

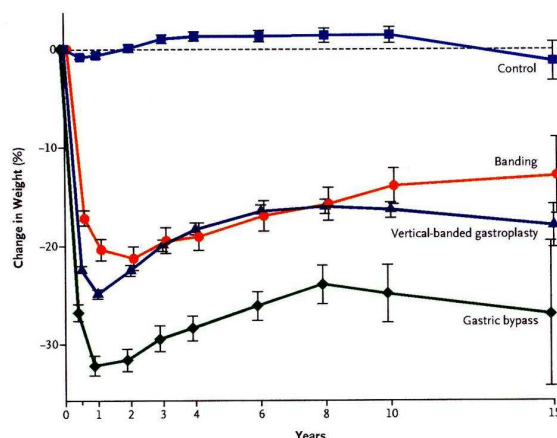
Kilde: The International Obesity Task Force/WHO

**BMI= Vægt i kg/(højde x højde)
i meter,**

**Eks. Vægt 130 kg, højde 1,70 m,
BMI= 130/1,70x1,70= 45**

Hvem tilbydes fedmekirurgi?

Fedmekirurgi tilbydes *udelukkende* personer med fedme klasse II og III, hvor konservative behandlingsmuligheder (kostomlægning, livsstilsændringer, tabletbehandling) er afprøvet uden varigt resultat. Sammenlignende studier har nemlig vist at det kun er kirurgi, som giver et permanent vægttab hos sygelig overvægtige personer.



No. Examined	2037	1768	1660	1553	1490	1281	982	886	190
Control	376	363	357	328	333	298	267	237	52
Banding	1369	1298	1244	1121	1086	1004	899	746	108
Vertical-banded gastroplasty	265	245	245	211	209	166	92	58	10
Gastric bypass									

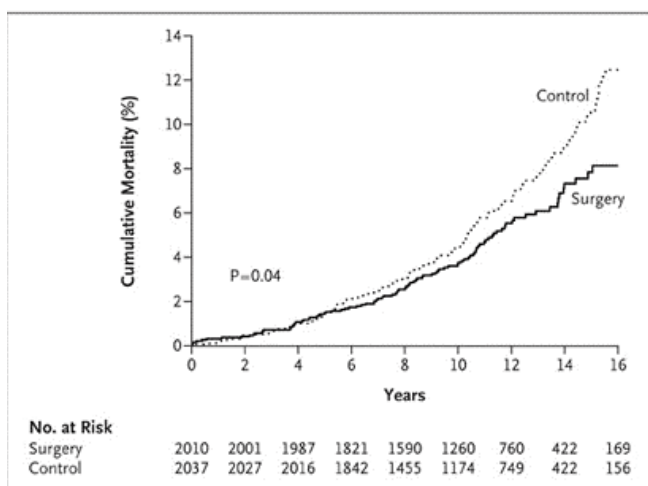
Swedish Obesity Study (SOS). Det mest citerede sammenlignende studie, med 2000 personer i hver gruppe, fulgt i mere end 10 år¹.

Kontrolgruppen (konservativ behandling) og den **kirurgiske gruppe** (Banding, Gastrisk bypass og gastroplastik)

Kontrolgruppen intet vægttab efter 10 år.

Banding 15% vægttab af udgangsvægt.

Bypass 25% vægttab af udgangsvægt.



No. at Risk	2010	2001	1987	1821	1590	1260	760	422	169
Surgery	2037	2027	2016	1842	1455	1174	749	422	156
Control									

Dødelighed efter gennemsnitlig 10 års opfølgning, SOS-studiet ²

Litteratur

¹ Sjöström L et al. N. Engl. Med. 2004;351:2683-2693

² Sjöström L et al. N.Engl. Med. 2007;357:741-752

Dødeligheden i kirurgigruppe og kontrolgruppen efter 10 års opfølgning.

30% lavere dødelighed i kirurgigruppen, sammenlignet med kontrolgruppen.
Dødsårsag *blodprop* i hjertet og *kræft*.
30 % færre *kræfttilfælde* i kirurgigruppen.

Sukkersyge type 2 forbedres hos 80-90 % efter kirurgi, som er signifikant bedre end medicinsk behandling.

Operationstyper:

Der findes en række forskellige fedmeoperationer, som kan opdeles på baggrund af virkningsmekanismen.

- Restriktive, hvor der etableres en mekanisk modstand som begrænser måltidernes størrelse
- Malabsorptive, hvor absorptionen af føden reduceres
- Kombination af restriktive og malabsorptive

Nationale kriterier for fedmekirurgi:

Fedmekirurgi er sidste led i en lang behandlingsrække, og følgende kriterier skal være opfyldt for at blive indstillet til operation:

- BMI > 40 kg/m² eller
- BMI > 35 med type 2-diabetes, hjerte-kar sygdomme
- Aldersgrænse: 18 – 60 (65) år.
- Varigt vægttab har ikke kunnet opnås ved konventionel ikke-kirurgiske behandling.

Organisatoriske forhold:

- Arbejdsgruppe nedsat 2004
- **Fedme Rapporten** officiel dec. 2005
 - 5 offentlige, 3 private centre (august 2006)
 - Højt specialiseret funktion
 - **krav:**
 - 100 operationer per center per år
 - 35 per kirurg
 - Standardiseret patientforløb
 - Fællesprotokol
 - Kvalitetsdatabase
- **MTV rapport** Kirurgisk behandling af svær overvægt ³.
 - Opdatere evidens om banding og bypass
 - Organisatoriske forhold
 - Økonomisk analyse
- **Fællesprotokol** for kirurgisk behandling af svær overvægt revideret 2008
 - Sikre ensartet patientforløb

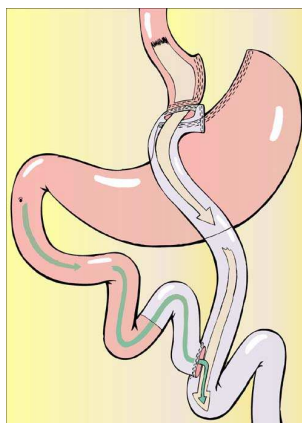
Konklusion MTV rapport:

Dokumenteret at kirurgi er en effektiv metode til behandling af fedme i forhold til konventionel behandling. Fedmekirurgi reducerer risiko for og forekomst af følgesygdomme. Patienter oplever større selvværd og accept efter vægttab.

³ www.sst.dk/mtv

Hvilke fedmeoperationer tilbydes i Danmark:

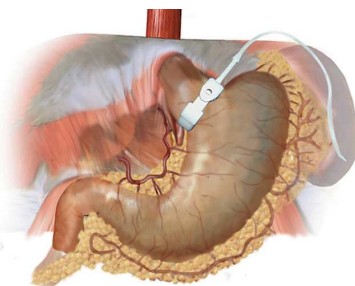
I Danmark tilbydes to operationstyper, laparoskopisk gastrisk bypass og laparoskopisk banding, hvor især *laparoskopisk gastrisk bypass* har vundet indpas pga. de gode resultater i form af et stort varigt vægttab, reduktion i de fedmerelaterede sygdomme (sukkersyge type II, forhøjet blodtryk, hjertekar sygdomme), høj patienttilfredshed, høj livskvalitet, relativt få komplikationer og bivirkninger.



Laparoskopisk gastrisk bypass. Mavesækken formindskes ved at forbi gåre mavesækken og den øverste del af tyndtarmen. Det medfører hurtig mæthed og nedsat optagelse af visse fødeemner. Der opnås et vægttab på 60-70 % af overvægten.

Virkningsmekanisme

- Begrænser fødeindtagelsen
- Begrænser fødevalget, idet sukker og fedt medfører ubehag, mavesmerter og svimmelhed
- Begrænser optagelse af visse fødeemner

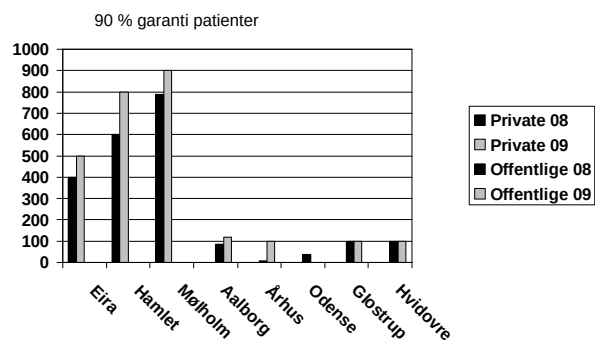


Laparoskopisk banding. Mavesækken afsnørres med et justerbart silikonebånd. Måltidets størrelse og hastigheden med hvilket de indtages begrænses. Båndet kan reguleres ved indsprøjtning af saltvand via en lille kapsel, som monteres i underhuden. Gastrisk banding kræver meget af patienterne, som skal være indstillet på at omlægge kostvanerne til hyppige små måltider. Overholdes de postoperative retningslinjer, kan patienterne forvente at tabe 40-50 % af overvægten.

Virkningsmekanisme

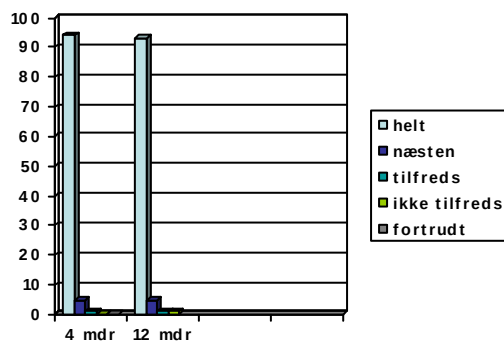
- Begrænser fødeindtagelsen.
- øger mæthedsfornemmelsen.

Fordeling af operationer i Danmark



- Private
- En enhed
 - Korte kommandoveje
 - Ingen akutte operationer
 - Højt volumen
 - Høj fleksibilitet

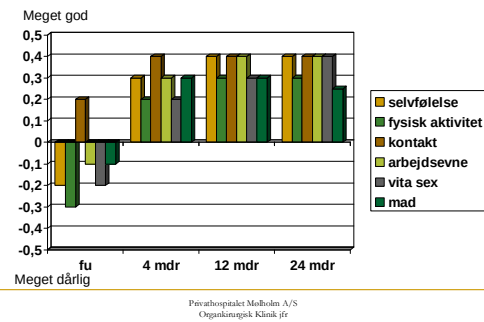
Patienttilfredshed efter gastrisk bypass operation⁴



⁴ Larsen JF. Privathospitalet Mølholm

Livskvalitet efter gastrisk bypass

Livskvalitet Moorehead



Konklusion fedmeoperationer i Danmark

Kirurgiske behandling er aktuelt den eneste behandling af svær fedme med dokumenteret stort permanent vægttab, gunstig effekt på følgesygdomme, livskvaliteten og overlevelsen. Hovedparten af fedmeoperationer i Danmark udføres i privat regi på få centre, som opfylder Sundhedsstyrelsens intentioner om centralisering af de specialiserede behandlinger.

Referencer

¹ Sjöström L et al. N. Engl. Med. 2004;351:2683-2693

¹ Sjöström L et al. N.Engl. Med. 2007;357:741-752

¹ www.sst.dk/mtv

¹ Larsen JF. Privathospitalet Mølholm

Oplæg 10: Bivirkninger ved fedmeoperationer

Af Jens Peter Kroustrup, Overlæge Aalborg Sygehus

1 Hvilke bivirkninger kan der være ved fedmeoperationer?

Bivirkningerne ved fedmeoperationer afhænger af hvilken operation og teknik der anvendes, både hvad angår de umiddelbare operative komplikationer, såvel som de kirurgiske og medicinske komplikationer som kan opstå senere i forløbet.

I Danmark udføres operationerne i overensstemmelse med den Nationale Fællesprotokol udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Her er specificeret en række tiltag der skal mindske antallet af komplikationer:

- Krav om medicinsk ekspertise til både sygehus, afdeling og kirurg.
- Operationerne udføres ved 'kikkertteknik' (laparoskopisk).
- Der er fastlagt et patientforløb som før operationen indebærer et vægttab på mindst 8 %, og en grundigt information om operationsfølger og symptomer ved bivirkninger.
- Krav om optimal behandling af fedme associerede sygdomme; sukkersyge og blodtryk
- Regel om ikke at tilbyde operation ved høj alder, tilstedeværelse af anden svær sygdom, ustabil psykisk eller mental tilstand.
- Kontrolforløb over 2 år for diagnostik og behandling af senere komplikationer.

Hverken komplikationer eller bivirkninger kan undgås helt, men da svært overvægtige har øget operativ komplikations risiko, findes det påkrævet at følge protokollen for at reducere den enkeltes risiko for at udvikle alvorlige bivirkninger og undgå dødsfald.

Komplikationer i form af vene blodprop, blødning og infektion kan optræde som ved alle andre operationer, men er formentlig mindre hyppig, på grund af det omfattende program før operationen.

Vedrørende de to mest anvendte operationstyper, *gastric banding* og *gastric bypass* (Fig.) er der forskel hvad angår komplikationer og bivirkninger

Ved *gastric banding* kan der opstå læsion på mavesækken, enten under operationen, men også senere, op til 10 år efter, kan båndet gnave sig ind i mavesækkens væg. Under båndet er der en ballon som bestemmer størrelsen af mavesæk forsnævringen, ballonen fyldes med væske fra et kammer som ligger i huden på bugvæggens forside. Hele regulerings systemet kan give anledning til bivirkninger, utætheder, infektioner eller fremmedlegme-reaktioner. På lang sigt kan der opstå forskydning af båndet, eller udvidelse af mave og spiserør i den overliggende del.

De mest hyppige, sene bivirkninger, er knyttet til selve måden båndet fungerer til at give vægttab, idet forhindring af normal passage kan give fødeintolerans i form af opkastninger, eller at visse fødeemner helt undgås. Desværre

iagttages ofte at kostvanerne ændres til fødeemner der giver færre gener, mere sød og fed mad, med det resultat at vægttabet ikke holder.

Ved *gastric bypass* foretages mere gennemgribende ændringer af mave-tarm kanalens normale anatomi og funktion. Der er i alt 3 'åbninger', hvoraf de 2 kan give anledning til både lækage og forsnævninger. Disse komplikationer er ledsaget af karakteristiske symptomer, og kan som regel nemt korrigeres. En hyppig bivirkning er mavesår i området ved den øverste sammensyning, som i en del tilfælde kræver langvarig medicinsk behandling. Den mest alvorlige bivirkning, som i enkelte tilfælde er fatal, er tarmslyng opstået i et indvendigt brok, eller som en følge af en forstyrret normal bevægelse af tarmen.

De ernæringsmæssige bivirkninger er mangel på vitaminer og mineraler, idet den del af tyndtarm hvor vigtige næringsstoffer optages, bliver aflukket ved operationen. Betydningen af de forskellige, mulige mangeltilstande er først nu ved at blive undersøgt, men utvivlsomt er der en del patienter som ikke tager de anbefalede vitamin- og mineraltilskud, og som på lang sigt udvikler mangelsygdomme. Et andet endnu uafklaret område er, hvilken betydning det har for diagnostik og behandling af sygdomme i mavesæk, tolvfingertarm, galde og bugspytkirtel, at området er blindlukket. En anden type bivirkninger hænger sammen med det opnåede vægttab, idet en bypass operation i gennemsnit giver et vægttab på 50 kg, vil mange have gener af løsthængende skin og hudlapper især over mave og bryst, men også på arme og ben, resten af kroppen og halsen.

2 Hvad er omkostningerne forbundet med disse bivirkninger?

De mest omkostningstunge bivirkninger er komplikationer der skyldes lækage fra mave-tarmsystemet. Det kan indtræffe ved *gastric banding* operationen, men er mere hyppig ved *gastric bypass*. Det karakteristiske indlæggelses forløb strækker sig over flere uger, hvoraf en betragtelig del finder sted på intensivafdelingen, resten på en højt specialiseret kirurgisk afdeling, ofte med behov for gentagne maveoperationer, enten åben eller ved kikkerteknik. Der findes ingen samlet opgørelse over udgifterne, men de involverede afdelinger oplyser samstemmende et stigende problem gennem de senere år, i takt med at antallet af fedmeoperationer stiger.

Vedrørende behov for plastikkirurgisk korrektion efter stort vægttab efter fedmeoperation vil det utvivlsomt stige voldsomt gennem de næste år. Hvad angår omkostninger er det af endnu større betydning, idet de kirurgiske komplikationer tælles i promiller af de opererede, mens antallet af patienter der ønsker plastikkirurgisk korrektion formentlig ligger på 25-40 %.

3 Hvordan er kvaliteten af de fedmeoperationer der tilbydes i dag?

Der er ingen direkte sammenligninger mellem de forskellige typer af operation, men siden 2007 har *gastric bypass* været den foretrukne operation i Danmark. Den Nationale Fællesprotokol er i overensstemmelse med de internationale standarder, og sikrer et ensartet forløb på de forskellige afdelinger, og en database med oplysninger om de enkelte forløb er under udarbejdelse.

Patient tilfredsheden målt ved spørgeskema undersøgelser ligger forbavsende højt, således er det første år efter operationen 92 % meget eller særdeles godt tilfreds med resultatet. De sidste 8 % synes vægttabet har været enten for lille eller for stort, eller der har været gener, bivirkninger eller komplikationer til indgrebet. Succesraten er dog særdeles høj sammenlignet med andre tilbud indenfor sundhedssektoren, hvilket afspejles i den meget store

efterspørgsel på fedmeoperationer.

4 Er der en særlig problematik i forhold til danskere der lader sig operere mod fedme i udlandet?

Den Nationale Fællesprotokol sikrer en ensartet patientudvælgelse til fedmekirurgi. Der er imidlertid en del patienter som har fået foretaget operation i udlandet, skønsmæssigt 100 – 300 om året. Det er forståeligt i det omfang begrundelsen er manglende kapacitet i Danmark, hvis ventetiden findes urimelig lang, eller der er problemer med at komme frem til en specialafdeling.

Men det er problematisk når begrundelsen er en omgåelse af kriterierne i fællesprotokollen.

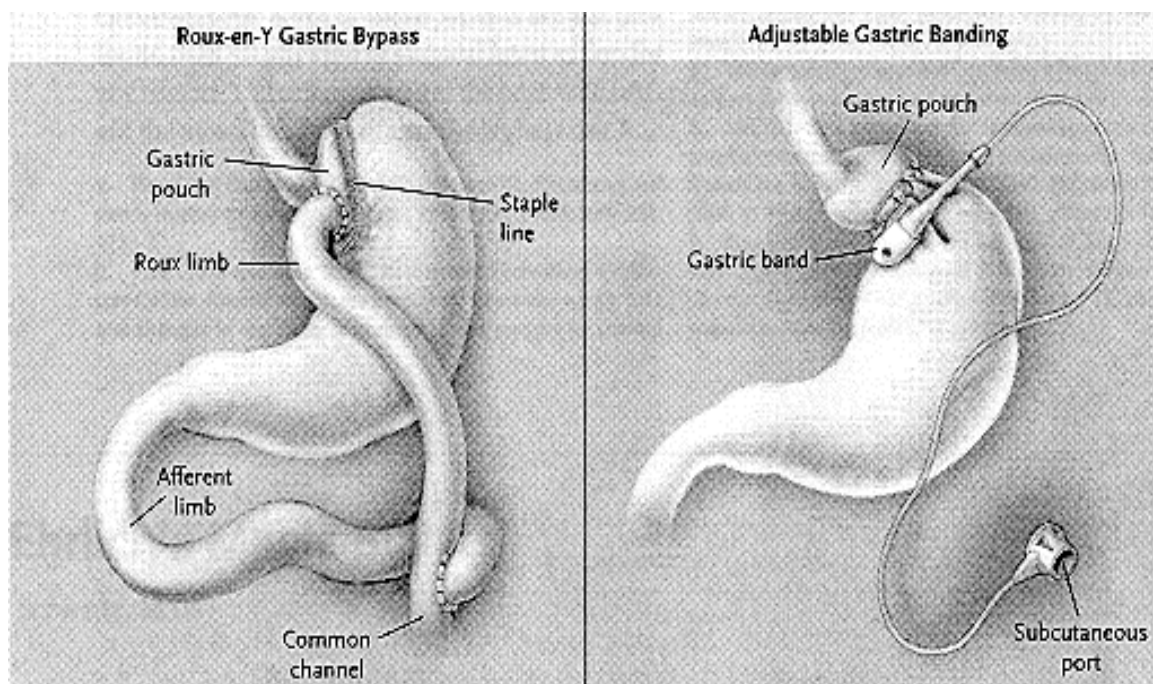
Kriterierne er valgt med baggrund i undersøgelser der viser større risiko ved operation på ældre eller ved tilstedeværelse af anden alvorlig sygdom. Der er også dokumentation for den gunstige effekt af et vægttab før operationen, og vedrørende kriteriet om psykiske og mentale tilstand, må det anses for god lægepraksis, ikke at udføre indgrebet på patienter der ikke kan medvirke til de nødvendige efterfølgende kost- og livsstilsændringer.

Der er desværre ingen overblik over hvilke udenlandske klinikker der opfylder de internationale standarder.

Vedrørende komplikationer, bivirkninger og efterkontrol er der ingen regler, vi har desværre set en del patienter som ikke har fået den mest basale information om indgrebet.

Gastric Bypass

Gastric Banding



Oplæg 11: Kirurgisk behandling eller konventionel behandling – hvad kan bedst betale sig?

Af Betina Højgaard, Sundhedsøkonom, DSI

Fedmeoperationer er et behandlingstilbud til de sværest overvægtige (klasse II og III overvægt). I Danmark tilbydes to typer fedmeoperationer: Gastric banding og -bypass. For læsevenlighedens skyld vil de efterfølgende blot blive kaldt banding og bypass.

På grund af manglende data er det ikke muligt at sige præcist hvor mange danskere, der opfylder kriterierne for fedmeoperation. De nyeste data viser, at 21,4 % af befolkningen i alderen 18-70 år er svært overvægtige ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$), dvs. flere end 800.000 danskere. Dansk selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi skønner, at over 25.000 af danskere i dag opfylder kriterierne for operation.

Kraftig stigning i antallet af fedmeoperationer

Antallet af fedmekirurgiske indgreb har været stærkt stigende de senere år fra 80 operationer i 2004 til 1.830 operationer i 2008 (tabel 1). Langt størstedelen af operationerne foretages i dag af private aktører, 87 % i 2008 mod 5 % i 2004. Det er primært det offentlige, der finansierer de privat udførte operationer.

Tabel 1: Udviklingen i fedmeoperationer i perioden 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Offentligt sygehus	76	212	333	485	247
Privat sygehus	4	68	247	770	1.583
I alt	80	280	580	1.255	1.830

Kilde: Ugeskrift for læger (2009) 171(19):1590-1593.

Omkostningerne er ikke kun operationsprisen, men også omkostningerne til før- og efterforløbet

Sundhedsstyrelsens DRG-takst for banding eller bypass er den samme - 49.030 kr. (2009-pris), mens det offentliges afregningstakst til privathospitalet for en fedmeoperation er noget højere, idet de får omkring 80.000 kr. pr. operation. De nævnte takster indbefatter kun de omkostninger, der er forbundet med selve operationen og den dertilhørende indlæggelse. Hertil skal lægges omkostningerne i forbindelse med det præ- og postoperative forløb, idet den kirurgiske behandling af fedme ikke kan ses som et isoleret kirurgisk indgreb, men i stedet som et længere sammenhængende forløb med fokus på det præ- og postoperative forløb, der har stor betydning for resultatet af operationen.

Det præoperative forløb består, foruden af selve visitationen, af en forundersøgelse ved mediciner og diætist, vægtkontrolbesøg/kontakt til diætist i form af enten telefonisk eller personlig kontakt samt foretagelse af laparoskopi og gastroskopi mv. af en del af patienterne. Det postoperative forløb består af

kontrolbesøg hos læge, kontakt med diætist, justering af bånd (gælder kun for banding patienterne) samt evt. plastiskkirurgisk indgreb, hvor overflødig hud fjernes.

I Sundhedsstyrelsens MTV om kirurgisk behandling af svær overvægt fra 2007 blev de præ- og post operative omkostninger estimeret til tilsammen at være på henholdsvis 11.881 og 15.721 kr. for bypass og banding. Omkostninger er baseret på den praksis, der var i 2007, og vil derfor ændres, hvis organiseringen af det præ- og postoperative forløb ændres. Herudover indgik omkostninger til evt. plastiskkirurgisk indgreb ikke i beregningerne.

En hyppig konsekvens af et stort vægttab, som fx i forbindelse med en fedmeoperation, er overskydende løs hud. Foruden at være et kosmetisk problem kan den overskydende hud give funktionelle gener, eksempelvis i form af eksem og svamp mellem de overskydende hudlag. Dansk selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi skønner, at der i 2008 blev henvist ca. 800 personer til de offentlige plastikkirurgiske afdelinger med følger efter et stort vægttab. Det må antages kun at være toppen af isbjerget, vi indtil videre har set, idet behovet for plastiskkirurgisk indgreb typisk først opstår 2-3 år efter fedmeoperationen.

Der pågår i disse år i en arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi et udviklingsarbejde i forhold til afklaring af operationsindikation og valg af operationsprocedure. Det vil sige, hvilke indgreb der er indikation for at foretage pga. funktionelle behov, og som det offentlige bør tilbyde, og hvilke der har karakter af et kosmetisk indgreb, og som det offentlige derfor ikke bør finansiere.

Tabel 2: Skønnede operationstider og indlæggelsesdage samt takster pr. diagnoserelaterede gruppe (DRG) for typiske korrektive indgreb efter fedmeoperationer.

Procedure	Operationstid (timer)	Indlæggelsesdage	DRG-sats (kr.)
Gastrisk bypass	2,0	2	49.520
Mastopeksi	2,5	2	32.326
Abdominalplastik	2,5	4	41.911
Brakioplastik (arme)	2,0	2	41.911
Lår	2,5	2	26.320
Gluteat/lower body	5,0	4	26.320
Upper body	5,0	4	26.320
I alt plastikkirurgi	19,5	18	195.108

Kilde: Ugeskrift for læger (2009) 171(13):1070.

De plastikkirurgiske indgreb, der foretages på fedmeopererede patienter, er forholdsvis komplekse, idet der ofte er behov for at flere sammenhængende regioner korrigeres samtidigt. Operationerne er ligeledes forbundet med øget frekvens af komplikationer så som dårlig heling og vævsdød (vævsnekrose). Der er således tale om ressourcetunge operationer. Nøjagtig hvor mange ressourcer og dermed omkostninger, der er forbundet med at udføre de plastikkirurgiske operationer, er svært at udtale sig om, før Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi har færdiggjort udarbejdelsen af kriterierne for plastikkirurgiske operationer. Da der først herefter vil blive udarbejdet specifikke DRG-takster for den postbariatriske fedmekirurgi. Tabel 2 giver imidlertid et overblik over de nuværende DRG-takster for typiske korrektive indgreb efter fedmeoperationer.

Der er allerede i dag kapacitetsproblemer inden for det plastikkirurgiske område. Den kraftige stigning igennem de senere år af fedmeoperationer og

hudkræft operationer som følge af kræftplanerne mv. må forventes at sætte plastikkirurgiområdet under endnu større pres i de kommende år. Manglen på plastikkirurger vil medføre, at omkostningerne ved plastikkirurgi vil blive endnu højere, hvor meget højere er svær at spå om.

Samlet set må det konkluderes, at det på nuværende tidspunkt ikke er muligt at give et eksakt estimat for de direkte sundhedsrelaterede omkostninger ved fedmekirurgi. Det vigtige budskab er her, at omkostningerne ikke kun er operationsprisen, men også omkostningerne til før- og efterforløbet

De samfundsøkonomiske omkostninger ved fedmekirurgi

Ud fra en samfundsøkonomisk betragtning er det ikke kun de direkte sundhedsrelaterede omkostninger, der er interessante, men i stedet er det interessant at se på de samlede udgifter og gevinster, der er for samfundet ved en fedmeoperation. Det vil sige om omkostningerne ved selve operationen, reoperationer og komplikationer på lang sigt, opvejes af de gevinster der er i form af reduceret omkostninger til følgesygdomme til fedme (fx sukkersyge og forhøjet blodtryk).

Der foreligger ingen danske eller udenlandske samfundsøkonomiske analyser vedrørende udgifter og gevinster af fedmeoperationer. Den foreliggende økonomiske litteratur på området er således begrænset til udenlandske studier, som typisk kun har koncentreret sig om én enkelt afledt omkostningskomponent. Litteraturen er endvidere i mange tilfælde metodisk mangelfuld.

Mange af de kortsigtede studier indikerer, at fedmeoperationers påvirkning på afledte omkostningskomponenter, fx receptpligtig medicin og hospital-sindlægsgelse, medfører en reduktion i forbruget af disse og dermed en omkostningsbesparelse, der i nogle tilfælde er af et størrelsesomfang, der opvejer operationsomkostninger. Den manglende viden om effekterne på lang sigt, herunder behovet for konverteringer og revisioner, samt manglende viden om de direkte sundhedsrelaterede omkostninger, gør det imidlertid ikke muligt at give et fuldendt billede af de reelle effekter og omkostninger for samfundet. For praktisk formål kan man imidlertid benytte følgende tommelfingerregel: Hvis interventionen virker – også på lang sigt – så er det med stor sandsynlighed omkostningseffektivt for samfundet, at indføre den.

Hvilken type behandling kan bedst betale sig – konventionel eller kirurgisk behandling?

Farmakologisk behandling og livsstilsinterventioner i form af ændring af kost og/eller motionsvaner er i princippet alternativer til fedmeoperationer. Idet et reduceret indtag af kalorier og/eller øget forbrænding vil bevirke en vægtreduktion. Litteraturen viser imidlertid at livsstilsændringer med og uden farmakologisk behandling hidtil ikke har formået at opnå større længerevarende vægttab (dvs. mere end ét år). Årsagen hertil er, at det er svært for folk at opretholde deres livsstilsændring over tid. Livsstilsændringer med og uden farmakologisk behandling må derfor overordnet vurderes at have en forholdsvis begrænset effekt på opnåelse af blivende vægttab.

Fedmeoperationer er dermed den eneste dokumenterede måde at opnå et varigt vægttab på. Effekten af fedmeoperationer er forholdsvis stor, og det tyder på, at effekten opretholdes over tid. Det svenske SOS-studie (Swedish Obese Subjects studie) finder således efter 15 år et vægttab på omkring 30 % for bypass patienterne og 13 % for banding patienterne.⁵

⁵ I SOS-studiet er størstedelen af de fedmekirurgiske indgreb vertikal banded gasroplasty, mens kun en mindre del udgøres af gastric banding og bypass. Det er ikke til at sige, hvordan ændringen i operationsteknik vil påvirke effekten.

Der findes ikke danske omkostningseffektivitetsanalyser, der har sammenlignet fedmeoperationer med konventionel behandling. På grund af forskelle i behandlingspraksis og omkostninger kan udenlandske økonomiske analyser ikke direkte overføres til danske forhold, men de kan dog give et vist fingerpeg om forholdet mellem omkostninger og effekter.

De økonomiske evalueringer, der er foretaget, er generelt begrænset af, at der mangler sikker viden om langtidseffekterne af fedmeoperationer i forhold til størrelsesordenen af det vedvarende vægttab, behovet for revisioner og konverteringer. I en nylig MTV fra England er der foretaget den hidtil grundigste og metodisk mest korrekte økonomiske evaluering af fedmeoperationer sammenlignet med konventionel behandling. Ifølge analysen koster fedmeoperationer sammenlignet med konventionel behandling af personer med en BMI > 40 kg/m² mellem 1.897 £ og 4.127 £ ekstra per ekstra kvalitetsjusterede leveår (QALY)⁶ (pessimistisk henholdsvis optimistisk scenarie). I deres følsomhedsanalyser overskrider omkostningerne pr. ekstra QALY på intet tidspunkt 10.000 £. Sammenlignet med andre interventioner, der er indført i sundhedsvæsenet, er prisen pr. QALY forholdsvis lav, og ud fra denne betragtning må fedmeoperationer sammenlignet med konventionel behandling vurderes at være omkostningseffektiv.

Konklusion

Fedmeoperationer er den eneste dokumenterede måde, at opnå varige vægttab på.

Omkostningerne ved fedmeoperationer er ikke kun operationsprisen, men også omkostningerne til før- og efterforløbet. Størrelsesomfanget af disse er ukendte. Dels afregnes det offentlige og private med to forskellige takster, dels mangler der viden om det reelle ressourceforbrug i forbindelse med de efterfølgende plastikkirurgiske indgreb.

Omkring 25.000 danskere opfylder kriterierne for operation. Så det kan blive dyrt på kortsigt at operere alle. Hvor vidt disse omkostninger på lang sigt opvejes af gevinsterne i form af reduceret behandlingsomkostninger til fedmerelaterede sygdomme vides endnu ikke med sikkerhed.

De hidtidige analyser indikerer, at fedmeoperationer sammenlignet med konventionel behandling er en omkostningseffektiv indsats. Dette skal blandt andet ses i lyset af, at effekten af konventionel behandling er meget beskeden.

⁶ QALY er et effektmål der på samme tid opfanger levetids- og livskvalitetskonsekvenser. Målet tager dermed højde for at interventioner i sundhedsvæsenet ud over at have en livsforlængende effekt også kan påvirke livskvaliteten.

Referencer

- Birkedal Christensen, K (2009): Hver femte dansker er for fed. Ugebrevet A4 10/16. marts. Udskrevet d. 1. 10. 2009 fra http://www.ugebreveta4.dk/2009/200910/Baggrundanalyse/Hver_femte_dansker_er_for_fed.aspx.
- Craig BM, Tseng DS (2002): Cost-effectiveness of gastric bpass for severe obesity. Am J Med; 113:491-8.
- Funch-Jensen P, Iversen MG og Kehlet H (2008): Fedmekirurgi i Danmark – er vi på rette vej? Ugeskrift for Læger 168/50 side 4128-4130.
- Jensen C, Flum DR (2005): The costs of nonsurgical and surgical weight loss interventions: is an ounce of prevention really worth a pond of cure? Surg Obes Related Dis; 1(3):353-7.
- Kehlet H, Hindsø K og Iversen MG (2009): Udvikling og afregningsmønster for kirurgi i privat og offentligt sygehusregi i Danmark 2004-2008. Ugeskrift for Læger 171/19 side 1590-1593.
- Lock-Andersen J og Matzen SH(2009): Plastikkirurgisk korrektion efter excessivt vægttab. Ugeskrift for Læger; 117(13):1070.
- Neovius M og Narbro K (2008): cost-effectiveness of pharmacological anti-obesity treatments; s systematic review. Internation Journal of Obesit; 32: 1752-1763.
- Olesen SC, Hansen DL, Almdal T, Bendtsen F, Nordgaard I, Hvolris LE, Holst JJ, Naver L og Madsbad S (2009): Kirurgisk behandling af type 2-diabetes. Ugeskrift for læger; 17(8): 615-617.
- Picot J, Jones J, Colquitt JL, Gospodarevskaya E, Loveman E, Baxter L og Clegg AJ (2009): The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. Heaæth Technology Assessment 2009; Vol. 13: No. 41.
- Salem L, Devlin A, Sullivan SD, Flum DR (2008): cost-effectiveness analysis of laparoscopic gastric bypass, adjustable gastric banding, and nonoperative weight loss interventions. Surg Obes related Dis; 4(1).
- Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. Medicinsk Teknologivurdering 2003, 5(1).
- Sundhedsstyrelsen (2007): Kirurgisk behandling af svær overvægt – en medicinsk teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering 2007; 9(3).

Oplæg 12: Monitorering af udviklingen indenfor fedme

Af Carsten Obel, Praktiserende læge samt Lektor, Institut for Folkesundhed, Århus Universitet

Hvad er monitorering?

Monitorerings stammer etymologisk fra det latinske *monēre*: at advare (det er "noget eller nogen, der advarer, en overseer). Danmark og Finland er blandt de lande hvor børn bliver målt og vejede mange gange gennem barndommen og med mulighed for kobling til andre registre med informationer om sundhedsmæssige- og sociale forhold vil effektiv monitorering af vækstmaal kunne bidrage på flere planer i relation til forebyggelse af overvægt.

De fleste danske børn født gennem de sidste 50 år er blevet vejede og længemålt ved fødslen, flere gange det første leveår af både sundhedsplejerske og egen læge, herefter årligt fra 1-5 år af egen læge. I skolealderen er mange også blevet målt årligt, men aktuelt er der kun rutinemæssigt en indskolings- eventuelt en midtskoleundersøgelse samt en udskolingsundersøgelse, som foretages af en sundhedsplejerske eller kommunallæge. Formålet med disse målinger har traditionelt været at følge om barnet vokser som forventet, dvs. følger en given vækstkurve, først de senere år har der været et vist fokus på disse målingers anvendelse til at identificere overvægt. Denne monitorering på individ niveau er ikke normalt hvad man forstår ved monitorering.

Ved monitorering forstås normalt at målene indgår i statistik på skole, kommune, regions eller nationalt niveau og tjener til at følge den tidsmæssige udvikling, udvikling i den regionale, etniske eller sociale fordeling. Et godt monitoreringssystem kan i kombination med andre registrere bidrage til forståelse af årsagssammenhænge og eventuelt evaluering af regionale eller nationale interventioner.

Det er vanskeligt at vurdere et monitorerings program for overvægt uden at overveje hvordan det fungerer som monitorering på det individuelle plan og dermed om der ligger et potentiale for udvikling af screening for overvægt. Indsamling af relevante data til monitorering af børns vækst foregår i en klinisk situation dvs. i forbindelse med læge eller sundhedsplejerske kontakt, hvor det både er rationelt i forhold til at udvikle de forebyggende indsatser og den professionelle diagnostik.

Hvordan måles overvægt?

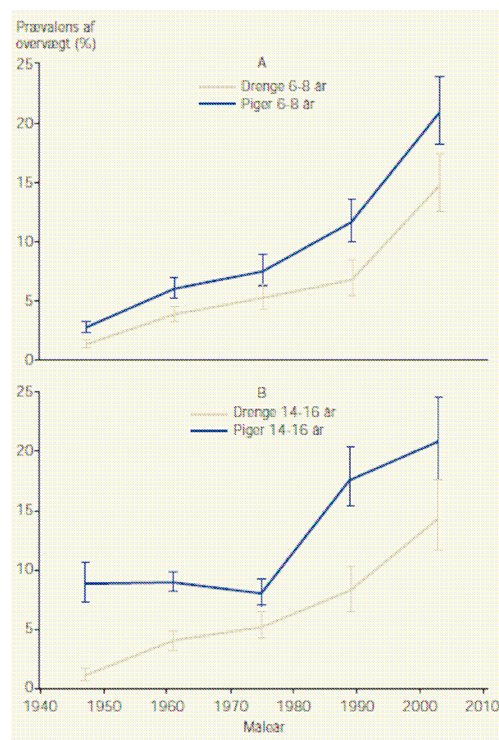
I de fleste lande monitoreres udviklingen i overvægt ved anvendelse af det såkaldte Body Mass Index (BMI), vægten divideret med kvadratet på højden (kg/m^2). Dette mål blev beskrevet allerede i 1832 af den belgiske astronom og matematiker Adophe Quetelet, men vandt først udbredelse 100 år senere i 1940'erne da man begyndte at interessere sig for sammenhængen mellem overvægt og hjertekarsygdom.

Hos voksne er det enkelt at definere overvægt og fedme ud fra BMI (et BMI på henholdsvis 25 og 30 kg/m^2). Hos børn er dette mere kompliceret og disse

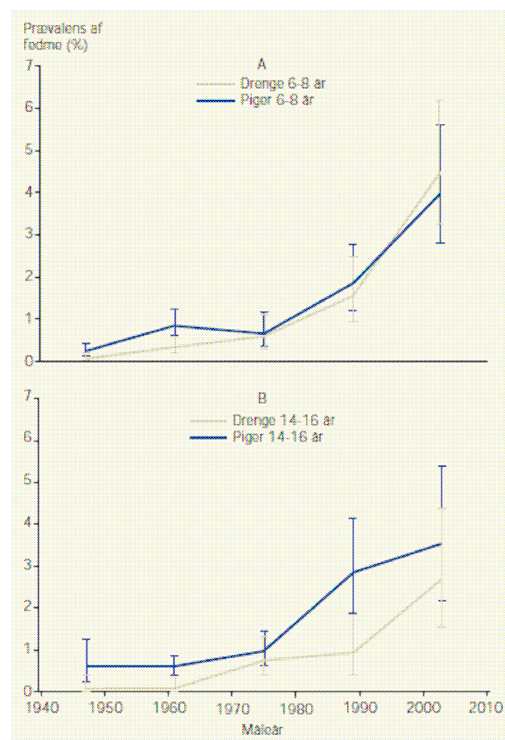
grænser varierer afhængig af barnets alder. BMI er let at måle men har sin begrænsning i forhold til at identificere den type overvægt, som er mest relevant for sundheden. Derfor skal man nøje overveje hvordan det anvendes i kontakten med den enkelte borger/patient hvor der i højere grad bør lægges vægt på det kliniske skøn. Klinisk men måske også i relation til monitorering er taljemål formodentlig et mere relevant mål i det taljemål giver et bedre indtryk af mængden af fedt omkring tarmene, den type overvægt der primært synes af sundhedsmæssig relevans. Der er aktuelt ikke nogen internationale eller danske reference kurver som inkluderer taljemål og disse varierer meget mellem de forskellige racer. Til gengæld har taljemålet divideret med højden i forhold til den individuelle monitorering samt screening især hos børn en fordel ved at være enkelt at fortolke og relativt aldersafhængigt. Et talje/højde mål på mere end 0.5 både hos voksne og børn synes at kunne identificere de patienter som er ved at udvikle sundhedsskadelig overvægt.

Hvilken monitorering af udviklingen af fedme i den danske befolkning har vi i dag?

Allerede før det blev almindeligt at bruge BMI målte man i Danmark højde og vægt rutinemæssigt. Da man i 1907 i Nakskov startede med at måle højde og vægt blandt skolebørn var formålet at identificere 'svagelige børn'. Skolelægeundersøgelserne bredte sig herefter til resten af landet men disse tidlige mål er så vidt vides ikke i dag tilgængelige. Til gengæld har vi på grund af Institut for Sygdomsforebyggelse i Region Hovedstaden kunnet beskrive udviklingen helt tilbage fra 1930-40'erne da mål fra skolelæge undersøgelserne i Københavns Kommune er blevet gemt og overført til elektronisk form (figur 1).



Figur 1. Prævalens af overvægt ved indskoling (A) og udskoling (B).



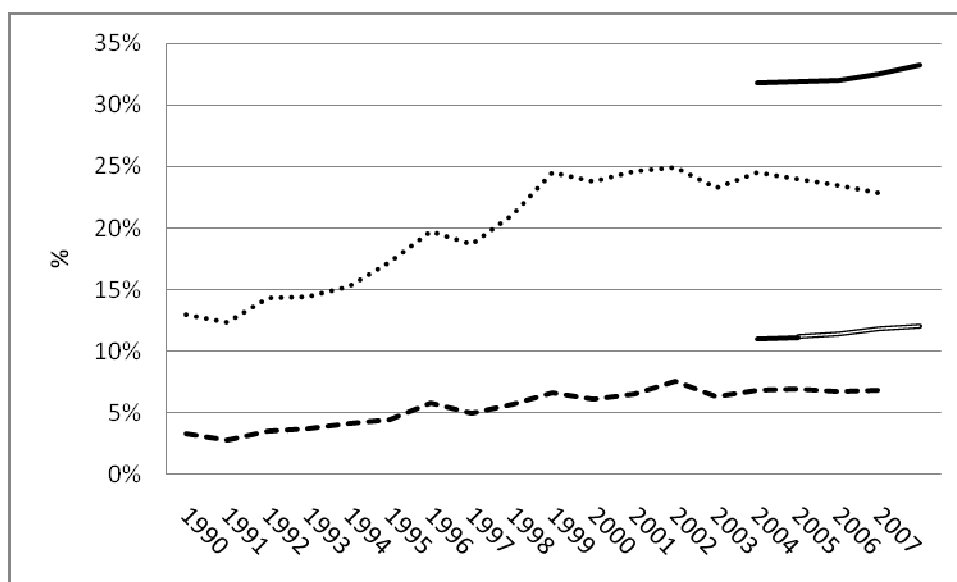
Figur 2. Prævalens af fedme ved indskoling (A) og udskoling (B).

Figur 1. Udviklingen i overvægt blandt skolebørn i Københavns kommune (Kilde: Pearson et al. Ugeskr Læger 2005; 167: 158-62)

Indskolingsundersøgelsen har den store fordel i relation til monitorering at den omfatter begge køn og nok er den rutinemæssige måling som har bredest tilslutning og dermed mest fuldstændigt dækker de enkelte fødselsår-gange. Førskolebørn er siden sidst i 1940'erne også blevet målt hos deres egen læge, men her er tilslutningen ikke så fuldstændig og da frafaldet er skævt socialt og etnisk giver disses målinger ikke et så godt et billede af udviklingen i hele befolkningen. Til gengæld har alle praktiserende læger i dag en elektronisk patientjournal og allerede for 10 år siden var dette tilfældet for 70 %'s vedkommende, hvilket giver mulighed for relativt nemt at anvende disse data i monitorerings og forskningsøjemed. Et projekt med dette formål er aktuelt under etablering i et samarbejde mellem Institut for Folkesundhed, Århus Universitet og de tre største leverandører af elektroniske patientjournalssystemer Novax, Medwin og Profdoc.

Fremtidige målinger i forbindelse med de rutinemæssige undersøgelser gennem barndommen vil endvidere kunne bidrage til at monitorere den videre udvikling i forekomsten af overvægt blandt danske børn. Kommunernes landsforening og Sundhedsstyrelsen har sammen med de faglige selskaber siden 2007 arbejdet på at en central børnedatabase som samler data om barnets BMI, passiv rygning i det første leveår samt amning. Denne dataindsamling er officielt igangsat i foråret 2009, i første omgang som frivillig indberetning. Det er planen at dette efterhånden skal blive obligatorisk hvorfor der på længere sigt kan forventes at vi får fortløbende data på alle børn der undersøges.

En del danske praktiserende læger er tilsluttet datafangstmodulet 'Sentinel', som leverer data til den almen medicinske database (DAMD). Aktuelt indsamles data fra 100 praksis, men det er planen at alle praksis i Danmark med tiden skal tilsluttes dette system. Heri ligger et potentiale for en tæt monitorering af de metaboliske følger af overvægt.



Figur 2. Overvægt blandt gravide i Århus og hele landet. De to korte kurver viser fra oven forekomsten af fedme henholdsvis overvægt blandt alle landets gravide. Den prikkede linie viser andelen af overvægtige født i Århus i perioden, mens den stiplede angiver andelen med svær overvægt(fedme). Som det fremgår synes udviklingen i Århus ikke at afspejle udviklingen i hele landet særlig præcist

Som voksen måles man i Danmark kun rutinemæssigt som rask mand, i forbindelse med session og som kvinde kun som gravid. Da omkring 15% af danske mænd af helbredsmæssige årsager ikke kommer til session og ikke alle kvinder bliver gravide afspejler disse tal kun udviklingen i en udvalgt del af befolkningen. Trods denne begrænsning rummer disse målinger pt. vores bedste mulighed for at følge udviklingen af overvægt i den voksne danske befolkning. Den før-gravide BMI har været rutinemæssigt indsamlet i den Århusianske Fødselskohorte fra 1990 og indgår fra 2005 i det medicinske fødsels register (MFR). Som det fremgår af figur 2 synes forekomsten af overvægt at være noget mindre i Århus, hvilket understøtter vigtigheden af at indsamle data bredt uden geografisk eller social skævhed, hvis de skal give et reelt billede af forekomsten i landet.

Sessions oplysninger har været anvendt forskningsmæssigt fra forskellige tidsperioder og man har siden 2006 anvendt elektronisk journal som vil give mulighed for at monitorere udviklingen i fremtiden.

Der findes i Danmark en række andre potentialer for at følge udviklingen i faktorer som er relevant for fedmeudviklingen. I 2002 etableredes børnedatabasen 'Børns Sundhed', som administreres af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Glostrup og i dag omfatter 14 danske kommuner heraf 12 i Region Hovedstaden. Der indsamles blandt andet data om højde, vægt og ernæring fra spædbarnsalderen samt fra 2007 også disse mål ved indskolingsundersøgelsen. Information om kostforhold indsamles i de tilfælde hvor sundhedsplejersken vurderer at der er problemer på disse områder. De enkelte kommuner, som er tilsluttet mod betaling og modtager hvert år en rapport.

Et andet initiativ, skolesundhed.dk, som er støttet af Trygfonden har fokus på de rutinemæssige skoleundersøgelser og her indsamles udover højde og vægt endvidere taljemål. Alle forældre bedes forud for indskolingsundersøgelsen om via internetadressen www.skolesundhed.dk at besvare spørgsmål blandt andet om kost og fysisk aktivitet. Der er tale om et klinisk udviklingsprojekt som skal kunne give hjælp blandt andet til diagnose af overvægt. Efter at have undersøgt klassen kan der blandt andet umiddelbart genereres en grafisk statistik om klassens kost og fysiske aktivitet, som kan sammenlignes med resten af skolen eller hele kommunen og kan anvendes sundhedspædagogisk. Det er gratis for kommunerne at deltage.

Motions- og ernæringsrådet udgav i 2008 rapporten 'Monitorering af forekomsten af fedme'. Her anbefaler man at støtte de her nævnte initiativer på børneområdet. Her kan også findes uddybende oplysninger om vores muligheder for at monitorere udviklingen i overvægt i Danmark.

Hvordan kan monitorering bidrage til bedre forebyggelse af fedme?

De ovennævnte monitoreringsmuligheder i Danmark kan på flere niveauer bidrage til en bedre forebyggelse af overvægt i fremtiden.

- o Ved kobling til data fra andre registre er det muligt at øge forståelsen af betydningen af regionale, sociale, samt forhold under graviditet og fødsel
 - o Sammenligning med andre lande, som har lignende monitorering. Der er både i WHO regi og under det programmer under Nordisk ministerråd etableret samarbejder, som stiller mod at koordinere ad hoc dataindsamling og systematisk monitorering på området.
- o Evaluering af lokale og nationale indsatser til forebyggelse af overvægt (eksempler)

- o Kommunalt forankrede projekter: der er de sidste år etableret en del kommunale projekter med støtte fra regeringens SATS pulje. Det er i dag vanskeligt at vurdere disse projekter. En systematisk monitorering af BMI, taljemål og evt. kost og fysisk aktivitet ville have øget mulighederne for at evaluere effekten af disse tiltag
- o Brede indsatser på skoler: Rockwoolfonden har fra 2009 i forbindelse med deres sundskolenet initiativ tilbudt alle danske skoler at skolens børn kan få målt deres fysiske form årligt. Aktuelt har 147 skoler meldt sig og fonden vurderer at der er cirka 70.000 børn med i projektet. Der er tale om en indsats, som består i målinger foretaget af børn, lærere og forældre. En evaluering af denne indsats bør foretages af en ikke involveret og den mest oplagte vil være skolens læge eller sundhedsplejerske.
- o Effekten af mere nationale politiske tiltag såsom øget afgift på sodavand, mindre afgift på frugt osv. vil kunne vurderes ved sammenligning af udviklingen i andre Nordiske lande.

Motions- og ernæringsrådet udgav i 2007 rapporten 'Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge-oplæg til strategi'. Som del af denne strategi foreslås her *'Der bør udvikles et screeningssystem, som sikrer, at de børn og unge, som er i høj risiko for at udvikle overvægt, tilbydes hjælp før egentlig fedme manifesterer sig. 1) Børn kommer til forebyggende helbredsundersøgelser hos lægen ved 3-, 4- og 5-års-alderen, og de måles og vejes ved ind- og udskoling. 2) Data fra disse undersøgelser bør danne grundlag for identifikation af børn og unge med høj risiko for udvikling af overvægt og fedme med henblik på særlig indsats.'*

En identifikation af børn i risiko for at udvikle overvægt kræver udvikling af kliniske redskaber, vi ikke har til rådighed i dag. Måling af barnet BMI alene er næppe tilstrækkeligt, men der er en vis evidens for at inddragelse af vækstforløbet samt andre forhold såsom moderens BMI, amning, fødselsvægt bedre kan estimere barnets risiko for at udvikle overvægt senere i livet. Da alle disse faktorer indsamles rutinemæssigt i Danmark er der mulighed for at udvikle et sådant klinisk redskab.

Hvordan kan bedre monitorering etableres og hvilke udfordringer giver det?

Som nævnt ovenfor er der meget der tyder på at vi i de kommende år vil få en bedre monitorering af udviklingen i BMI både blandt gravide, mænd der kommer til session samt især blandt de børn der kommer til de rutinemæssige børneundersøgelser. Det helt centrale for kvaliteten af denne monitorering er at så mange som muligt deltager samt at målingerne bliver foretaget så konsekvent, ensartet og præcist som muligt. Oplagte midler til at opnå dette er ved de forebyggende børneundersøgelser er

- At indkalde børn og forældre til undersøgelserne samt informere om vigtigheden af deltagelse.
- At give indberetningerne klinisk relevans. Dette kan ske ved at etablere et system som giver mulighed for at de mindst tre sundhedspersoner, som har kontakt med børnene gennem barndommen deler de oplysninger indberettet centralt, som har relevans for barnets vækst og sundhed.
 - o Det gælder mors BMI, rygning under graviditeten, fødselsvægt og gestationsalder ved fødslen (det medicinske fødselsregister), amning, passiv rygning det første leveår og barnets vækst (børnedatabasen) men også vaccinationsdata

-
- (det danske vaccinations register, som er under etablering under Statens Serum Institut).
 - o Disse oplysninger skal være tilgængelige i lægens eller sundhedsplejerskens journalsystem
 - o Det vil dels bidrage til det fælles ansvar for børnesundheden og øge muligheden for at følge barnets vækst og koordinere en eventuel indsats mellem det kommunale og almen medicinske regi.
 - At monitoreringsdata anvendes til at forbedre den kliniske praksis. Dette kan udover ovennævnte ske ved at der udvikles metoder til at anvende disse data til at bedre læger og sundhedsplejerskers mulighed for at identificere børn i risiko for overvægt (se tidligere under individuel monitorering).

Det bør også overvejes om taljemål skal være en del af den kliniske praksis allerede fra 5 års alderen. Relevansen i relation til monitorering er næppe at betvivle, men hvorvidt betydning den kan accepteres af klinikerne som del af den rutinemæssige undersøgelse af alle børn er usikkert.

Taljemål er under alle omstændigheder en god støtte til den kliniske vurdering af om et højt BMI mål er af sundhedsmæssig. Et andet aspekt som bør overvejes i relation til monitorering af overvægt er systematisk indsamling af data om kostvaner og fysik aktivitet der hviler på solid evidens om sundhedsmæssig relevans. Set fra et folkesundhedsmæssigt perspektiv vil det være væsentligt at monitorere om de overvægtige bliver sundere.

Er der gode eksempler på vellykket monitorering fra udlandet vi kan lære af?

I sær i England har der været meget fokus på de rutinemæssige vækstmålinger. Man lavet Medicinsk teknologivurdering (MTV) samt indført WHO's vækstkurver, som baserer sig på optimal vækst i stedet for gennemsnitlig vækst, samt tager højde for gestationsalder ved fødslen. Konklusionen på MTV rapporten var at der skulle metodeudvikling til som krævede mange års opfølgning. En sådan er mulig i Finland og Danmark ved at kombinere rutinemæssige vækstmålinger med data fra ad hoc fødselskohorter, som er fulgt fra graviditet gennem barndommen og er voksne i dag. En sådan metode vil i modsætning til i lande som England relativt let kunne implementeres. Vi har den fordel at vi på grund af personnummeret kan følge det enkelte individ gennem livet. Det giver os i relation til forebyggelse af overvægt et væsentligt potentiale og dermed en forpligtelse til at bidrage til forståelse af udviklingen i forekomsten af overvægt, årsagsforhold samt udvikling og implementering af metoder til tidligt at identificere børn i risiko for overvægt.

Oplæg 13: Sammenhængen mellem evidens og praksis indenfor fedmeforebyggelse

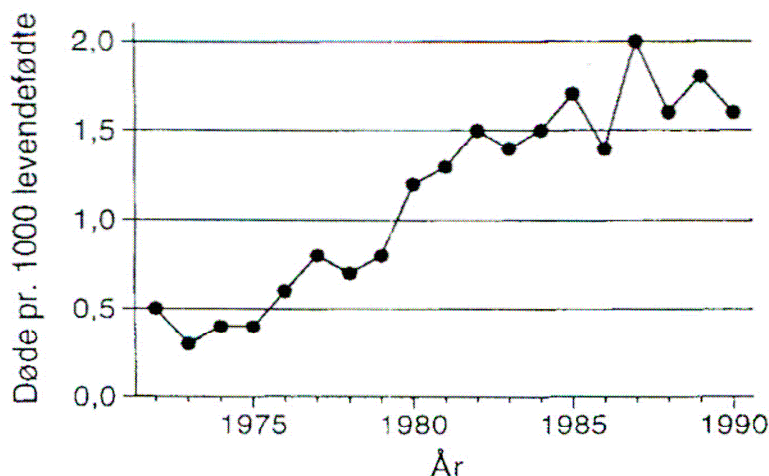
Af Berit Lilienthal Heitmann, Professor, Institut for Sygdomsforebyggelse, Københavns Universitetshospital

Spørgsmål: Hvor meget betyder evidens når vi igangsætter forebyggelses-tiltag?

Svar: Det kan betyde menneskeliv.

Fra 1975 begyndte man i Danmark, og i en række andre lande, at anbefale at spædbørn sov på maven eller siden, ud fra den logik, at det var farligt for spædbørn at sove på ryggen, fordi man antog at spædbørn, når de gylpede, kunne få opkast i den gale hals og ned i lungerne, hvorved de kunne dø. Man igangsatte med andre ord en forebyggelsesindsats uden at have anden evidens for dens effekt, end hvad der blev refereret til som "sund fornuft", samt nogle enkelte kasuistiske meddelelser om pludselig uventet død (vuggedød) blandt spædbørn, der havde sovet på ryggen.

I årene mellem 1975 og begyndelsen af 1990'erne 4-dobledes hyppigheden af vuggedød fra 0.5 per 1000 til næsten 2 per 1000 spædbørn. Den omfattende indsats i perioden, og manglen på evidens for at spædbørn skulle sove på maven, har alene i Danmark formentlig kostet ca. 1000 børn livet. Hvis man ikke har kendskab til (evidens for) virkninger, har man heller ikke kendskab til bivirkninger – som i dette tilfælde handlede om menneskeliv.



Figur 1-1. Vuggedødsfald i Danmark 1972-90.

Spørgsmål: Evidens om forebyggelse - hvad ved vi om effekterne af fedme-forebyggelse i dag?

Svar: Vi ved, at der generelt ikke har været effekt af indsatserne.

I 2005 gennemførte Cochrane gruppen et review med titlen: "forebyggelse af fedme blandt børn". Der kunne på det tidspunkt identificeres 22 studier der levede op til de strenge kriterier for inklusion i et Cochrane review. De væsentligste kriterier er at interventionerne skal være randomiserede eller i det mindste kontrollerede – dvs. At der skal være en kontrolgruppe, og imod hvilken interventionseffekten kan måles.

Table 1 Cochrane review of interventions for preventing obesity in children 1990–2005.

Reference	Result
Flores (1995) ⁶	+
Gortmaker et al. (1999) ⁷	+
Mo-Suwan et al. (1998) ⁸	+
Robinson (1999) ⁹	+
Baranowski et al. (2003) ¹⁰	–
Beech et al. (2003) ¹¹	–
Caballero et al. (2003) ¹²	–
Dennison et al. (2004) ¹³	–
Donnelly et al. (1996) ¹⁴	–
Epstein et al. (2001) ¹⁵	–
Harvey-Berino et al. (2003) ¹⁶	–
James et al. (2004) ¹⁷	–
Kain et al. (2004) ¹⁸	–
Muller et al. (2001) ¹⁹	–
Neumark-Sztainer et al. (2003) ²⁰	–
Pangrazi et al. (2003) ²¹	–
Robinson et al. (2003) ²²	–
Sahota et al. (2001) ²³	–
Sallis et al. (1993) ²⁴	–
Stolley et al. (1997) ²⁵	–
Story et al. (2003) ²⁶	–
Warren et al. (2003) ²⁷	–

Symbol legend: +, effective; –, ineffective.
Adapted from Summerbell et al.⁵

I alt viste kun 4 af de fundne studier (18%) – dvs. mindre end hver femte studie, at der havde været effekt af interventionen. Sandsynligheden for, at mange flere studier uden effekt har været gennemført, men ikke er blevet rapporteret i den videnskabelig litteratur, er endvidere stor, fordi der er større sandsynlighed for at undersøgelser med positive end med manglende fund bliver publiceret. Det har den konsekvens at andelen af studier med positive fund, muligvis er langt færre end de vi pt. kender til.

Alle interventionsprojekterne omhandlede en øgning af den fysiske aktivitet og sunde kostvaner. Indsatserne omfattede fx. flere idrætstimer på skoleskemaet, opførsel af nye og spændende legepladser i børnenes nærområder, tilbud om aktiviteter udenfor skoletiden, initiativer til begrænsning af TV og skærm-aktiviteter, eller fx skov- og idræts-børnehaver. På kostsiden kostvejledte man fx. børnene og deres forældre i sunde vaner, introducerede sunde kantiner på skolerne, skrev nyhedsbreve og mails til forældre om fremstilling af sunde madpakker og måltider, opkvalificerede lærernes kendskab og indsigt i sundhed, samt forsøgte sig med servering af sund skolemad, opstil-

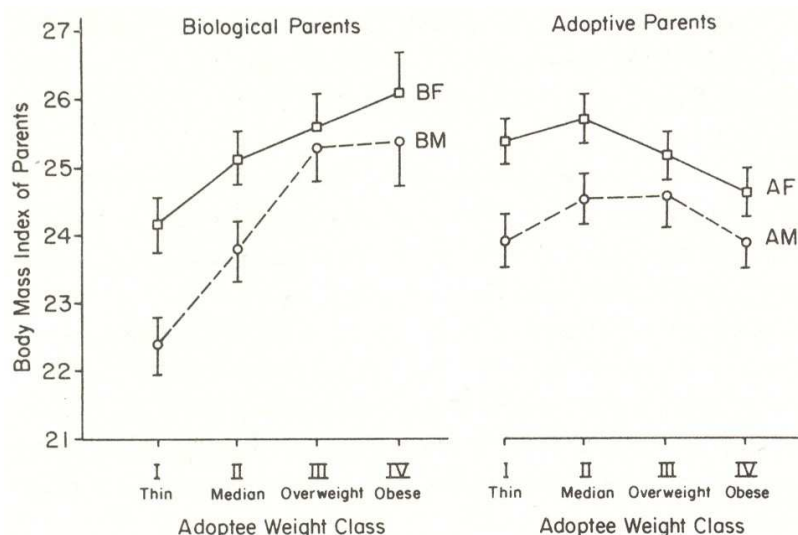
ling af vandbeholdere og fjernelse af sodavands og slikautomater. Trods de mange indsatser kunne interventionerne alligevel gennemgående *ikke* demonstrere effekter på børnenes vægtudvikling, og det var uanset om projekterne omfattede en' eller adskillige af ovennævnte indsatser på kost og motionsområderne. Omvendt *kunne* flere af interventionerne godt vise at børnene forbedrede deres kost og motionsvaner, men altså uden at det samtidig gav anledning til, at færre børn øgede vægten eller udviklede overvægt og fedme.

“Cochrane (konklusion): The current evidence suggests that many diet and exercise interventions to prevent obesity in children are not effective in preventing weight gain, but can be effective in promoting a healthy diet and increased physical activity levels”

Spørgsmål: Hvorfor har interventionerne ikke virket?

Svar: Der kan være flere forklaringer på hvorfor interventionerne generelt ikke har virket – fx:

- De hidtidige interventioner har muligvis ikke været tilstrækkeligt velgennemførte eller omfattende. Det er en mulighed, men adskillige af studierne var om omtalt ovenfor, meget omfattende og endvidere at betragte som af meget høj kvalitet.
- Fedme skyldes ikke blot for meget mad og for lidt motion, og en ensidig fokusering på disse faktorer, som det har været tilfældet i stort set alle hidtidige interventioner, kan ikke løse problemet. Der skal muligvis interverneres med andet eller mere, end mad og motion. Nyere studier tyder fx. på at stress kan være en potent medspiller i forhold til udvikling af fedme, og studier viser at normalvægtige børn der lider omsorgssvigt (udløser stress hos barnet) har en op til 10 gange øget risiko for at have udviklet fedme som 20 årige. Mangel på søvn udløser også stresslignende tilstande i kroppen. Hos børn påvirker søvn tillige dannelsen af væksthormon, og manglende søvn hos børn kan således være af betydning for udvikling af fedme.
- Fedme er, ligesom diabetes, en genetisk lidelse, og generne er derfor med til at bestemme hvem af os der har størst sandsynlighed for at udvikle fedme. Figurene nedenfor viser fedmeforekomst hos personer der blev bortadopteret inden første leveår. Figuren illustrerer at generne har en stærk betydning for om der udvikles fedme og illustrerer at personer ligner deres biologiske snarere end deres adoptive forældre, på trods af at de som børn voksede op i en ny familie og ikke har haft kontakt med de biologiske forældre.



Vi kender i dag flere tusind gener som sammen med vores livsstil har betydning for hvem der er mest følsomme overfor at udvikle fedme. Denne forskel i følsomhed betyder med andre ord, at vi reagerer forskelligt i forhold til en given livsstil. Nogen kan "tåle" at spise mange kalorier, være inaktive, drikke alkohol, mangle søvn eller fx. være stressede, uden at det væsentligt påvirker deres vægt. Andre mener, med rette, at de konstant skal være på vagt for ikke at tage på. Denne forskel mellem menneskers følsomhed overfor en given livsstil, eller overfor det omgivende miljø (fx forurening, stress, bioaktive stoffer i vores kost mv) kan være en af forklaringerne på hvorfor mange af de hidtidige fedmeforebyggende interventioner, ikke har været virksomme, fordi de ikke har været skræddersyet til de med den særlige disponering.

Spørgsmål: Hvor vigtig er evidens, når man vil lave en strategi for forebyggelse af fedme?

Svar: Mangel på evidens er ikke det samme som virkningsløse tiltag, men det er næppe et godt grundlag for en strategi overfor fedme.

- omvendt er der gode indikationer for at øget fysisk aktivitet og lødig kost er gavnligt i forhold til at forebygge diabetes, hjertesygdom og visse kræftformer – også selvom der ikke evidens for at mere motion/bevægelse og mindre mad/energi forebygger fedme. Fx viser observations- såvel som interventionsstudier, at fysisk aktivitet er gavnligt både i forhold til at øge følsomheden overfor insulin og i forhold til at forebygge udvikling af diabetes. Flere studier viser tillige, at i forhold til de mere stillesiddende, får de aktive sjældnere hjertesygdom og kræft. Det er påfaldende at de samme studier, der kan vise at der er en positiv sammenhæng mellem høj fysisk aktivitet og en efterfølgende mindske i antallet der udvikler diabetes eller hjertesygdom, generelt ikke også samtidig kan vise at de fysisk aktive udvikler mindre fedme end de inaktive. Det er altså ikke selve måden hvorpå vi registrerer eller måler fysisk aktivitet, der er årsagen til, at vi ikke finder evidens for en effekt i forhold til fedmeudvikling.

Det kan altså antages at det generelt er gavnligt for helbredet at øge den fysiske aktivitet og spise sundt og at der ikke, som da det blev anbefalet at spædbørn skulle sove på maven, er væsentlige bivirkninger ved at blive mere aktiv og spise sundere. Det bør dog altid overvejes nøje om en ikke vidensbaseret indsats giver bivirkninger – i forhold til fedme kan det fx ikke udelukkes at en indsats kan bidrage til at øge forekomsten af anoreksi og andre spiseforstyrrelser (bulimi).

Spørgsmål: Hvilke udfordringer giver det at opbygge mere evidens i forhold til forebyggelse af fedme?

Svar: Det bør sikres at alle fremtidige offentlige indsatser evalueres.

Erkendelsen af at der mangler evidens er i sig selv vigtig, fordi det giver det bedste argument for at prioritere yderligere vidensopbygning på området. Fordelingen af midler på folkesundhedsområdet bør ideelt set ske ud fra et vidensbaseret rationale. Og når dette rationale ikke er tilstede bør iværksættelsen kun ske under samtidig indsamling af viden.

Spørgsmål: Bør evidens i højere grad være grundlag for at igangsætte forebyggelsestiltag end det er i dag?

Svar: Ja – og ellers må evidensen skabes.

Indtil vi har den fornødne evidens, bør alle forebyggelsesinitiativer evalueres. Processen, dvs. om det fx var muligt at ændre på kost og motionsvaner-

ne, eller om forebyggelsesprogrammet let kunne implementeres i den pågældende arena (skole, arbejdsplads osv.), eller hvordan deltagere og personale opfattede indsatsen, er ikke uvæsentlige faktorer at måle på, men disse faktorer er i sammenhængen mindre vigtige, så længe intervention ikke viser effekt i forhold til at forebygge vægtøgning.

Spørgsmål: Hvilke indsatser bør der sættes på i fremtiden?

Svar: Der skal tænkes nyt og målrettet – nedenfor gives en række eksempler

Der er ikke alene behov for at sikre at nye initiativer bidrager med ny viden, men også for at tænke i alternative interventioner der enten:

- finder nye veje og metoder til at lave indsatser på kost og motionsområdet (og husker at måle effekterne),
- fokuserer på andre indsatser end blot kost og motion, eller tilføjer yderligere indsatser sammen med kost og motion
- målretter indsatserne til individer/grupper der er særligt disponerede for at udvikle fedme

Nye veje og metoder/målrettede indsatser:

Der er 4-5 gange flere svært overvægtige voksne blandt dem med kort skoleuddannelse end blandt dem med lang. Derfor er der behov for flere indsatser der er målrettet socialt dårligere stillede personer/grupper. Der kunne fx. være tale om børn fra skoler i mere belastede områder, eller voksne fra visse arbejdspladser.

Normalvægtige børn med svært overvægtige førstegradsslægtinge (søsken, forældre) er også en oplagt gruppe at intervenere overfor - en forebyggelsesstrategi der generelt er uafprøvet såvel herhjemme som i udlandet

Ny forskning tyder på fedme grundlægges tidligt - måske allerede i fosterlivet. Indsatser overfor gravide er oplagt, men generelt findes indtil videre kun få gennemførte studier på området

Andre indsatser/yderligere indsatser:

Forskning tyder på at stress kan være en årsag til fedme og indsatser der fx fremmer omsorg, positivt samvær mellem børn og forældre, eller sikrer tilstrækkeligt med søvn kunne være eksempler på nye og mindre afprøvede, men muligvis lovende, nye eller yderligere interventioner der bør afprøves.

107

Fodnote: The Cochrane collaboration er en non-profit organisation som gennemgår evidens for og imod effektiviteten af behandlingen eller forebyggelsesinitiativet. Det repræsenterer den bedste enkeltstående kilde til troværdig information samt det højeste niveau af evidens i hierarkiet af forskningsresultater.

Cochrane reviews

Based on the best available information about healthcare interventions, Cochrane reviews explore the evidence for and against the effectiveness and appropriateness of treatments (medications, surgery, education, etc) in specific circumstances. The database is designed to facilitate the choices that doctors, patients, policy makers and others face in health care.

<http://www.cochrane.org/>

Oplæg 14: Evidens i forebyggelsen i dag

Af Else Smith, Chef for Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Evidens er blevet et centralt begreb i forebyggelsen. De senere år er der for alvor kommet fokus på arten og kvaliteten af den viden, som de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser er baseret på. Aktørerne på forebyggelsesområdet efterspørger ofte mere klarhed over, hvad god evidens består af, når det gælder forebyggelse, og hvordan man i højere grad kan evidensbasere det forebyggende arbejde.

Evidens betyder bevis og kan ses som kendsgerninger, der kan bruges til at træffe beslutninger eller planlægge ud fra. Evidens er viden, der er empirisk baseret og veldokumenteret i overensstemmelse med relevante videnskabelige metoder.

At arbejde evidensbaseret med forebyggelse vil sige, at man sikrer velovervejet, systematisk og eksplicit anvendelse af den aktuelt bedst tilgængelige evidens om hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer.

Forebyggelse tager typisk udgangspunkt i, at sundhed og sygdom er en funktion af et dynamisk samspil mellem personlig levevis, levevilkår og samfundets generelle virkemåder. Hertil kommer givne forhold som køn, bestemte genetiske faktorer og alder. For at kvalificere indsatsen over for bestemte risikofaktorer, kobler forebyggelsen derfor viden, teorier og metoder fra mange videnskabelige og faglige felter som fx sociologi, økonomi, epidemiologi, psykologi og kommunikation alt efter, hvad det er for et spørgsmål, der mere præcist ønskes besvaret. Det kan for eksempel være nødvendigt at bruge epidemiologisk viden om sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdom sammen med sociologisk viden om menneskelige relationer, sociale institutioner og kulturel betydning i specifikke kontekster. Når det gælder evidensen i forebyggelsen, er den derfor også sammensat af forskellige former for viden. Karakteren af og kriterier for evidens er forskellige i forskellige videnskabelige retninger. I den medicinske naturvidenskabelige tradition benyttes randomiserede kontrollerede forsøg som den optimale metode til at skabe evidens, mens også kvalitative metoder anses for nødvendige for at svare fyldestgørende på spørgsmål, som undersøges i et sociologisk eller pædagogisk perspektiv.

Der kan med fordel skelnes mellem tre former for evidens i forebyggelsen:

- evidens om årsager til og udbredelse af sygdom
- evidens om effekter af forebyggelsesindsatser
- evidens om organisering og implementering

Evidens om årsager til og udbredelse af sygdom

Der er brug for viden om årsager til og udbredelse af sygdom for at give retning til og begrunde igangsættelse af forebyggende indsatser. Der er god evidens for, at der eksisterer en sammenhæng mellem en lang række risikofaktorer og helbred. Folkesundheden belastes af befolkningens livsstil og levekår. Vi ved, at vi kan blive syge af for lidt motion, for meget alkohol, dårligt arbejdsmiljø, for meget forurening osv. Her bygges overvejende på epi-

demiologisk viden. Evidens om årsager og udbredelse oplyser om en befolknings sundhedstilstand, om udvalgte risikofaktorer betydning for sundheden og hvor udbredte disse faktorer er i befolkningen. Denne grundlæggende viden danner basis for at udvælge relevante indsatsområder og derefter fokusere på evidens om effekter af konkrete forebyggelsesindsatser.

Evidens om effekterne af forebyggelsesindsatser

Evidens for effekt er undersøgelser, der kan gøre det muligt at vurdere en indsats' effekter, både de negative og de positive og om de opnåede effekter rent faktisk skyldes indsatsen og ikke andre faktorer eller rene tilfældigheder. Evidensen om effekter af forebyggende indsatser øges i disse år. Det er muligt på en række områder at basere arbejdet på et regulært vidensgrundlag og ikke kun på formodninger om positive effekter. Det er dog fortsat stort behov for forskning, der udvikler og afprøver nye indsatser og modeller. Når man skal planlægge en forebyggende indsats er det vigtigt at orientere sig om, hvorvidt lignende indsatser har vist sig effektive. Ved at samle viden om effekter af forebyggelsesindsatser kan man opnå en viden om, hvad der virker bedst på hvem. En måde at få et overblik over effekten af en forebyggelsesindsats er ved at orientere sig i systematiske oversigter eller metaanalyser. Men ofte giver de forskellige undersøgelser ikke entydige svar på, hvilke forebyggelsesindsatser som er mest anbefalelsesværdige. Det skyldes både ineffektive metoder og at de indsatser, der opnår positive effekter, ikke bliver undersøgt på tilstrækkelig kvalificeret vis. Selv om evidensen for effekten af indsatser på et bestemt område er svag eller modsatrettet, betyder det ikke, at man skal lade være med at igangsætte indsatser på dette område. Ligesom det heller ikke betyder, at det ikke kan lykkes at lave effektive indsatser på området. En vigtig del af indsatsen består da i at indsamle den bedst tilgængelige dokumentation og derefter at dokumentere og evaluere processen og effekterne for at bidrage til evidensgrundlaget. Forskningsprojekter der dokumenterer, evaluerer og sammenligner indsatser skaber mere generaliserbar viden end lokal evaluering af indsatser, men begge dele bidrager til evidensgrundlaget.

Evidens om organisering og implementering

Når man skal anvende evidens om implementering og organisering i sin planlægning af forebyggelsesindsatser, er det vigtigt at søge den bedste tilgængelige viden om:

- hvor, hvordan og hvornår en indsats virker bedst, fx hvordan tilrettelægges og gennemføres indsatsen for at have størst mulig effekt i forhold til målgruppen,
- hvilke ressourcer og rammebetingelser der skal til for at opnå effekter, fx hvilke faggrupper skal involveres i indsatsen og hvilke kompetencer skal de have,
- indsatsens proces og effekt, fx blev indsatsen afviklet som planlagt og svarede effekterne til det forventede,
- hvordan en indsats bedst muligt kan tilpasses lokale forhold, fx ved at belyse målgruppens syn på indsatsen, deres barrierer for at ændre adfærd, og hvad der virker fremmende for deres deltagelse.

Evidensen om den praktiske organisering og implementering af forebyggelsesindsatser er meget spredt og sammensat. Der har generelt ikke været særlig meget fokus på at afrapportere og samle viden om organisering og implementering af forebyggelsesindsatser, hvilket betyder, at det har været vanskeligt at skabe evidens på dette område. Vi ved med andre ord ikke så meget om hvilke forebyggelsesindsatser, der er mest effektive til hvilke målgrupper og under hvilke omstændigheder. Det er vigtigt, at denne form for evidens bygges yderligere og mere systematisk op ved både at styrke forskningen samt dokumentationen og evalueringen af kommunale og regionale forebyggelsesindsatser.

Selvom man arbejder på et område, hvor evidensen for effekten af indsatserne og implementeringen på mange områder er svag, kan man bidrage til at evidensbasere praksis ved at gennemføre en grundig og systematisk indsamling og vurdering af viden om risikofaktorer, effekter og implementering. I samme forbindelse kan man skabe yderligere praksisbaseret evidens ved at styrke en systematisk dokumentation, monitorering af kvalitet samt evaluering af indsatserne i praksis.

Oplæg 15: Den brede forebyggelse i Danmark i dag

Af Tatjana Hejgaard, Sundhedsstyrelsen

Målene for den brede forebyggelse af overvægt

Det er regeringens mål:

- at den gennemsnitlige levetid skal forlænges med 3 år over de næste 10 år. Befolkningen skal have flere gode leveår og uligheden i sundheden skal mindskes.

En styrket folkesundhed opnås gennem sundhedsfremmende tiltag og en styrket forebyggende indsats. For at styrke den fremtidige forebyggende indsats nedsatte regeringen i januar 2008 Forebyggelseskommission. Kommissionens anbefalinger kom i april 2009. I oktober 2009 præsenterede regeringens en samlet sundhedspakke "Sundhedspakke 2009. Godt på vej mod et sundere Danmark – 8 store skridt der gør et godt sundhedsvæsen endnu bedre". Pakken omfatter en national handlingsplan for forebyggelse, der følger op på Forebyggelseskommissions anbefalinger, men med mere fokus på den enkeltes ansvar, kommunernes og virksomhedernes ansvar og med færre forbud og påbud. Handlingsplanens mål er målet om, at danskernes middellevetid skal øges, og der sættes ikke særskilte mål for fx forebyggelse af overvægt.

I forhold til forebyggelse af svær overvægt er målet i "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10":

- at stigningen i antallet af svært overvægtige skal stoppes.

Sundhedsstyrelsen lancerede som opfølgning herpå i 2003 "Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt – forslag til løsninger og perspektiver". Handlingsplanens mål er bl.a.

- at forebygge, at flere personer bliver svært overvægtige
- at reducere vægten blandt dem, der allerede er svært overvægtige.

111

Hvordan opfyldes målene i forhold til den brede forebyggelse af overvægt

Handlingsplanen mod svær overvægt lægger op til en indsats, hvor der både sættes ind på det private niveau (den enkelte, hjemmet og nærmiljøet), i fællesskaberne (de hverdagssammenhænge, vi indgår i udenfor hjemmet og familien – fx skoler, arbejdspladser, fritidsorganisationer, erhvervsliv og virksomheder) og på det offentlige niveau (staten, regioner og kommuner).

Udvikling af overvægt forebygges gennem sund mad og mere bevægelse. Hvad man spiser og drikker er en privat sag, og det enkelte menneske er bedst til at tage ansvar for sig selv og sin familie. Derfor handler befolkningsrettet forebyggelse af svær overvægt om at gøre sunde valg i forhold til kost og motion lette og tilgængelige. Opgaven er derfor gennem partnerskaber og lokalt forankrede indsatser, målrettet oplysning og forbedret forbrugerin-

formation, at motivere alle til at træffe de sunde valg med mere motion og ernæringsrigtig mad og drikke i dagligdagen.

Målene nås ved forebyggelsesindsatser i form af befolkningsrettede strategier, individuelle tiltag og strukturelle tiltag, hvor sidstnævnte omfatter rammer og regulering. I forhold til overvægt er skolemadsordninger og landsdækkende kampagner om overvægt, fysisk aktivitet og usund kost eksempler på befolkningsrettede strategier. De individuelle tiltag kan fx være etablering af vægttabstilbud, undervisning og videnskabsmæssig opkvalificering. Eksempler på strukturelle tiltag kan fx være regulering af forbruget ved afgifter på usund mad, øget tilgængelighed af sund mad i kantiner, på arbejdspladser og i dagtilbud, mens rammesættende foranstaltninger kan omfatte fokus på infrastruktur, såsom cykelsikker skolevej, aktivitetsfremmende indretning af arbejdspladser, uddannelses- og børneinstitutioner, etablering af rekreative områder samt formulering og implementering af kost- og bevægelsespolitikker.

Igangsatte brede forebyggelsestiltag ift. svær overvægt

Indsatsen i forhold til den brede forebyggelse af svær overvægt er forankret i flere ministerier, idet ministerierne har ansvaret for hvert sit område, som fx sundhed, udsatte grupper, dagtilbud, undervisning, forenings- og kulturliv. Indsatserne foregår dog ikke kun fra statens side, men også i form af en lang række regionale og lokale aktiviteter. Ofte er indsatserne koordinerede og består både af en central og en lokal del, hvis indsatser finder sted sideløbende – altså det man kalder cenlok-indsatser.

Som eksempel på ministerier, der bidrager til at løfte opgaven, kan nævnes Fødevarestyrelsen (under Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri), der varetager området omkring kostenbefalinger til borgerne (over 3 år) og rådgivning ift. specifikke levnedsmidler, dagskostplaner og portionsstørrelser. De forsker desuden i befolkningens fødevalevalg, udvikling af metoder til at fremme sunde kostvaner og i offentlige og private måltidstilbud med speciel fokus på børn og ældre.

Et andet eksempel er Kulturministeriet, der støtter forskellige idrætsaktiviteter, som fremmer sundheden generelt, og derved også medvirker til at forebygge overvægt, og Transportministeriet, der arbejder for at skabe gode rammer for transport – herunder cykeltransport.

Siden Sundhedsstyrelsen (under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) præsenterede "Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt" i 2003, har styrelsen og ministeriet arbejdet med en lang række indsatser overfor overvægt. Herunder nævnes et par eksempler på de gennemførte brede forebyggelsestiltag 2003-9. Tiltagene har til formål at få befolkningen til at bevæge sig mere, spise sundere og være opmærksomme på at bevare normalvægten.

Siden 2003 er der udmøntet 3 puljer (heraf 2 satspuljer på sundhedsområdet) med fokus på overvægt. "Overvægtspuljen 2003": 7 mio. kr. til 26 projekter med formålet at belyse og evaluere effekten af forskellige tiltag og metoder rettet mod forebyggelse og behandling af overvægt blandt henholdsvis børn og unge, voksne generelt samt gravide. "Kommunens plan mod overvægt - Satspuljen 2005-2008": 73 mio. kr. til en kommunal indsats med henblik på at forebygge og behandle overvægt hos udsatte børn og unge samt sikring af en resultatopsamling, der kan anvendes på i en national implementering. Midlerne blev udmøntet i 3 puljer i hhv. 2005, 2007 og 2008 til 31 kommunalt forankrede projekter. Den samlede evaluering, der har fokus på proces-

sen, forventes offentliggjort medio 2012, mens effektevaluering gennemføres i projekternes egnevaluering ved eksterne evaluatore. Udover de decentrale midler blev der afsat 10 mio. kr. til centrale understøttende initiativer på statsligt niveau. Initiativerne blev gennemført i samarbejde mellem Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen og brugt til uddannelse, materiale- og metodeudvikling, evaluering, resultatopsamling og spredning af erfaringer samt etablering af netværk. Midlerne er bl.a. anvendt til "Leg dig sund"-materialet, som sundhedsplejersker, konsultantsygeplejersker m.m., bruger i deres arbejde med småbørnsfamilier. "Vægttab og vægtvedligeholdelse blandt svært overvægtige voksne - satspuljen 2007-2010": 57,5 mio. kr. til en målrettet indsats overfor svært overvægtige voksne udenfor arbejdsmarkedet, svært overvægtige gravide og nybagte mødre og særligt udsatte erhvervsgrupper, herunder ufaglærte og personer med en anden etnisk baggrund end dansk. Formålet er at udvikle støttefunktioner, der øger kompetencerne blandt svært overvægtige voksne, så de kan opnå og bevare et vægttab, samt at øge kompetencerne hos kommunale og regionale medarbejdere, der skal støtte op om de overvægtige via uddannelse til vægtstoprådgivere. Uddannelsen er udviklet og etableret i efteråret 2008 af det Nationale Udviklingscenter mod Overvægt (NUMO), og frem til oktober 2009 er der oprettet 11 hold oprettet med mulighed for op til 25 deltagere fra kommuner og regioner. Yderligere hold forventes oprettet i november og december 2009.

Der er gennemført flere befolkningsrettede kampagner. De har til formål at øge opmærksomheden omkring egne kost- og motionsvaner og det at bevare normalvægten. Kampagnerne skal sætte fokus på et sundhedsmæssigt problem og øge befolkningens viden i relation hertil med henblik på at øge deres handlekompetencer, hvilket er de første skridt til at ændre adfærd. Informationskampagne om overvægt: Sundhedsstyrelsen lancerede i november 2008 den 3-årige landsdækkende informationskampagne "En lettere barndom.dk". Formålet er at fortælle befolkningen om de sundhedsmæssige konsekvenser af overvægt og uhensigtsmæssig vægtudvikling. Der fokuseres på småbørnsfamilierne, hvor især mistrivsel hos overvægtige børn kan være en af de kortsigtede konsekvenser af overvægt. Et væsentligt omdrejningspunkt i kampagnen har været at skabe rum for, at professionelle og familier kan og tør italesætte overvægt og at anvise handlemuligheder for forældre med børn, der er i risiko for at udvikle overvægt. Kampagnen er en såkaldt cenlok-kampagne, og en række decentrale indsatser har understøttet kampagnen med lokale aktiviteter. Det drejer sig fx om DGI's (Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger) undervisningstilbud for personalet i børnehaverne, hvor de kan lære, hvordan man kan få mere bevægelse ind i institutionens dagligdag.



I kampagnen anvendtes radio- og TV-spot, en hjemmeside målrettet forældre og professionelle samt informationsmateriale, der blev udsendt til alle landets børnehaver. Institutionerne udleverede materialet til interesserede forældre, eller de rekvirerede det selv via hjemmesiden. Kampagnen blev i

2008 gennemført i november og i 2009 i juni. Kampagnen "6 om dagen": Formålet er at fremme befolkningens indtag af frugt og grønt, så indtagelsen når op på de anbefalede 600 g frugt og grønt om dagen for voksne og børn over 10 år, og 400 g om dagen for børn mellem 4 og 10 år. I årene 2008-11 er der fokus på den del af befolkningen, der kun spiser 100-300 g frugt og grønt om dagen (børnefamilier, mænd og unge). Partnerne 2008-11 er Forskningsforeningen frugt, grønt og kartofler, Kræftens Bekæmpelse, Fødevarestyrelsen, Landbrug og Fødevarer, Dansk gartneri, FDB, Hjerteforeningen og Sundhedsstyrelsen samt Fødevareministeriet, der yder et særskilt bidrag i 2008.



Kampagnen "Drik Mindre Sødt": Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen gennemførte i januar 2009 en net-baseret kampagne med budskabet om at begrænse indtaget af sukker gennem søde læskedrikke til max. ½ l om ugen. Kampagnen var en landsdækkende formidlingsindsats målrettet 10-14-årige og deres forældre.



Informationskampagner om fysisk aktivitet: Siden 2003 har Sundhedsstyrelsen gennemført informationskampagner om fysisk aktivitet. Formålet er, at få befolkningen til at tænke på det sunde i at bevæge sig, og at øge kendskabet til anbefalingerne om, at voksne bør være fysisk aktive ved moderat intensitet mindst 30 minutter om dagen og børn og unge mindst 60 minutter om dagen.



Kampagnen har siden 2006 haft fokus på børn i skolealderen under navnet "Get moving". Kampagnen er en cenlok-kampagne, der gennemføres hvert år i uge 41 (oktober). Den centrale del af indsatsen består af TV- og biografspot samt en kampagnepakke. Den lokale indsats foregår på de skoler, der tilmel-

der sig kampagnen. De modtager en kampagnepakke (plakater, forældrefolder og inspirationskatalog) og kan efterfølgende rekvirere en aktivitetspakke til favorabel pris. Et vigtigt element er desuden konkurrencerne, hvor der i år er både en sms-konkurrence for elever og en videokonkurrence for klasserne. Til årets kampagne "Get moving før din mor og far får syge ideer" har ca. 750 skoler og 50 kommuner tilmeldt sig. I årets kampagne samarbejder Sundhedsstyrelsen med DGI, DIF, Skov- og Naturstyrelsen, Dansk Skoleidræt, Hjerteforeningen og Aktiv rundt i Danmark om kampagnen.

Effekten af allerede igangsatte tiltag

Eksempler på effekten af tiltag igangsat eller med deltagelse af Sundhedsstyrelsen, herunder Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2003-9.

"Get moving pattebarn 2008": Evalueringen af kampagnen 2008 viser, at 66 % har set kampagnen, heraf trefjerdedele i TV og halvdelen på skolen. Kampagnen øger kendskabet til anbefalingen om 60 min fysisk aktivitet om dagen for børn. 72 % angiver at kende anbefalingen, det gælder dog især dem, der lever op til den. 60-90 % ved, hvad der tæller med som fysisk aktivitet, hvilket kampagnen ikke ændrede ved. Flere piger forbinder gang med fysisk aktivitet, mens flere drenge ser udendørs leg som fysisk aktivitet. Ca. 90 % synes, at kampagnen er god, og at navnet Get moving pattebarn er et sjovt eller godt slogan, mens 43 % finder det fjollet eller provokerende, og 2 % finder det direkte ubehageligt. Knap halvdelen siger, at kampagnen giver dem lyst til være mere fysisk aktive.

"En lettere barndom 2009": Evalueringen af kampagnen 2009 viser, at 69 % har set kampagnen, halvdelen har fået ny viden, og rigtig mange, nemlig 72 %, har efterfølgende tænkt over deres børns sundhed. Halvdelen angiver at have ændret holdning til deres børns vægt og deres opfattelse af overvægt. 4 ud af 10 mener, at kampagnen er relevant, og at den del af befolkningen, som kampagnen har betydning for, som følge af at have set den, vil ændre adfærd. En tredjedel angiver, at de som reaktion på kampagnen har beregnet deres barns BMI.

"6 om dagen": Evaluering af kampagnen viser, at den har resulteret i øget kendskab til anbefalingen om indtag af frugt og grønt. Det daglige indtag af frugt og grønt er da også øget med 40 % over en 10-årig periode. Der er dog stadig plads til forbedring, idet voksne i gennemsnit kun spiser 400 g frugt og grønt om dagen, og hver tredje spiser under 300 g om dagen.

"Overvægtspuljen 2003": Initiativet er ikke direkte evalueret, men resultater og erfaringer fra de 26 støttede projekter har givet ny viden om organisering og tilrettelæggelsen af indsatser overfor overvægt. Projekterne viste bl.a., at det er en god idé at sætte ind tidligt i udviklingen af overvægt og at satse på en længerevarende og opfølgende indsats. Projekterne fremhævede desuden, at både det tværsektorielle og det tværfaglige samarbejde er vigtigt. Endelig viste erfaringerne, at der stadig er behov for at udvikle og afprøve metoder til forebyggelse og behandling af overvægt. Den opnåede viden er bl.a. anvendt til at kvalificere udbudsmaterialet og kravspecifikationerne i forhold til de to efterfølgende satspuljer om overvægt (2005-8 og 2007-10).

"Sundhedsfremme på arbejdspladsen 2007": En undersøgelse af sundhedsfremme på danske arbejdspladser viser, at en tredjedel af arbejdspladserne har en forankret sundhedspolitik. 24 % har en kostpolitik og 17 % en bevægelsespolitik. 64 % af arbejdspladserne vurderer, at sundhedspolitikken har haft den tilsigtede effekt, men en ud af fem har ikke været i stand til at vurdere effekten. At have en politik på et område er ikke ensbetydende med, at

arbejdspladsen har konkrete sundhedsfremmeordninger – og omvendt. Undersøgelsen viser, at 61 % af alle danske arbejdspladser med mere end 10 ansatte tilbyder deres medarbejdere sundhedsfremmende tiltag på kostområdet, mens 55 % har tilbud i forhold til fysisk aktivitet. Omfanget af tilbud på kostområdet er steget siden 2005, og udbuddet i madtilbuddene er blevet større, mens omfanget af tilbud relateret til fysisk aktivitet er uændret. Undersøgelsen viser desuden, at sundhedsfremmeordninger er mest udbredte på større arbejdspladser og i Region Hovedstaden, også når der tages højde for virksomhedsstørrelse.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at det fortsat er nødvendigt at have fokus på overvægt. En væsentlig opgave er at få etableret tilbud til målgruppen - herunder opmærksomhedsskabende tiltag, der motiverer til ændring af livsstil og ønsker om handling understøttes og er en reel mulighed for borgerne. Ydermere er det afgørende at kunne monitorere såvel forekomsten af overvægt som udviklingen i den med fx etablering af børmedatabasen eller andre tiltag. Sådant dokumentation vil også kunne afklare behov, fokus og planlægning af fremtidige indsatser. Endelig er det en udfordring, at balancere mellem at sætte fokus på de sundhedsmæssige konsekvenser af svær overvægt, at ville forebygge udviklingen af svær overvægt og samtidig undgå udvikling af spiseforstyrrelser og uhensigtsmæssig fokus på vægt, hvilket kan føre til øget stigmatisering af borgere med overvægt.

Rammerne for den brede forebyggelse af overvægt – og involverede aktører

De overordnede rammer for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme er sat af Regeringens kommunalreform og Sundhedsloven.

Regeringen har siden 2001 sat fokus på forebyggelse og sundhedsfremme. I regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet" fra 2002 blev der sat mål for udvalgte folkesygdomme og risikofaktorer, herunder usund kost, fysisk inaktivitet og svær overvægt. Med kommunalreformen i 2007 har kommunerne fået hovedansvaret for den borgerrettede forebyggelsesindsats. Forebyggelsesopgaverne er beskrevet i Sundhedslovens § 119, og i henhold til loven er det kommunens opgave i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis og at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgere, evt. under rådgivning fra regionerne.

Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme skal foregå i borgernes hverdag - i de miljøer, hvor borgeren færdes. Dvs. fx i børneinstitutioner og på skoler, uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser. Hovedansvaret er derfor forankret i kommunerne, der har ansvaret for de driftsorienterede forebyggelsesopgaver. Men da forebyggelse og sundhedsfremme også er et fælles ansvar, skal alle dele af samfundet bidrage til at løfte opgaven. Aktørerne i forhold til den brede forebyggelse er primært staten, regioner og kommuner, men også arbejdsmarkedets parter og virksomhederne samt lokalsamfundet spiller en rolle i forhold til at være rammesættende og sætte fokus på tilgængelighed af de sunde valg i forhold til kost og fysisk aktivitet.

Oplæg 16: Samfundsrettede interventioner overfor fedme

Af Torben Jørgensen, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

- Fedmeepidemien er en konsekvens af gradvise ændringer i samfundsstrukturen, som har reduceret bevægelse og øget indtagelse af sukker og fedt.
- Der er en dokumenteret sammenhæng mellem indtagelse af specielt sukker, fedme og helbred og interventioner, som rettes mod reduktion i sukkerindtagelse, reducerer fedmen.
- Beskatning af sukker medfører reduktion i køb af fx sodavand.
- Radikale strukturændringer i samfund med vestlig levevis (i forbindelse med kriser), og som medfører reduktion i fødeindtagelse og øgning af bevægelse i dagligdagen medfører fald i fedme og dødelig af livsstilssygdomme.
- Der foreslås en integreret indsats over for strukturen i det danske samfund med henblik på at facilitere mere bevægelse og sundere kost i hverdagen, hvilket må forventes at have effekt på folkesundheden

Baggrund

Fedmeepidemien er opstået som konsekvens af gradvise ændringer i vores samfundsstruktur, ændringer, som samlet set har bevirket en radikal reduktion i vores daglige bevægelse (fysiske aktivitet) og øget tilgængelighed af energitæt mad (mad med højt sukker og fedtindhold). Bevægelse er fjernet fra hverdagen gennem flere personbiler, flere hjælpemidler både på arbejde og i hjem, mere stillesiddende arbejde, en kraftig reduktion i antallet af cykeltimer samt øgning i antallet af timer der tilbringes foran et fjernsyn. Samtidig er usunde madvarer med stort indhold af mættet fedt og raffineret sukker blevet rigeligere og lettere tilgængeligt. Fx er mængden af indtaget af sukkerholdige væsker øget radikalt – næsten tredoblet fra 70'erne til 90'erne i USA og Danmark er fulgt efter. En årsag er blandt andet, at størrelsen på sodavandsflaskerne er øget fra 0,25 liter til 1½-2 liter i samme periode. Samtidig er energiindholdet i et standardmåltid i en burgerbar mere end fordoblet fra 1985 til 2005 (fra 625 til 1450 kcal).

Løsningen på fedmeepidemien er ikke at fortsætte denne udvikling og samtidig sige til befolkningen at de bare skal arbejde imod den. Livsstil er i sidste ende et frit valg, men dette frie valg kan være svært at gennemføre i et samfund som gennem strukturen opmuntrer til mindre daglig bevægelse og mere usund mad. Spørges befolkningen, vil langt hovedparten gerne spise sundere, bevæge sig mere og tage i vægt. Men de gør det ikke, da samfundsstrukturen ikke lægger op til det. Man kunne måske opfatte denne diskrepans mellem ønsker og reelle handlinger som et nødråb fra borgerne til politikere og planlæggere. Det er således en vigtig politisk opgave at skabe de optimale rammer, så borgerne kan følge deres ønsker om en sundere livsstil.

Ved ikke at handle på den viden der i dag er om strukturens betydning for fedmeudvikling, lægger politikere og planlæggere beslutningerne om den fremtidige udvikling over i andres hænder – fx fødevarerindustrien. Dens

primære opgave er at sælge sine produkter – ikke nødvendigvis at sikre folkesundheden.

Samfundsrettede interventioner

Sukker og rigeligt fedt er ikke nødvendige for livets opretholdelse. De er derfor glimrende emner for en beskatning. Borgerne i et samfund er naturligvis meget prisbevidste. Det er vist - specielt inden for tobaksområdet, men også alkohol - at blot små justeringer i prisen ændrer salgsmønstret: jo højere pris jo lavere salg. Det ville således være ejendommeligt, hvis det samme ikke gjorde sig gældende for fødevarer. Et klart eksempel på dette kunne ses i Danmark i 1983, da EU tilskuddet til mælk forsvandt. På grund af tilskuddet var sødmælk billigere end skummetmælk. Året efter ophævelse af tilskuddet faldt salget af sødmælk med 25 %, mens salget af skummetmælk steg med 18 %.

Der er god evidens for en klar sammenhæng mellem indtagelse af sukkerholdige drikke, fedme og sundhed. De studier, som ikke viser denne sammenhæng tenderer til at være gennemført af forskere støttet af industrien. I USA begynder myndighederne at beskatte sukkerholdige læskedrikke, hvilket har effekt. Fx rapporteres der om fald i salg af Coca-Cola på 14,6 % i forbindelse med en øgning i prisen på 12 %.

Betydningen af fysisk aktivitet for folkesundheden har ændret sig over de seneste år fra anbefalinger om hård fysisk træning til anbefalinger om at bygge bevægelse ind i hverdagen – at reducere den stillesiddende tid. Dette gøres ikke ved systematiske træningsprogrammer og motion på recept, men ved at ændre samfundsstrukturen, så bevægelse igen bliver en naturlig del af hverdagen. Det engelske National Institute of Clinical Excellence (NICE) har gennemført en grundig gennemgang af betydningen af nærmiljøets struktur for øgning af bevægelse i hverdagen, og den peger i retning af, at der er gevinster at hente.

Et meget radikalt eksempel fra nyere tid på effekten af strukturelle forandringer var Cubas "Special period" efter Sovjetunionens kollaps i 1989. Epidemiologiske undersøgelser viste, at det gennemsnitlige kalorieindtag faldt fra ca. 2900 kcal til ca. 1900 kcal per dag og kosten ændrede sammensætning til mindre fedt og flere kulhydrater samtidig med at den daglige fysiske aktivitet fordobledes. Dette havde en klar effekt på andelen af fede (body mass index ≥ 30), som faldt fra 14 % til 7 %. Vægtændringen sås i hele befolkningen (både blandt tykke og tynde), idet den gennemsnitlige Cubaner tabte 4-5 kg i vægt. Effekten på kroniske sygdomme var markant, idet der skete en umiddelbar reduktion i dødeligheden af hjertesygdom, hvilket fortsatte frem til 2002 med et samlet fald på 35 %. Tilsvarende sås et fald i dødelighed af apopleksi på 20 %, type 2 diabetes på 51 % og generel dødelighed på 18 %. Da Cuba efter årtusindskiftet igen fik økonomisk vækst, begyndte dødeligheden af ovennævnte sygdomme at stige. Disse fund stemmer overens med økonomiske studier fra vestlige lande (fx Sverige og USA), som viser, at når bruttonationalproduktet falder en smule, ses der et fald i dødeligheden.

Disse eksempler viser, at strukturelle ændringer, hvor hele befolkningen påvirkes i at få nemmere ved at foretage det rigtige valg (mere bevægelse og mindre og sundere mad), kan ændre folkesundheden radikalt på kort sigt.

Foreslået indsats

En indsats i Danmark skal ske på flere niveauer og bør være koordineret. Det vil være mindre hensigtsmæssigt at se på de forskellige indsatser som en "ønskeliste", hvorfra enkeltsager kan vælges. Centrale aktører skal sikre rammerne i form af lovgivning og afgifter (listen er næppe fuldkommen)

- Beskatning. Som anført er befolkningen følsom over for prisændringer. Skat på sukker er oplagt, men også beskatning af fedtholdige produkter og alkohol skal med i overvejelserne. Samtidig bør beskatningen (moms) på frugt og grønt fjernes. Forebyggelseskommissionen har peget på nogle af disse ting. Det bør overvejes at øremærke beskatningen til formål som har befolkningens opbakning. Fx viste en spørgeskemaundersøgelse i New York, at 52 % støttede en beskatning af sodavand og at denne andel steg til 72 %, såfremt de fremkomne midler blev benyttet til at forebygge fedme.
- Trafikpolitik. Den almindelige bevægelse i hverdagen vil øges, hvis den offentlige trafik blev optimeret, så flere lod bilen stå i den daglige transport til og fra arbejde. Den sundhedsmæssige effekt vil komme i form af at borgeren skal bevæge sig til fods eller på cykel mellem hjem/transportmiddel/arbejde, hvilket på en hverdag hurtigt kan komme op på den halve time, som Sundhedsstyrelsen anbefaler. En optimering af den kollektive trafik kan oven i købet gå harmonisk hånd i hånd med klimadebatten.
- Regulativer vedrørende offentlige bygninger. Ved at facilitere en central placering af trapper frem for elevatorer og rulletrapper, vil flere benytte trappen dagligt, hvilket vil give mere bevægelse i hverdagen.
- Reklamer. Gennemtænk området, så specielt børn og unge ikke udsættes for reklamer for usunde produkter.
- Information. Ovennævnte indsatser skal ikke foregå uden en høj grad af information, så det bliver alment kendt blandt borgerne, hvad hensigten med ændringerne er. Denne information skal samtidig være med til at skabe en holdningsændring omkring mad, bevægelse og sundhed i det danske samfund.

Regionale aktører (regioner og kommuner)

- Infrastruktur. I samspil med den overordnede trafikplanlægning skal de lokale trafikforhold forbedres, så flere vil vælge kollektiv transport og flere vil vælge at cykle og gå. Danmark har tradition som cykelland, hvilket bør udnyttes.
- Skoler
 - Bevægelse. Krav om at elever skal ud i frikvartererne (men blive i skolegården for at undgå uhensigtsmæssige indkøb) og at skolegården gøres attraktiv. En sådan regel vil hurtigt give mindst en times fysisk aktivitet dagligt
 - Mad. Servering af sund skolemad - ikke i form af levering fra cateringfirmaer, hvor kvalitet og pris ikke altid stemmer overens, men mad som tilberedes på stedet. Udgifter kan fx dækkes af de øremærkede afgifter på sukker. Klare regler som begrænser slik, sodavand og kager; ingen slik- sodavand automater med frisk drikkevand.
- Vuggestuer/børnehaver (følger idéerne fra skoler)
 - Bevægelse. Klare politikker vedrørende ophold ude. Gode udendørs faciliteter.
 - Mad. Mad tilberedt på stedet serveres. Klar politik vedrørende slik, sodavand og kager
- Arbejdspladsen
 - Bevægelse. Afbryd lange stillesiddende seancer. Gør trapperne synlige.
 - Mad. Sund kantinemad – øg prisen på usund mad eller afskaf det i udbuddet
- Omgivelserne

-
- o Bevægelse. Gennemtænk områdets infrastruktur, så faciliteter for cykling og gang øges (se fx Odense cykelby). Gør det nemmere at komme frem på cykel end bil.
 - o Mad. Stil krav til restauranter og reducer antallet af dårlige fastfoodrestauranter og kiosker

Der er et naturligt ønske om høj grad af evidens (i form af velgennemførte interventionsstudier), før større aktiviteter sættes i gang. Inden for det her behandlede område vil selve igangsætningen af en indsats imidlertid være den som fører til evidensen. Herværende gennemgang viser en meget stor grad af indirekte evidens i form af, hvad der førte til fedmeepidemien og den effekt, der kunne udledes af ikke planlagte (fx Cuba) og planlagte (fx skat på sukkerholdige læskedrikke) indsatser. Det er således tid til handling. Der er brug for politiske beslutninger i form af langsigtede planer, som løbende udbygges og vedligeholdes – både fra centrale og lokale myndigheder - og hvor resultaterne monitoreres og analyseres af videnskabelige institutioner.

Oplæg 17: Samfundets indretning, arkitektur og fedme

Af René Kural, Centerleder, Center for Idræt og Arkitektur, Arkitektskolen

Ny forskning - især fra USA - tyder på, at måden hvorpå vi strukturerer vore byer kan have markant indflydelse på borgernes sundhedstilstand.⁷ Her tænkes ikke kun på sygdomme, der opstår fra f.eks. luft- og vandforurening, skimmelsvamp i byggeriet eller for stor befolkningstæthed men især på, hvordan en usikker infrastruktur, fraværet af cykelstier og fortove, utrygge parker og byrum med ringe tilgængelighed, osv. kan påvirke den psykiske og fysiske velvære.

Konklusionen i dette korte oplæg er, at livsstilsrelaterede sygdomme kan bekæmpes gennem ændringer af det fysiske/rumlige miljø. En sygdom som f.eks. diabetes 2 kureres langt mere effektivt ved fysisk aktivitet og vægttab end ved medicinering.⁸ På den måde kan der bygges bro mellem sundhedssektoren og planlæggere af by og arkitektur. Begge grupper bør erkende, at integreringen af muligheden for moderat, daglig, fysisk aktivitet i det byggede miljø spiller en fremtrædende rolle for forebyggelse og sundhed – både mentalt og fysisk.



Aktivitetsfremmende arkitektur. Fuji børnehaven i Tokyo, der via sin form fremmer at børn løber op til 5 km om dagen

Foto: René Kural

⁷ Se f.eks. Jackson,R.J. & Kochtitzky,C. *Creating a Healthy Environment: The Impact of the Built Environment on Public Health*. Sprawl Watch Clearinghouse Monograph Series, 2001.

⁸ Jackson,R.J. & Kochtitzky,C. Ibid, 2001, p. 3.

I Europa har byer som Rotterdam, Barcelona og Manchester i de seneste ca. 15 år haft særlig fokus på at indtænke idrætten i byplanlægningen.⁹ Men disse planlægningsstrategier er udviklet i de enkelte byer, og hviler helt på deres individuelle vision om, hvad der er nødvendigt. På Center for Idræt og Arkitektur på Kunstakademiets Arkitektskole er vi ved at opbygge en viden på området, ved *dels* at indsamle viden fra eksisterende forskning, *dels* selv indhente erfaringer, anvisninger og strategier gennem egen interventionsforskning.

Baggrund

Arkitekten og planlæggeren Steen Eiler Rasmussen skriver i bogen *København*, hvordan der i den danske hovedstad fra år 1900 skete en "sindelagsændring" fra minimal velfærdstankegang til en periode, hvor planlægningen af idræt i byen blomstrede op.¹⁰ Som barn af industrialismen var sporten et byfænomen. Nye idrætsanlæg skød frem: Folke- og Idrætspark på Københavns Blegdams- og Øster Fælled i 1911, tennishal og Stadion på Østerbro i 1912, Idræts huset i 1914 og Øbrohallen i 1929. Byens borgere skulle promenerere i de nyudlagte parker, stå på skøjter om vinteren på de bundfrosne søer og bade i havet om sommeren fra de nye anlæg ved Svanemøllen og senere Helgoland. For Rasmussen er det Egnspanudvalgets betænkning om *Københavnsegnens grønne Omraader* fra 1936, som sætter punktum for dette og sender byboerne ud til det frie land "til en passiv beskuen af den skønne natur".¹¹ Det offentlige byggede stadig etagehuse i København, folk fik boliger, men der var ikke længere plads til friluftaktiviteter. Og han konkluderer, at selvom sporten (også på det tidspunkt) fyldte meget i aviser, radio og TV, har den "ikke nogen fastslaaet plads i byplanen".¹²

Akkurat som industrialismen byggede på en filosofi om at koordinere standardiserede dele til et hele, segregerede planlæggerne byerne fra slutningen af 1940'erne.¹³ Vi fik rene industriområder, sovebyer og indkøbscentre, mens idrætsparkerne blev lagt i periferien af de ny byer. Storbyen blev betragtet som et usundt projekt - hvad den til dels også var. Byboerne flyttede ud: Hvor f.eks. København i 1950 havde 768.105 indbyggere, var det i 2000 faldet til ca. 496.000 eller omtrent det samme som ved 1. Verdenskrigs udbrud i 1914.

Behovet for en "Gylden Plan"?

I 1974 udgav Ministeriet for kulturelle anliggender i Danmark så betænkning nr. 709, der fokuserede på *Idrætten og friluftslivet*.¹⁴ Målet var, at klarlægge de daværende forhold for idrætten både hos eliten og det sundhedsfremmende afsnit. Med henvisning til en investeringsplan for idrætten i Vesttyskland (1960-75) kaldet *Der goldene Plan*, peger betænkningen på behovet for et tilsvarende initiativ Danmark. *Der goldene Plan* havde sit navn fra en opfattelse af folkesundheden som "guld værd". Planen opstillede nøje specificerede normer for antal idrætsfaciliteter, deres art og placering vurderet i forhold til befolkningens størrelse, aldersgrupper, stedets karakter, kommunens størrelse, osv. Planen kom endvidere med praktiske råd og kon-

⁹ I tilføjelserne til byplanen for Manchester, *The Manchester Plan*, står konkret, at: "The development of sporting facilities and the staging of major national and international events is a key element in the City's regeneration strategy". Manchester City Council. *Town and Country Planning Act 1990. Notice of Adoption of Proposals for the Alteration of the City of Manchester Unitary Development Plan*. Manchester City Council, 1999, p. 2.

¹⁰ Rasmussen, S.E. *København*. G.E.C. Gad, 1994, p. 206.

¹¹ Rasmussen, S.E. *København*. G.E.C. Gad, 1994, p. 208.

¹² Rasmussen, S.E. *København*. G.E.C. Gad, 1994, p. 210.

¹³ Kural, R. (Ed.) *Antydninger af nye byscener*. Kunstakademiets Arkitektskole, 1997, pp. 8-20.

¹⁴ Kapitel 6: "Befolkningens muligheder for at dyrke idræt afhænger først og fremmest af eksistensen af idrætsanlæg". Umiddelbart en snævrere forståelse af, hvad idrætsrummet kan være, end vi har i dag. Ministeriet for kulturelle anliggender. *Betænkning om idrætten og Friluftslivet*. Betænkning nr. 709. Ministeriet for kulturelle anliggender, 1974, p.135.

krete eksempler på byplaner. Det interessante er imidlertid, at selvom kommunerne skal stå for udgifterne til indkøb af arealer og drift, kunne der søges national og regional støtte til anlægsudgifterne.¹⁵

Betænkning 709 konstaterer, at der i Danmark ikke findes overordnede retningslinier og normer for minimumskraverne til facilitetssiden, men at disse vurderinger er overladt til de enkelte kommuners eget skøn. Det konkluderes, at det er nødvendigt med "forskning omkring idrætsfaciliteternes indplacering i byplanlægningen".¹⁶ Problemet med *Der goldene Plan* og ethvert andet lignende forsøg på at opstille standardstørrelser ud fra formodninger om befolkningens behov for boldbaner og haller er, at ganske vist er det let at administrere, men netop i Planens kvantitativt ufleksibelt og formaliseret. Til gengæld bliver den et bud på, hvordan kommunerne kan pålægges at indarbejde hensynet for fysisk aktivitet i lokal- og byplanlægning.

Tegn på en mere helhedsorienteret forståelse af byplanlægning og fysisk aktivitet

Om idrættens placering i dansk byplanlægning fra 1930'erne er det således vurderingen, at den har været føjet ind i den overordnede planlægning - grænsende til det fraværende. Efterslæbet på idrætsfaciliteter samt deres utidssvarende tilstand i f.eks. hovedstadsområdet synes godt at kunne understøtte dette synspunkt.¹⁷ I *Københavns Kommuneplan* fra 2001 fylder afsnittet om "Idrætsanlæg" kun ca. en ½ side samt to spalter.¹⁸

Det interessante er imidlertid, at Kommunen i samme plan lægger op til en langt bredere forståelse af, hvad en idrætsfacilitet er - både som byrum, bygninger og aktivitet. Her tales nu om at integrere idrætten i anlæg til andre formål, skabe plads til nye idrætsgrene, åbne for fleksibel tilrettelæggelse af brugstider, styrke nærhedsprincipperne, forbedre udnyttelsen af tomme arealer og måske vigtigst, om at idrætten "bør indtænkes i byfornyelsen".¹⁹ Samme tendens ses tydeligt i *Idrætspolitisk Redegørelse* fra 2004, hvor det direkte anføres, at bevægelse skal indtænkes i byplanlægningen via et øget samarbejde på tværs af forvaltningerne.²⁰

Hvor der i dag er et bredere perspektiv af, hvad en "idrætsfacilitet" er, tegner der sig ligeledes et mere broget billede i definitionen af, hvad det vil sige at dyrke sport eller motion. I 1964, som den første undersøgelse af danskernes motions- og sportsvaner stammer fra, ville spørgsmålet "Dyrker De sport" i højere grad blive opfattet som, hvorvidt man dyrkede traditionelle, klubbaseerede idrætsgrene i en forening, og ikke som den 20 km lange cykeltur til og fra arbejde.²¹ I dag inkluderer det at være idrætsaktiv nu mange sundheds- og oplevelsesorienterede rekreative aktiviteter udenfor foreningerne og i rum, der ikke er udlagt som konventionelle faciliteter til idræt.²²

Således er det interessant, at de senest tal over danskernes motions- og sportsvaner også afslører noget om det rum, man ønsker at være det i. Der er stor forskel på det, at være barn og voksen. Hvor børn på 7-12 år er meget

¹⁵ Hermansen, B. *Den aktive by*. Udvidet projekt- og litteraturbeskrivelse. August 2009, p. 12.

¹⁶ Ibid. 1974, p. 149.

¹⁷ Se: *Idrætspolitisk Redegørelse*. Københavns Kommune, 1988, 1993, 1998, 2001 og 2004. Det må betvivles, om de kvantitative opgørelser af idrætsfaciliteter og -deltagelse stadig er anvendelige i dag, eller om de bør erstattes af nye og mere "avancerede" modeller. Se: Bach, L. Sports and Urban Planning – Sports Behaviour as a Basis for Sports Facilities Development Planning. Reprint from: Weiss, O. & Schulz, W. (Eds.) *Sport in Space and Time*. Vienna University Press, 1995, pp. 185-193.

¹⁸ *Københavns Kommuneplan 2001. Hovedstruktur og rammer*. Københavns Kommune, Økonomi- og forvaltningen, 2001, pp. 72 og 76-77.

¹⁹ *Københavns Kommuneplan 2001.*, p. 76.

²⁰ Københavns Kommune. *Idrætspolitisk Redegørelse*. Københavns Kommune, 2004, pp. 40-41.

²¹ Pilgaard, M. *Danskernes motions- og sportsvaner 2007*. Idan, 2008, pp. 11-12. Fridberg, T. *Kultur- og fritidsaktiviteter 1975-1998*. Socialforskningsinstituttet.

²² Bøgeskov, L. Idrætten mister de unge. *Politiken*, 19.01.2000.

loyale overfor foreningsidrætten og primært dyrker tre idrætter - fodbold, svømning og gymnastik – så ændrer billedet sig allerede fra det fyldte 13 år, da de nu selv kan transportere sig til mere nuancerede motionsformer. Hos de voksne er de fem mest søgte aktiviteter - vandring, jogging, styrketræning, gymnastik og aerobic – motionsformer, der er fri af den traditionelle hal.

I tallene gemmer sig yderligere to bemærkelsesværdige informationer. I 2007 er det tydeligt, hvordan kort uddannelse og lav indtægt er en hindring for et fysisk aktivt liv. Tre gange så mange med kort uddannelse (24 %) dyrker aldrig sport/motion i forhold til personer med en uddannelse på 13 år eller mere (8 %). Sociale variable har altså indflydelse på, om man lever det sunde liv. Det samme har afstanden til en "facilitet".

På spørgsmålet om, man ville dyrke mere sport/motion, hvis der var bedre faciliteter i nærheden, svarer især de med over 30 minutters transporttid bekræftende. Blandt børnene er det op til 65 %. Det vil sige, at faciliteter tæt på hjemmet har en direkte indflydelse på tilbøjeligheden til at være mere aktiv. Især blandt børn, der ønsker at være uafhængige af at skulle transporteres af de voksne.²³

Fremtidig byplanlægning i et helhedsperspektiv

Med kommunalreformen og den nye sundhedslov i 2007 overgik ansvaret for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme til kommunerne, der nu har ansvaret for at få uarbejdet handlingsplaner og konkrete resultater.²⁴ Men tilsyneladende er det nødvendigt, at Staten træder til og assisterer med konkrete handlingsanvisninger for at det kan lykkes. Dette kan bl.a. ses på svarene i *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008*, hvor 81 % af de danske kommuner svarer, at de har iværksat eller planlagt aktiviteter/tilbud for at fremme fysisk aktivitet/inaktivitet, men at kun 21 % har implementeret disse.²⁵ Staten kunne altså bistå kommunerne med *dels* at beskrive steder, hvor byplanlægningen hindrer bevægelse, *dels* udvikle planlægningsmæssige redskaber og strategier, der øger muligheden for at implementere større fysisk aktivitet i byrummet og f.eks. angive kriterier for den optimale placering af egentlige aktivitetsfremmende anlæg i bymæssig sammenhæng.

Anbefalinger til fokusområder i en aktivitetsfremmende byplanlægning

- o Udvikling af anvisninger på, hvordan idræt, byrum og byplanlægning kan tænkes sammen til et overordnet politisk redskab.
- o Vejledninger for og forslag til aktivitetsrummenes placering, udformning, art og størrelse.
- o Normer for antal idrætsfaciliteter i forhold til indbyggertal, befolkningssammensætning, demografi, alder, infrastruktur, mv. er en overvejelse værd.
- o En retænkning af infrastrukturen og forslag til løsninger på transport til og fra sport/motion især for børn.

²³ Troelsen, J. et al. De bolignære områders betydning for sundhed. Syddansk Universitet, 2008. Pilgaard, M. *Danskernes motions- og sportsvaner 2007*. Idan, 2008, pp. 48, 80-82.

²⁴ Hermansen, B. *Den aktive by*. Udvidet projekt- og litteraturbeskrivelse. August 2009, p. 10.

²⁵ *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats, 2008*, p. 25-26.

Oplæg 18: Skolen som forebyggelsesarena

Af Bent Egberg Mikkelsen, Aalborg Universitet

Indledning

Der er stigende bekymring for børn og unges kostvaner og specielt mulighederne for at få adgang til en tilstrækkelig varieret og lødigt kost. Den nationale kostundersøgelse og Skolebørnsundersøgelserne fra Institut for Folkesundhedsvidenskab viser, at den kost, som børn og unge indtager, er for fed og sukkerholdig, og at den indeholder for få fibre, for få grøntsager og for lidt frugt (Fagt et al., 2007, Lyhne et al., 2005, Due og Holstein, 2003). Det er bekymrende, eftersom dårlige kostvaner er en alvorlig risikofaktor for senere udvikling af overvægt (Anderson & Butcher, 2006). Overvægt og svær overvægt hos børn medfører en øget risiko for senere som voksen at blive overvægtig eller svært overvægtig (Whitaker et al., 1997). Dermed øges samtidig risikoen for at få fedmerelaterede komplikationer som fx metabolisk syndrom, type 2 diabetes og hjertekarsygdomme (DiPietro et al., 1994, Must et al., 1992, Mossberg, 1989).

På den baggrund er der stor interesse for strategier, der kan fremme sunde kostvaner hos børn og unge og her har skolen efterhånden fået en central plads som en populær "madarena" der kan danne udgangspunkt for sådanne strategier.

Spørgsmålet er imidlertid om der, i de videnskabelige undersøgelser, der hidtil er været udført på området i udlandet, kan findes belæg for at mad på skolen skulle være særligt en særlig perspektivrig forebyggelsesstrategi i forhold til overvægt og fedme. Og om der i de skolemads koncepter der i øjeblikket testes rundt om i landet, er perspektiver der peger i retning af en offentlig styret mad ordning i danske skoler vil kunne gøre en forskel i forhold fedme og overvægt blandt danske skolebørn.

Formål

Formålet med denne artikel er at give et overblik over det videnskabelige belæg, der måtte være for at skolen kan spille en særlig rolle som forebyggelsesarena og som arena for fremme af sundere spisning og maddannelse blandt danske børn og unge. Desuden er det formålet at diskutere disse belæg i forhold til den virkelighed der gælder for mad i danske skoler.

Hvorfor er mad interventioner i skolen nødvendige?

Der har indenfor folkesundhedsvidenskaben udviklet sig en tradition for at interventionsforskning er nødvendig for at kunne vise den *evidens*, der efter manges mening er nødvendig for at kunne anvende offentlige midler på en optimal måde. Grundantagelsen er nemlig at kan forskerne vise en forskel under kontrollerede interventionsforhold, så må det være fordi at den pågældende intervention faktisk er effektiv - også under ikke kontrollerede forhold i dagligdagen. Denne tænkning fører så til konklusionen at er den effektiv under ikke kontrollerede forhold i dagligdagen, så er det også forsvaret at investere offentlige forebyggelseskroner i en sådan interventionsstrategi.

Evidensen – altså det at forskerne har været ude at "bevise" at en given indsats faktisk kan gøre en forskel – er således gået hen og blevet den gyldne standard for interventioners effektivitet. "Evidence should inform policy, in order to get the most out of public money" er blevet mantraet i de ministeriale og kommunale korridorer og det samme gælder i EU's forebyggelseskontor. Dermed er "evidensen" blevet en del af det beslutningsværktøj som politikere kan bruge når sundhedsfremme og forebyggelsesmidler skal kanaliseres derhen hvor man kan forvente de gør størst nytte.

Et glimrende eksempel på hvorledes evidens kan forme en politik proces er det EU finansierede Prochildren studie, som fra starten af det nye århundrede blev gennemført i en række europæiske lande heriblandt Danmark. Prochildren viste klart at såfremt skolefrugt blev gjort tilgængelig så fører det til højere indtag af frugt blandt skolebørn. Dette studie er en af vigtigste årsager til at EU kommissionen nu efter langt tids forberedelser går ud med et EU støttet skolefrugt program, der skal være med til at øge frugt indtaget blandt europæiske skolebørn.

Hvad viser litteraturen om effekten af madinterventioner i skolen og hvordan måles effekt?

I takt med at forekomsten af overvægt og fedme er steget er den videnskabelige litteratur om skolen som forebyggelsesarena også steget kraftigt over de seneste årtier. I folkesundhedsvidenskaben er der lang tradition for at gennemføre kontrollerede interventioner hvor eksempelvis eleverne i et antal skoler tilbydes en madintervention og hvor resultaterne fra interventions-skolerne så sammenlignes med resultaterne fra en række skoler som ikke har fået tilbudt interventionen. Særligt i USA og England er der blevet gennemført madinterventioner i skolen. Interventioner skal i den forbindelse forstås som "eksperimenter" hvor udvalgte skoler udpeges til at deltage i særlige "kontrollerede" initiativer som forskere mener vil kunne gøre en forskel med hensyn til kostmønster og/eller BMI. Disse to mål – om eleverne kommer til at spise sundere og om de bliver mindre overvægtige/fede - går således igen i de fleste af disse interventionerne som et anerkendt mål for om interventionen har haft effekt.

Hvordan kan der interveneres i relation til mad på skolen?

De første interventioner, der blev gennemført byggede på en antagelse om, at såfremt den sunde mad blot var til stede i tilstrækkeligt omfang i skolen, så ville det føre til effekt. De refereres ofte til som "foodservice" interventioner. Senere studier og teoriudvikling har imidlertid vist, at der skal langt mere til for at få effekt. Passiv servering af sund mad alene skaber ikke blivende forandring. Forklaringen er indlysende, nemlig at der er en lang række *andre* og særdeles aktive forhold, der har betydning for hvorledes børn spiser. Skolens "madlandskab" er således kun et af en lang række landskaber af mad som børn møder i dagligdagen.

En række af de nævnte studier tyder klart på at det ikke er nok at intervenere i selve *maden*. Også *pædagogiske tiltag* er nødvendige. Disse interventioner refereres ofte til som "curriculære" idet de ganske logisk ræsonerer, at den mest oplagte måde hvorpå der kan skabes sunde kostmønstre blandt børn, er ved at lære dem det igennem undervisningen (Sahota et al, 2001). Og det gælder ikke blot gennem *hjemkundskabsfaget*, men også gennem *andre af skolens fag*. Nyere dansk forskning i skolebaseret sundhedsfremme har desuden vist at effektiv undervisning i sundhedsfremme frem for at være belærende og normativ, bør baseres på at skabe *handlekompetence* – at give børn de frihedsgrader og kompetencer, der er nødvendige for at de *selv* kan danne en sund livsstil.

Andre og senere interventioner i udlandet har desuden vist at også *familieinvolvering, organisationelle tiltag* som f.eks. *mad og måltidspolitikker* samt involvering af *lokalsamfundet* er nødvendige interventionskomponenter når det gælder om at opnå effekt.

Konklusionen er således at en det ikke nytte "at komme kørende med en lastbil med sund mad", hvis ikke de andre komponenter er med. Nyere dansk forskning (Bruselius-Jensen, 2007) viser eksempelvis at elever på skoler, som selv driver madordninger i højere grad formår at skabe ejerskab og dermed bliver brugt mere end madordninger hvor maden kommer udefra.

Er der evidens for at sund mad på skolen gør en forskel?

De kontrollerede interventioner der er gennemført i udlandet viser at det er muligt at opnå effekt af skolemadsinterventioner for så vidt angår det effektmål, der drejer sig om sundere indtag blandt skolebørn. Forudsætningen er imidlertid at der tale om brede interventioner såkaldte "multilevel" interventioner og det vil sige at de inkluderer flere interventionskomponenter herunder både "foodservice" og "curriculum".

Hvilke perspektiver er det i sund mad på skolen i Danmark?

Som litteraturen viser, er der i teorien og under de rigtige forhold store perspektiver i at udnytte skolen i en aktiv indsats for bedre spisevaner blandt børn. I praksis er perspektiverne imidlertid yderst begrænsede når det gælder en dansk kontekst. Det skyldes især to forhold:

De hidtidige indsatser har forsøgt at tænke skolemad som passiv bespisning

Der har i Danmark over de seneste år udviklet sig en særlig tro på, at man alene ved at fokusere på selve *den serverede mad* i skolen kan være med til at ændre på børns kostvaner. En del af denne tro på madens egen forandringskraft stammer utvivlsomt fra Jamie Olivers "Feed me better" kampagne, som med støtte fra Tony Blairs regering og under stor medieopmærksomhed blev forsøgt implementeret i de engelske skoler i midten af dette årti. Kampagnen sluttede imidlertid brat i sommeren 2007, da man måtte erkende at man ikke kan ændre på skolebørns spisemønstre alene igennem en "haute cuisine" tilgang. Man havde groft sagt overset at skolen ikke er en restaurant. Oversat til danske forhold betyder det, at når mennesker eksempelvis går på Noma, så gør de det for at få en unik madoplevelse, men når børn går i skole så gør de det dybest set for at få en unik læringsoplevelse. Effektive interventioner på skoler er derfor nødt til i langt højere grad at udvikle en forståelse af skolen som pædagogisk og sociokulturelt rum frem for forståelse af skolen som et madeksperimentarium.

127

Skolen er et komplekst socialt og kulturelt rum hvori maden fylder ganske lidt. Til gengæld fylder læring og pædagogik rigtig meget. Talrige undersøgelser tyder på at (Benn, 19) tyder på at skal skolen udnyttes som forebyggelses arena så skal skolen tænkes både som læring, som mad og som ledelse. Som en trekant hvor pædagogik, madforsyning og ledelse skal arbejde sammen om at fremme sunde spisemønstre. Det er nærliggende at antage at langt den største forandringskraft i interventioner ikke stammer fra *den sunde mad selv*, men stammer fra den dannelsesproces der følger af det gode eksempel. Og det er vel at mærke det gode eksempel, der bliver genspejlet i undervisningen og den måde skolen som sådan opleves på. Det nytter således ikke noget at servere sund mad hvis ikke de gode budskaber i maden genfindes i undervisningen og hvis ikke skole gør sig ulejligheden af formulere en mad og måltids politik. Først i dette tilfælde er det sandsynligt at en skoleindsats vil medvirke til at "danne" børn i den rigtige retning når det gælder spisevaner.

Denne kraft er nemlig langsigtet og "dannende" hvorimod det sunde skole-måltid er passivt og kun kortvarigt effektivt. Med andre ord eksemplets magt - god og sund mad - inspirerer barnet til aktivt at optage gode spisemønstre og livskompetence.

De hidtidige indsatser har tænkt forbrugerskab i stedet for "madborgerskab"
Skolemad i Danmark er et individuelt og markeds baseret fænomen. Det betyder at mad ikke er for alle, men kun for dem ønsker at gøre brug af det. Adskillige undersøgelser herunder det igangværende EVIUS projekt, hvor Ålborg Universitet sammen med en række partnere undersøger den danske skolemad, dokumenterer, at kun omkring hver tiende elev bruger ordningerne. Et enkelt tankeeksperiment illustrerer pointen om, at en sådan bruger procent kun vil have minimal folkesundhedsmæssig effekt. Det kan antages, at offentlig organiseret skolemad – såfremt den overholder Fødevarestyrelsens anbefalinger – vil være den "gennemsnitlige" madpakke og det alternative "uden for skolen" måltid ernæringsmæssigt overlegen. Hidtidige fund fra Evius projektet peger på, at det offentlige tilbud i de fleste tilfælde scorer højt på et "ernæringskvalitetsbarometer". Undersøgelser tyder også på at madpakken i mange tilfælde er sund, men at spredningen er betydeligt større her. Projektet tyder således på at den offentlige mad på skolen ernæringsmæssigt virker på den måde at den skræller "bunden" - den mest usunde skolemadpakke bort. Pointen her er, at *forskellen er lille* og eftersom kun 10 % får gavn af denne – *i forvejen lille* – forskel, så er bundlinjen at mad på skolen "à la Danoise" kun vil have forsvindende lille folkesundhedsmæssig effekt.

Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at langt fra alle kommuners madtilbud er i *overensstemmelse* med gældende anbefalinger. Nogle kommuner vælger således aktivt at fravælge disse med henvisning til at disse ikke er forenelige med børns præferencer. Det rejser således et meget centralt spørgsmål, nemlig om hvorvidt skolemaden skal være *normativ* eller *populær*. Og den gældende markeds drevne "forbrugerskabs" tilgang til skolemaden herhjemme sætter naturligt nok visse grænser for *hvor* normativ maden kan være.

I modsætning til den model man har valgt i Sverige hvor *skolemad er for alle* - og paradoksalt nok også i modsætning til den model man har valgt i *danske børnehaver* – så er dansk skolebørn *madforbrugere* og ikke "*madborgere*". Det betyder samtidig at den "dannende" effekt, som bl.a. er påvist at den franske forsker Claude Fischler og som viser sig i at individer der spiser det samme og i fællesskab har en tendens til at lade sig påvirke og "danne" af andre individer i gruppen. Det kan således forventes at det er gennem den sociale "læring" – ved at hele gruppen indtager et fælles måltid - at mad på skolen kan antages at have langt den mest betydelige "dannende" effekt.

Konklusion:

Der er store muligheder og perspektiver i at udnytte skolen som arena for at fremme sundere spisning og skabelse af livskompetence og den videnskabelige litteratur peger på, at det er yderst perspektivrigt. Men den hidtidige danske tilgang, der er baseret på passiv bespisning og på et markeds baseret frit valg, vil ikke komme til at gøre nogen folkesundhedsmæssig forskel.

Bent Egberg Mikkelsen
Professor, PhD, Forskningsområdet for Mad På Skolen, Aalborg Universitet
E-mail: bemi@plan.aau.dk. Tlf: 99 40 25 56, Mobil: 25 38 43 66

Referencer

- Anderson PM, Butcher KE. Childhood obesity: trends and potential causes. *Future Child* 2006; 16: 19-45.
- Benn, J (1996): Kost i skolen - skolekost, en undersøgelse af forhold, tilbud og muligheder. Fra fattige børns bespisning til sundhedspædagogiske projekter. Ph.d. afhandling, DLH
- Bruselius-Jensen M: "Når klokken er halv tolv, har vi spising". Danske skoleelevers opfattelse af mad og måltider i skoler med madordninger. Fødevareinstituttet DTU, 2007.
- DiPietro L, Mossberg HO, Stunkard AJ. A 40-year history of overweight children in Stockholm: life-time overweight, morbidity and mortality. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1994; 18 (9): 585-590.
- Due P, Holstein BE: skolebørnsundersøgelsen. 2. rev. Udgave. København: Københavns Universitet – Institut for Folkesundhedsvidenskab. 2003.
- Fagt S, Christensen T, Groth MV, Biloft-Jensen A, Matthiessen J, Trolle E: Børn og unges måltidsvaner 2000-2004. Fødevareinstituttet DTU, Søborg, 2007.
- Lyhne N, Christensen T, Groth MV, Fagt S, Biloft-Jensen A. Danskernes kostvaner 2000-2002. Hovedresultater. Danmarks Fødevareforskning, 2005.
- Mossberg HO. 40-year follow-up of overweight children. *Lancet* 1989; 2 (866): 491-493.
- Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *N Engl J Med*. 1992; 327 (19): 1350-1355.
- Sahota P, Rudolf MCJ, Dixey R, Hill AJ, Barth JH, Cade J. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *BMJ*. 2001; 323: 1027-1029.
- Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997; 337: 869-73.

Oplæg 19: Forebyggelse rettet mod grupper med høj risiko for at udvikle fedme

Af Finn Didrichsen, Institut for Folkesundhedsvidenskab

Ulighed i sundhed – mellem individer og grupper

Ulighed i indkomst måles i økonomiske analyser ofte som en ginikoefficient - dvs. det er uligheden mellem individer som beregnes. Ulighed i helbred måles normalt ikke mellem individer, men mellem grupper. Der er der flere gode grunde til (1). Det er ikke fordi ulighed i helbred mellem individer er svært at få øje på. Nogle mennesker dør unge ved en trafikulykke, andre lider i mange år af en kronisk invalidiserende sygdom, mens atter andre sover ind mere eller mindre raske når der er 90. Så man kunne udmærket tænke sig at beregne en ginikoefficient på ulighed i leveår eller sunde leveår. Det bliver bare sjældent særlig interessant. Leveårenes middelværdi (middellevetiden) og deres spredning følges nemlig næsten altid ad – når middellevetiden stiger, falder ginikoefficienten. Det beror på at levetiden i modsætning til indkomst tendere at være stærkt begrænset opadtil. Der er dog nogle få interessante undtagelser. I 1970'erne og 1980'erne afspejlede HIV-epidemien blandt franske mænd og cancerepidemien blandt danske kvinder sig i at ginikoefficienten faktisk steg, samtidig som middellevetiden også gjorde det (2).

Der er dog ikke kun måletekniske grunde til ikke at beregne ginikoefficienter på levetiden. Det er fordi at der sundhedspolitisk er en vigtig distinktion mellem retfærdige og uretfærdige uligheder i sundhed. Ginikoefficienten for leveår skelner ikke mellem om det er de rige som lever kortest, eller det er de fattige – en distinktion som etisk ikke er uden betydning. Den skelner heller ikke mellem om ulighederne er uundgåelige eller er påvirkelige med eksisterende viden og ressourcer (3). Uligheder i indkomst og arbejdsvilkår er svære at undgå i et samfund med arbejdsdeling og økonomiske incitamenter. Men det er svært at argumentere for at sociale uligheder i helbred er nødvendige, om ikke de er en uundgåelig konsekvens af de andre uligheder i sundhedens determinanter. Og det er de, som vi skal komme tilbage til - ikke nødvendigvis. Derimod er nogle måske uundgåelige fordi vi ikke kan gøre noget ved årsagerne. Under alle omstændigheder opfattes sociale uligheder i sundhed som et alvorligt politisk problem i de fleste lande, selvom forskellen i middellevetid mellem høj og lav kun er ca. 10 %, og i den forstand er meget mindre en indkomstuligheder, som opfattes som et mindre problem. Om man som Amartya Sen hævder at en grundlæggende kvalitet i samfundsudviklingen er at sikre menneskers faktiske frihed til at kunne leve det liv man sætter pris på, bliver sygdom og for tidlig død måske den vigtigste hindring for samfundet at kontrollere (13).

Fedme – gener og miljø

Lad os tage eksemplet fedme. Overvægt og fedme måles normalt som BMI (vægt (kg)/længde(m)²). Der er en betydelig variation i BMI. Aktuelle befolkningsundersøgelser (som formentlig undervurderer forekomsten af fedme) finder at omkring 15 % af den danske befolkning er i dag fede med BMI ≥ 30. En tredjedel er overvægtige med 25 ≤ BMI < 30, og 2 % er undervægtige med BMI < 18,5 (4). Med et BMI over 30 har man en risiko for en lang række sygdomme inklusive hjertekarsygdomme, type-2-diabetes, slidgigt og bryst-

kræft som er forhøjet 2-5 gange. I USA stiger forekomsten af fedme med ca. 1 procentenhed per år og er nu oppe på 34%. Ligeså mange er overvægtige (7). I Danmark er både stigningstakten og dagens niveau en brøkdel af den i USA. Skolesundhedsplejen i Københavns kommune har registreret børnenes længde og vægt siden 1937. Allerede for de børn som var født i perioden 1930-50 steg forekomsten af overvægt og fedme. I den følgende 10-årsperiode stagnerede udviklingen og siden hen fra de som er født 1960 og fremad har stigningen igen taget voldsom fart. Denne udvikling i tre faser kan ikke korreleres til faser i velstandsstigningen (6).

Tvillingstudier viser at måske helt op til 80% variansen mellem individers BMI er genetisk betinget, og at bordadopterede børns BMI er stærkere korreleret til de biologiske forældres BMI end til adoptivforældrenes (5,6). Mange gener er undersøgt men der ikke fundet et som har en selvstændig effekt på fedme. Der arbejdes nu for tiden ud fra en såkaldt evolutionshypotese, som peger på at vi biologisk er skabt til at være jægere og samlere med meget varierende tilgang til føde. De individer som var bedst til at opbygge fedtdepoter når der var rigeligt med mad, har klaret sig bedst. Men de genvarianter som dengang var en fordel for overlevelsen er nu blevet problematiske "fedmegener". Vår tids lette muligheder at imødekomme sultfølelser med velsmagende mad, og muligheden for at undgå fysisk aktivitet, er i kombination med vores biologiske forudsætninger blevet en trussel.

Generne kan dermed ikke i sig selv forklare den fedme-epidemi som har udviklet sig globalt, ikke mindst over de sidste 30-40 år. Menneskehedens gener ændrer sig slet ikke i den takt. Det faktum at fedmeforekomsten på få decennier er mangedoblet kan også udtrykkes sådan at mere end 80% af fedmen kan forklares med miljø. Det faktum at det er den "patologiske fedme" med BMI klart over 30, som i mange befolkninger stiger mest, taler for at der en gruppe i befolkningen som er genetisk særligt sårbar for effekterne af det moderne samfunds fedmefremkaldende egenskaber. Hvilke genetiske varianter det handler om ved vi, trods ihærdig forskning kun meget lidt om.

Generne kan heller ikke forklare den sociale ulighed i fedme som er blevet meget udtalt. I de fleste rige lande er der i alle aldre og i særdeleshed blandt kvinder, et meget stærkt, men omvendt forhold mellem uddannelse og BMI (8). I Danmark er forekomsten af fedme 2-3 gange så høj blandt de som kun har en kort skoleuddannelse sammenlignet med de som har en videregående uddannelse. Det gælder for både mænd og kvinder, børn og voksne (4). I fattige lande er relationen ikke sjældent omvendt – at det er overklassen som har flest overvægtige.

Selvom generne altså kan forklare meget af den individuelle variation og altså helt tydelig er vigtige i fedmens ætiologi, kan de tidsmæssige og sociale mønstre kun forklares gennem *interaktion* mellem gener og miljø²⁶ (5,6). Ingen af de store folkesygdomme har nogen kendt *tilstrækkelig* årsag – genetisk eller ej – hvor alle som er eksponerede bliver syge. Selv den der har røget 2 pakker cigaretter om dagen i et langt liv har kun 15 % risiko at få lungekræft! Der skal altid være flere bidragende årsager til stede som interagerer over livsforløbet for at sygdom skal opstå. Det positive med dette er at om vi finder ud af hvilke forhold det er som interagerer med de faktorer som ikke så let kan manipuleres (f.eks. gener og socialgrupper), så kan vi fjerne hele eller dele af effekten af både den faktor som blive manipuleret og den faktor, hvis effekt er afhængig af den anden. Det mindre positive med denne mekanisme er, at i takt med at mange risikofaktorer i sundhedsadfærd, miljø og

²⁶ I medicinen er *interaktion* ikke noget statistisk begreb, men et udtryk for at effekten af en risikofaktor eller et lægemiddel er påvirket af tilstedeværelsen af et andet

visse gener ophobes blandt mennesker med kort uddannelse og små indkomster, jo mere kan de forstærke hinandens effekt. Dette er formodentlig årsagen til det paradoksale faktum, at vi i mange lande inkl. Danmark ser at de sociale forskelle i dødelighed bliver større og større selvom flere af de risikofaktorer som spiller en afgørende rolle (f.eks. rygning) mindsker i alle socialgrupper. Det betyder også at helbredseffekten af de faktorer i samfundet, hvor vi som nævnt, formentlig er tvunget til at opretholde en vis ulighed, ikke behøver vise sig som en lige så stor ulighed i sygdomsrisiko, og slet ikke som en ligeså stor ulighed i sygdomskonsekvenser i form af dødelighed og handicap. Det sidste led påvirkes af både behandling og rehabilitering, men også af social faktorer. Desværre er den sociale ulighed større jo alvorlige sygdomskonsekvenser vi taler om. Det faktum at gener og miljø interagerer, er også forklaringen til at det kan være sandt at gener forklarer 80 % af variansen, og miljø mindst ligeså meget, og at summen dermed bliver langt over 100 %.

Fedmens årsager

At energioverskud ved en positiv energibalance oplagres er et resultat af den første termodynamiske lov om energiens konstant. Vi forestiller os at ubalancen skabes af ydre forhold, gennem øget energiindtagelse og/eller gennem reduceret energiforbrug. Rækkefølgen er ikke videnskabeligt klarlagt – om det begynder med et øget indtag af energi, stigende vægt og derefter faldende fysisk aktivitet og energiforbrug, eller om det handler om en biologisk drevet øget akkumulering af energi fedtvævet (6). Der skal ikke meget til. For at gå et par kilo op i vægt om året kræves der blot en positiv energibalance på 30-40 kalorier ekstra om dagen. Det svarer til et stykke chokolade eller at man tager bilen i stedet for at cykle en kort tur (9). Det er mod den baggrund måske mere forbløffende at næsten halvdelen af befolkningen trods alt kan bevare en relativ konstant vægt voksenlivet igennem, end at den anden halvdel af befolkningen ikke kan. Der er dog ingen tvivl om at noget af det mest "obesogene" ved det moderne samfund handler om adgangen til rigelig, lækker, sød og fed mad samt kalorierige drikkevarer. I kombination med et samfund, hvor største delen af befolkningen klarer sig fint med en meget begrænset fysisk aktivitet på arbejdet, i hjemmet og ved transporterne derimellem. Vi er genetisk ikke bygget til at klare alle de fristelser.

Årsager til social ulighed i fedme

Modeller for analyser af social ulighed i sundhed er udviklet (1,10) og anvendt bl.a. i fedmeforskningen (11). Der er i den danske befolkning meget tydelige og voksende sociale forskelle i nogle af fedmens vigtigste årsager – fysisk inaktivitet og forbrug af energitætte fødevarer (fedt og sukker). De kan formentlig til meget stor del forklare den sociale ulighed i fedme, ikke mindst fordi de altså tenderer at optræde sammen blandt mennesker med kort uddannelse, og dermed kan forstærke hinandens effekt. De faktorer kan formentlig også forklare hvorfor Danmark ikke er så hårdt ramt som USA. Det hindrer dog ikke at der også kan være andre mekanismer bag den sociale ulighed. En dansk studie har f.eks. vist at normalvægtige 9-10-årige børn som udsættes for alvorlig omsorgssvigt i de følgende ti år har en mangedobbelt risiko for at udvikle fedme, som ikke kan forklares af mellemliggende faktorer som fysisk inaktivitet og kost (6). Det indikerer at stressmekanismer, hvor også andre faktorer som f.eks. økonomisk stress også kan spille en rolle. Dertil kommer den stress som kan være udløst af omgivelsernes negative reaktion på en persons fedme, som da kun i en ond cirkel gør sagen værre.

I næste led bagud i årsagskæden findes de årsager, hvor interessen for effektive interventioner i dag samler sig. Det handler om strukturelle forhold på lokalområdeniveau (12) og de forebyggende indsatser handler om strukturelle tiltag som retter sig til hele befolkningen, selvom man for nogle indsatser

kan prioritere at udføre dem i underprivilegerede områder: Fysisk planlægning som ansporer til at gå og cykle, flere idrætstimer skolerne, udbygge rekreative områder, afgifter på energitætte fødevarer, fødevaremærkning, kostpolitik for arbejdspladser og institutioner, begrænsninger af TV-reklamer for børn og anden markedsføring af fede og søde madvarer etc.(7,9).

Indsatser mod ulighed i fedme

Man kan spørge sig om strukturelle tiltag som retter sig til hele befolkningen generelt vil hjælpe på den sociale ulighed i sundhed. Er det ikke bedre at målrette indsatsen? Det er i økonomiske sammenhæng ikke usædvanligt at se en trade-off mellem effektivitet i midlerne og lighed i udfaldet. Er der grund til at mistænke en lignende målkonflikt her? Rene informationsindsatser, kampagner og tilbud til alle om individuel rådgivning når ofte mest de som mindst behøver det. Afgifter, lovgivning og andre reguleringer vender ofte den kraftfulde ende nedad og virker bedst, der hvor de bedst behøves. F.eks. har arbejdsmiljølovgivningen været en meget virkningsfuld indsats mod ulighed i sundhed. Afgifter på tobak og alkohol ligeså. Desuden er det en konsekvens af den ovenfor beskrevne interaktionsmekanisme at en given reduktion i forekomsten af en risikofaktor får størst effekt, hos de som også er eksponerede for andre interagerende risikofaktorer. Det er f.eks. vigtigere for en overvægtig eller en diabetiker at holde op med at ryge end det er for andre. Det betyder at den absolutte effekt på sygdomsforekomst af en given reduktion i en risikofaktor bliver størst i de mindre privilegerede grupper, som også er udsat for mange andre risikofaktorer i miljø, adfærd og biologi. Den sundhedspolitik som er mest effektiv for folkesundheden i gennemsnit, kan altså udmærket være den samme, som er bedst til at reducere uligheden. Der råder måske her en parallel til socialpolitikken – hvor netop de nordiske lande er kendt for at have ført en politik som ser ud til at på samme tid at have været positiv både for økonomisk vækst og økonomisk lighed.

At der råder social ulighed i sundhed er ikke nogen ny observation, og den har gang på gang gennem historien mobiliseret politisk interesse og handling. Der rådede under efterkrigstiden i mange lande en forestilling - eller måske snarere en forhåbning - om at etablering af et effektivt sundhedsvæsen som var gratis for alle, ville fjerne de sociale uligheder i sundhed (1). Det viste sig ikke at holde. Næste forhåbning knyttede sig til at en universel velfærdsstat med socialpolitik af nordisk tilsnit ville være løsningen. Det viste sig heller ikke at holde. Danmark har f.eks. mindst ligeså stor social ulighed i dødelighed som Storbritannien som har meget større økonomiske uligheder. (10). Uligheden i dødelighed er i absolutte tal blevet mindre, men er i relative tal ret uforandret. I takt med at nogle vigtige årsager i arbejdsmiljø, boligmiljø og ernæring er bragt under kontrol, er andre dukket op – først rygning og nu psykosocial arbejdsmiljø – og ikke mindst fedme.

Referencer:

Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds): Challenging Inequities in Health. New York. Oxford University Press 2001
Shkolnikov VM, Andreev EE, Begun AZ (2003) Gini coefficient as a life table function. *Demographic Research* 8:305-58.
Diderichsen F: Ulighed i sundhed – et skæringspunkt mellem etik, epidemiologi og politik. I Vallgård S, Koch L (red): Forskel og lighed i sundhed og sygdom. København 2006. Munksgaard Danmark.
Kjøller m m.fl. Folkesundhedsrapport 2008. Statens Institut for Folkesundhed 2008.
Lee YS The role of genes in the current obesity epidemic. *Ann Acad Med Singapore* 2009;38:45-47
Astrup AV, Sørensen TIA, Rössner S mfl. Temanummer om fedme. *Ugeskrift for Læger* 2006;168(2):127-96

Khan L et al: Recommended community Strategies and Measurements to Prevent Obesity in the United States. CDC, Atlanta July 2009.
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5807a1.htm>
McLaren L: Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiologic reviews* 2007;29:29-48
Richelsen B et al: Den danske fedmeepidemi. Ernæringsrådet 2003
Closing the Gap in a Generation. Report from the Commission on Social Determinants and Health. Geneva WHO 2008.
Braverman P: A Health disparities perspective on obesity research. *Preventing Chronic Disease* 2009;6(3):1-10
Harrington DW Elliott SJ: Weighing the importance of neighbourhood: A multilevel exploration of the determinants of overweight and obesity. *Soc Sci Med* 2009;68:593-600
Sen A: Development as Freedom. New York. Oxford University Press 1999

Oplæg 20: Fedmens socio-geografiske fordeling og målrettet forebyggelse

Af Charlotte Glümer, Forskningsleder, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Resumé

- Anvendelsen af geografiske data kan pege på hvor byrden er størst og dermed være med til at sætte fokus på hvilke områder, man skal være opmærksom på.
- I Region Hovedstaden er der en udtalt socio-geografi, med klynge-dannelse af kommuner med høj socialstatus i den centrale del af regionen og klyngedannelse af kommuner med lav socialstatus på vestegnen og i Københavns kommune
- Forekomsten af fedme samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er højest i de socialt depriverede kommuner i Region Hovedstaden
- Udenlandske undersøgelser viser en klar sammenhæng mellem tilgængelighed af sundhedsfremmende miljøer og fedme – samtidig viser studier, at de mindre sundhedsfremmende rammer er udtalt i socialt depriverede områder - hvorvidt dette gør sig gældende i Danmark er uvist og bør undersøges
- Strukturel forebyggelse spiller en central rolle i forebyggelsen af fedme, samt i udligningen af social ulighed i sundhed og sygelighed – og bør undersøges i en dansk kontekst.

Geografiske data - hvorfor

Valg af sundhedsadfærd er et komplekst samspil mellem mange faktorer såsom individets gener, opvækst, sociale økonomiske forhold, samt de sociale og strukturelle forhold i det omgivende samfund. Geografiske data, der beskriver det omgivende samfund er vigtige i undersøgelsen af dette komplekse samspil. I prioriteringen og planlægningen af sundheds og forebyggelses indsatser er det nødvendigt at vide om der er områder i et givent planlægningsområde, der har større problemer end andre. I den forbindelse er geografiske data meget anvendelige til at sætte fokus på disse områder. Hvorefter der kan iværksættes initiativer specifikt overfor disse områder.

Sociale forskelle i sundhed, sygdom og sundhedsvaner er et velkendt fænomen. Flere nationale og internationale undersøgelser viser, at der er en udtalt grad af social ulighed i overvægt og fedme, når man ser på det individuelle niveau. Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden viser, at forekomsten af svær overvægt (BMI ≥ 30) er næsten 2,5 gange så hyppig blandt borgere med den korteste uddannelse (17 %) sammenlignet med borgere med den længste uddannelse (7 %). Samme tendens er fundet i andre lignende danske undersøgelser. Internationale undersøgelser har ligeledes vist en sammenhæng mellem et områdes deprivation (manglende materielle og sociale ressourcer) og en række helbreds faktorer såsom fedme.

Ønsket om at nedbringe den sociale ulighed har gennem de seneste årtier været på den politiske dagsorden både nationalt og lokalt. I den regionale sundhedsprofil for Region Hovedstaden 2008 er social ulighed i sundhed og

sygelighed et gennemgående træk og er belyst både på individuelt og kontekstuel niveau.

Kommune socialgrupper i Region Hovedstaden

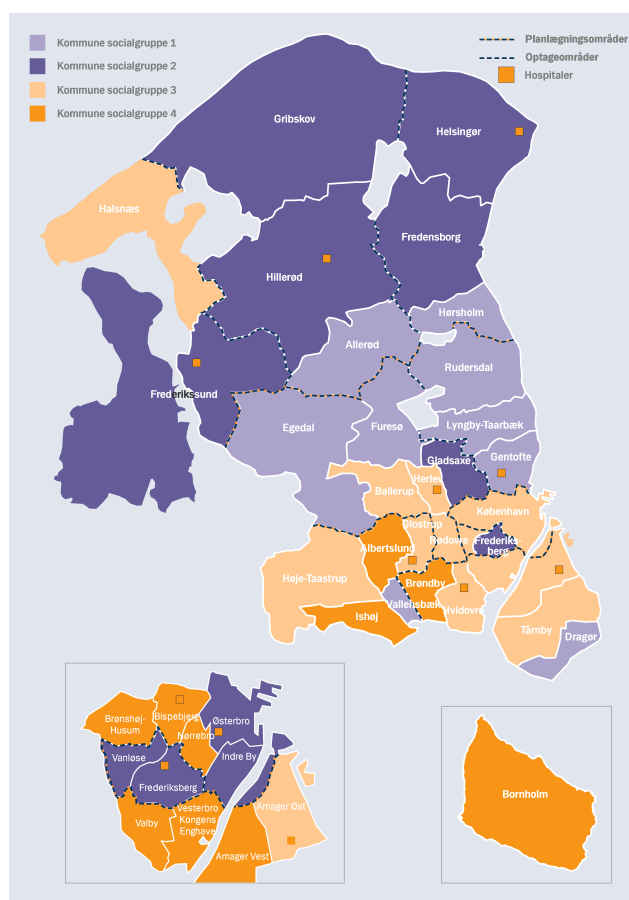
For at anskueliggøre, i hvilket omfang der eksisterer sociale forskelle i sundhed på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden, er de 29 kommuner og de 10 københavnske bydele inddelt i fire kommune-socialgrupper. Inddelingen i kommune-socialgrupper er baseret på gennemsnitlig bruttoindkomst, uddannelsesniveau og erhvervstilknytning for alle voksne borgere i regionen.

Kommunerne er inddelt i socialgrupper på baggrund af:

- Andel af borgere med kort uddannelse
- Andel af borgere uden for arbejdsmarkedet: arbejdsløse, førtidspensionister, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge, uddannelsesgodtgørelse og orlovsydelse
- Gennemsnitlig bruttoindkomst pr. husstand

Den geografiske placering af kommune socialgrupper ses af figur 1. Der er en udbredt polarisering i Region Hovedstaden, hvor borgerne nærmest bor i sociale klynger: de socialt bedst stillede kommuner (kommune socialgruppe 1) er samlet i et bælte nord for København, mens de socialt dårligst stillede kommuner (kommune socialgruppe 4) grupperer sig på Vestegnen og i de københavnske bydele.

Figur 1: Kommune socialgrupper i Region Hovedstaden



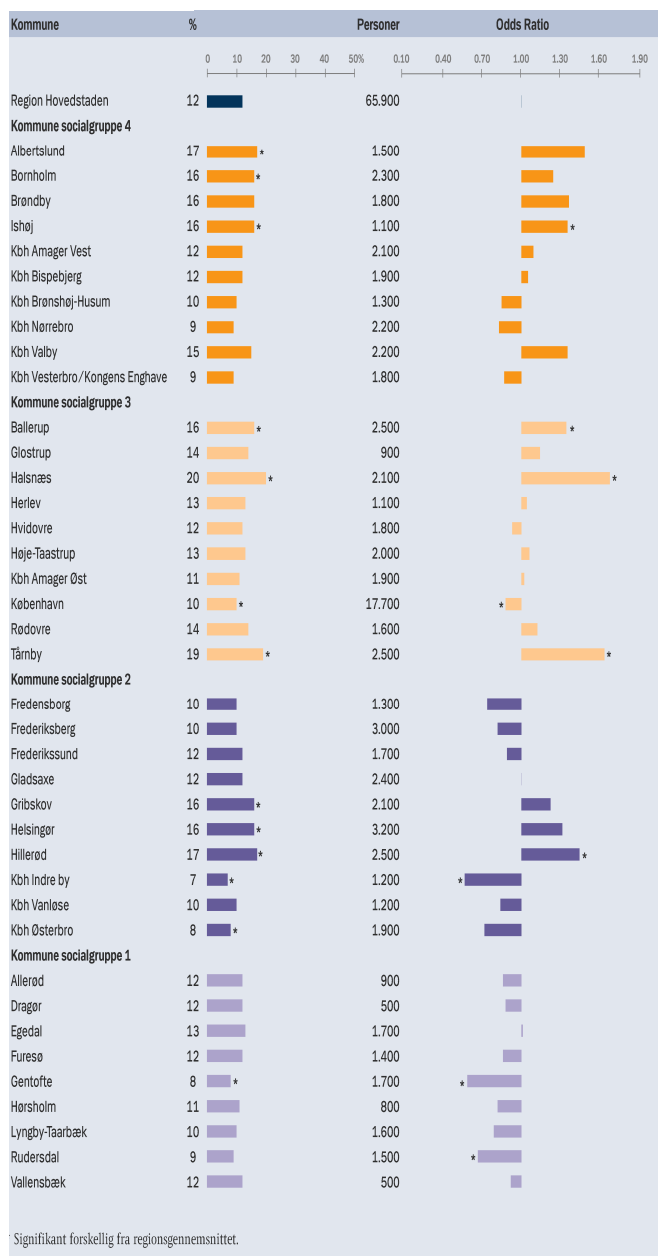
Sammenhæng mellem kommunesocialgrupper og overvægt/fedme

Forekomsten af fedme (BMI ≥ 30) blandt voksne borgere i Region Hovedstaden viser en udtalt negativ social gradient på tværs af kommune socialgrupperne, denne er dog mest markant for kvinderne. Fordelingen af svær overvægt på tværs af kommunerne og kommune socialgrupperne ses i figur 2.

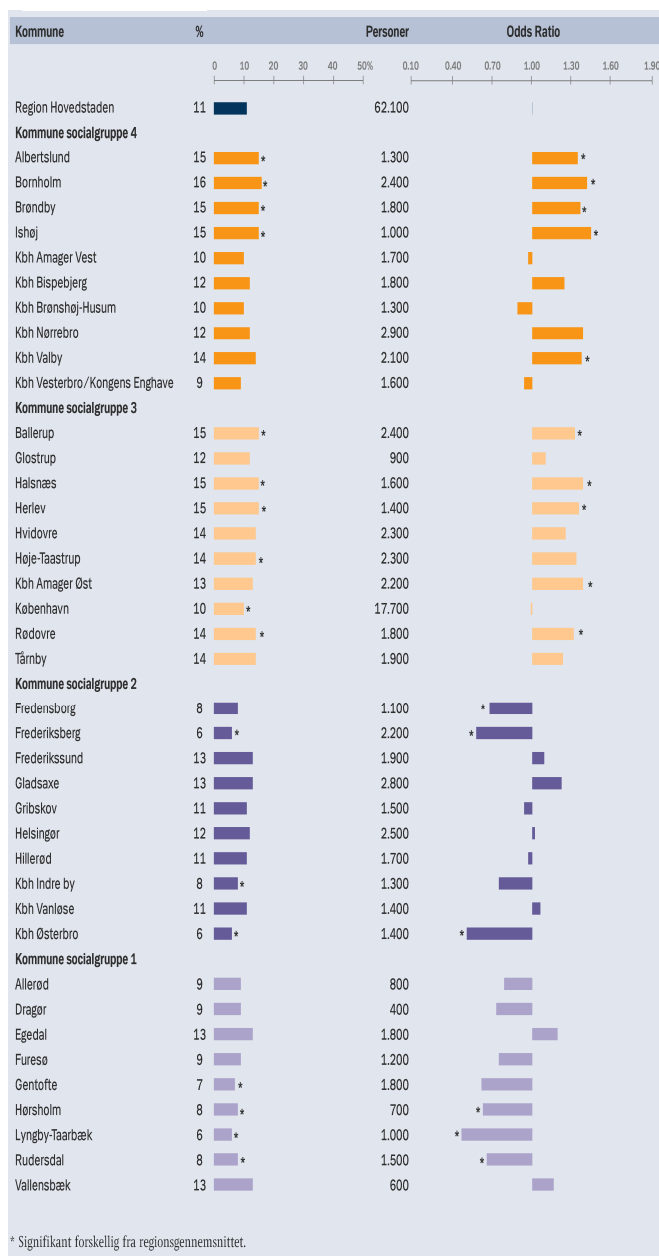
I venstre kolonne er afbildet den absolutte forekomst af svær overvægt. Da forekomsten af overvægt stiger med alderen og der en betydelig forskel i aldersfordelingen mellem kommunerne, er der ligeledes lavet sammenlignende analyser justeret for alder. Disse er afbildet som odds ratio i den højre kolonne. Odds ratio større end 1 betyder, at forekomsten er større end gennemsnittet for Region Hovedstaden og en odds ratio mindre end 1 betyder at forekomsten er mindre end gennemsnittet for Region Hovedstaden.

Figur 2: Forekomsten af svær overvægt blandt mænd og kvinder i Region Hovedstadens kommuner

Mænd



Kvinder



For begge køn ses en betydelig variation i fedme forekomsten på tværs af kommunerne, således at kommunerne fra kommune socialgruppe 3 og 4 har en højere forekomst af fedme sammenlignet med Regionsgennemsnittet og kommunerne i kommune socialgruppe 1 og 2 har en lavere forekomst end regionsgennemsnittet. Samme tendens ses også for overvægt (BMI:25-30) blandt kvinder, men ikke blandt mænd. Når man undersøger fordelingen af de bagvedliggende faktorer for fedme som usunde kostvaner og fysisk inaktivitet ses ligeledes en negativ social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne, hvilket betyder, der er flere borgere, der er fysisk inaktive og flere borgere, der spiser usundt i kommunerne fra kommune socialgruppe 3 og 4, sammenlignet med kommune socialgruppe 1 og 2. Hvis der ikke gribes ind overfor dette vil antallet af kroniske patienter i disse geografiske områder stige i løbet af de kommende år, hvilket man bør forholde sig til som politikker og planlægger.

Lignende analyser kan foretages inden for et mindre geografisk område. Et eksempel på dette kunne være at analyserede data på skoledistrikts niveau. Man vil finde samme fund med en udtalt socio-geografi og en ophobning af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, fedme og kronisk sygdom i disse områder.

Tilgængelighed og forebyggelse

Sundhedsfremmende rammer i nærmiljøet vil angiveligt være med til at understøtte, at vi træffer de rette valg.

Flere studier har vist, at der er en sammenhæng mellem nærmiljøets indretning og sundhedsadfærd og fedme. For eksempel er der en positiv sammenhæng mellem antallet af rekreative områder, antallet af fortove, forbindelser mellem veje, antal af busstop og offentlige transportforbindelser og bevægelsesmønstre som gang i fritiden, gang i forbindelse med transport til og fra arbejde og gang i forbindelse med ærinder. Andre studier har vist, at i områder hvor der er mange fast-food restauranter, få fødevarer butikker med et varierede tilbud af sunde fødevarer spiser befolkningen mere usundt og er tykkere – dette er også tilfældet når man har taget højde for borgenes individuelle sociale status. De usunde rammer som fast-food restauranter, fødevarer butikker med et begrænset udvalg af sunde fødevarer er typisk koncentreret i socialt depriverede områder og er dermed i højere grad med til at understøtte det usunde valg hos socialt udsatte borgere. På børne-unge området er der i flere studier vist en sammenhæng mellem tilgængeligheden af usunde fødevarer såsom højt antal af fast-food restauranter og kiosker omkring skolerne og usunde kostvaner og fedme blandt eleverne. Alle disse studier peger på, at et af midlerne til at ændre befolkningens sundhedsadfærd og dermed knække fedmekurven er ændring i nærmiljøet. Problemet med disse studier er, at de stort set alle sammen er udført i USA og Australien - Hvorvidt ovenstående forhold gør sig gældende i en dansk /europæisk kontekst er uvis, men er ved at blive undersøgt i Danmark. Når vi kender resultaterne af disse undersøgelser, vil det være muligt at implementere og afprøve målrettede forebyggelsesinitiativer, der gør de sunde valg til de nemme valg.

I USA har man valgt at afprøve nogle af disse strukturelle strategier. Et eksempel er Los Angeles. Den sydlige del af Los Angeles er præget af lav-socioøkonomisk status, høj forekomst af fast food restauranter og høj forekomst af fedme sammenlignet med den vestlige del af Los Angeles. Derfor besluttede politikkerne i Los Angeles i 2007, at der ikke måtte åbne flere fast-food restauranter i den sydlige del af L.A. de kommende to år. Hvorvidt dette har haft en effekt på sundhedsadfærden og fedmeforekomsten er fortsat ikke opgjort.

Oplæg 21: Ansvar og organisering

Af Ingrid Willaing, Hjerteforeningen

- o Hvem har ansvar for den målrettede forebyggelse af fedme i dag?
- o Hvilke rammer er der for den målrettede forebyggelse i dag?
- o Hvilke udfordringer og problemer medfører organiseringen?
- o Hvordan kan målrettet forebyggelse af fedme organiseres bedre fremover?

Ansvar og rammer (1 og 2)

Hvem har egentlig ansvaret for den målrettede forebyggelse af fedme i dag? Det er ikke muligt at besvare dette spørgsmål klart. Svaret afhænger af, hvilket perspektiv man anlægger:

- o Er fedme en (identificeret) kronisk sygdom, er der behov for såkaldt patientrettet forebyggelse – her anlægges et sygdomsperspektiv. Ansvar for patientrettet forebyggelse deles af regioner og kommuner. Ansvar udmøntes i regionalt regi, hvis der er tale om specialiseret forebyggelse og i kommunen, hvis der er tale om generel forebyggelse.
- o Er fedme en tilstand, en afvigelse i befolkningens vægtfordeling, kalder fedme på såkaldt borgerrettet forebyggelse og er en opgave, som påhviler kommunen, fx gennem indsatser i institutioner, skoler og på arbejdspladser, hvor højrisikogrupper identificeres og vil kunne tilbydes relevante interventioner. Eller fedmen er en opgave, som kommunen kan varetage ved at indrette et fedmeforebyggende (nær)samfund.

Regionen kan håndtere ansvaret ved i sygehusregi eller i almen praksis at identificere/opspore og henvise patienter med fedme til en klinisk diætist, motion på recept, psykolog eller anden, fx tværfaglig intervention. Regionen kan vælge at gøre dette (eller ikke at gøre dette). Regionerne har ingen defineret forpligtelse til at varetage denne opgave.

Kommunen kan via primær sundhedstjeneste, fx sundhedsplejerske, institution, skole, hjemme(syge)pleje m.m., identificere og evt. henvise til tilsvarende interventioner, som ofte ligger i en gråzone mellem forebyggelse og behandling. Kommunen har ansvar for at etablere relevante forebyggelses-tilbud til borgerne. Disse tilbud kan eventuelt inkludere forebyggelse af fedme – hvis altså kommunen prioriterer dette område. Det står kommunen frit for at gøre det eller ikke at gøre det. Kommunerne har ingen defineret forpligtelse til at varetage denne opgave.

Det er p.t. den enkelte kommunes ansvar at beslutte, i hvilket omfang sundhedspleje, institutioner, skoler og arbejdspladser skal arbejde med forebyggelse af fedme hos højrisikogrupper, ligesom det er den enkelte region, der tager stilling til, hvorvidt forebyggelse af fedme er specialiseret eller generel forebyggelse. Sundhedsaftalerne mellem region og kommuner kan inkludere forebyggelse af fedme i højrisikogrupper – eller ikke gøre det.

Det er således helt afhængigt af bopælskommune, om personer i højrisikogruppe i relation til fedme kommer i kontakt med forebyggende tiltag.

Udfordringer og problemer (3)

Personer i højrisikogrupper skal nødvendigvis møde forebyggelsestilbud tidligt i livet eller tidligt i udviklingen af fedme. Overvægt er en alvorlig risikofaktor for udvikling af svær overvægt/fedme. Fedme og svær fedme kræver specialiseret behandling, og det er småt med effektive, let tilgængelige metoder til dette. Det er således ultimativt optimalt at standse udviklingen så tidligt i forløbet som muligt.

Personer i højrisikogruppen har ofte stor risiko for udvikling af type 2 diabetes, hjertekarsygdom, kræft og andre sygdomme, symptomer og tilstande. Disse personer er tillige oftest dårligt stillede uddannelsesmæssigt og økonomisk – fedmen er således en del af en større sammenhæng.

For personer i risikogruppen er der behov for sammenhæng i forebyggelsen. Sammenhæng skabes tværsektorielt. Når forebyggelsen foregår på tværs af sektorer, fx fra sundhedspleje, institution, skole (kommune) med henvisning til fx diætist i regionalt regi eller sygehus, vil der være et åbenlyst problem med overgange mellem de forskellige sektorer og langtidsopfølgning, som er uhyre vigtig for denne gruppe og denne problemstilling.

De store udfordringer er, at rammerne ikke lægger op til et klart ansvar hos hverken kommune eller region. Kommunerne oplever, at de ikke har fået tildelt tilstrækkelige økonomiske midler til at dække alle store områder inden for forebyggelse. Centralt uddeles jævnligt puljemidler for at igangsætte initiativer til forebyggelse af fedme i højrisikogrupper – men ofte slutter indsatsen, når tilførslen af puljemidlerne slutter. Regionerne har i flere omgange af besparelser fjernet specialistressourcer til forebyggelse af fedme i højrisikogrupper – eller aldrig etableret sådanne ordninger.

Den beskrevne organisering, rammer og ansvarsplacering er præget af gråzoner, manglende økonomiske midler og specialistressourcer. Det medfører, at målrettet forebyggelse af fedme i højrisikogrupper er afhængig af den politiske prioritering både lokalt og regionalt.

Samtidig er der ingen central overvågning af forebyggelse af fedme i højrisikogrupper. Der er heller ingen overordnet fastlæggelse af disse gruppers karakteristika fra centralt hold. Der er ingen forskningsbaseret definition af, hvem der præcis er i høj risiko for at udvikle fedme, eller hvilke faktorer der skal være til stede for at udløse en henvisning til intervention.

Der er ikke systematisk central monitorering af forekomst og udvikling af fedme i højrisikogrupper. Regioner og kommuner kan i et vist omfang gennemføre monitorering/overvågning decentralt (kommunal/regional sundhedsprofil).

Ansvaret for forebyggelse af fedme i højrisikogrupper er således lagt decentralt med uklarhed om fordelingen mellem kommuner og regioner. De decentrale myndigheder har desuden ikke adgang til, at indføre strukturelle virksomme tiltag som fx momsdifferentiering.

Disse uklare rammer er et stort (uløseligt?) problem, mens den manglende overvågning og de manglende økonomiske midler er en stor udfordring.

Hvordan kan det gøres bedre? (4)

Målrettet forebyggelse af fedme i højrisikogrupper kræver klare rammer, det vil sige en central forskningsbaseret udmelding med:

- o Klar definition af højrisikogrupperne
- o Klar definition af kvalitetsniveauet og interventionsmetoder (opsporing og forebyggelse/behandling)
- o Klare krav om systematiske tilbud, overvågning – og konsekvenser fra centralt og decentralt hold af overvågningen

Der er også behov for:

- o Tilførsel af målrettede midler – ikke i puljeform
- o Klar ansvarsplacering for henholdsvis regionalt og kommunalt regi – hvilke opgaver skal varetages af hvem?

Det er oplagt at tænke en højrisikostrategi ind i sundhedsaftalerne mellem region og kommune. Et forløbsprogram med tidlig opsporing, tidlig intervention, opfølgning og overvågning er en mulighed.

Målrettet forebyggelse af fedme kræver – ligesom al anden virksom forebyggelse – sammenhæng mellem kort- og langtidsperspektiv samt en individuel såvel som en strukturel indsats. Der kræves professionel viden på højt niveau til dele af indsatsen, mens der i det lange forløb også er behov for en generel (mindre specialiseret) og en strukturel indsats (fx momsdifferentiering, 60 minutters fysisk aktivitet hver dag i folkeskolen, sund skolemad hver dag m.m.).

Oplæg 22: Sammenhænge mellem praksis og forskning i fremtidig forebyggelse af fedme

Af Thorkild I.A. Sørensen, Institut for Sygdomsforebyggelse

En brugbar strategi for et sådant problem vil kun have nogen udsigt til at bidrage til problemets løsning, hvis den beror på bedst mulig *anvendelse af den viden*, vi måtte have, om hvad der virker, og hvad der er gennemførligt, både politisk-kulturelt, praktisk, og økonomisk.

Fedme er blevet et *globalt samfundsproblem*. Det rammer stort set alle verdens befolkninger, om end selvfølgelig i forskellig grad og takt. WHO har udnævnt det til en epidemi. I modsætning til de gængse epidemier har vi ikke nogen vaccine.

Der er en *kolossal forskningsaktivitet* på området. Om fedme hos mennesket ankommer ca. 200 nye rapporter i form af artikler i videnskabelige tidsskrifter om ugen. Dette i sig selv er samtidigt en anerkendelse af problemets omfang og alvor og – ikke at forglemme – at der er rigtig mange sider og stadig nye sider af problemet, der stadig ikke er ordentligt belyst.

Man kunne godt – stjålet fra kræftforskningen – tale om *fedmens gåde*, eller ligefrem gåder. Der er selvfølgelig opnået rigtig mange resultater, men helt afgørende spørgsmål, der kunne lede os til en god strategi, står fortsat ubesvarede.

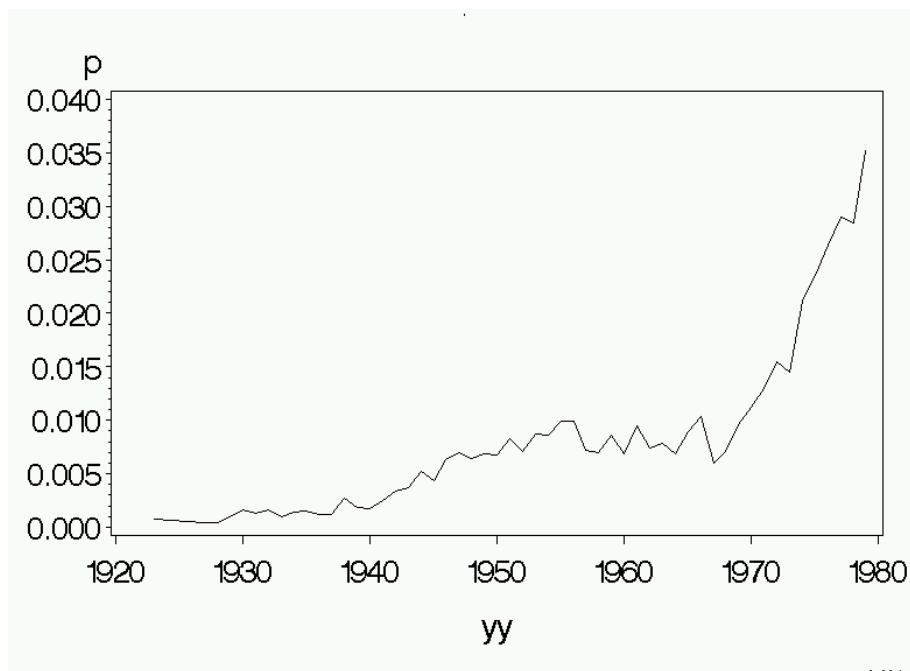
Det forhold at fedme er udtryk for en ophobning af kalorier i kroppen i form af fedt betyder selvfølgelig at der i en periode har været *plus på kontoen* med indtagelse af kalorier i forhold til hvad der har været brug for af kalorier. Det må ikke forveksles med at man ofte kan se at de fede spiser mere og rører sig mindre, for det er efter alt at dømme følger af fedmen og ikke den årsager.

Dette oversættes alligevel meget ofte til en tro på at problemet vel blot er at man har *spist for meget og rørt sig for lidt*, og at løsningen på problemet er at spise mindre og røre sig noget mere. Den opfattelse ligger også bag stort set alle hidtidige strategier fra WHO, EU og nedefter, med mere eller mindre direkte fokus på den enkeltes vaner eller vilkårene for opståen, vedligeholdelse og afbrydelse af disse (u)vaner.

Tvinger man kroppen til at ændre vanerne – og der skal mange kræfter til – så virker det, ligesom ingen blev eller forblev fede i KZ lejrene. Desværre har det vist sig at denne opfattelse ikke endnu har kunnet frembringe nogen brugbare og især ikke holdbare løsninger, hverken som forebyggelse eller behandling.

Det er selvfølgelig glimrende hvis man kan gøre befolkningens *spise- og motionsvaner mere sunde* i bred forstand. Der er mange gode grunde til at tro på at det fører til bedre sundhedstilstand og – alt andet lige – et bedre og længere liv. At det også løser fedmeproblemet venter vi at se overbevisende tegn på.

I Danmark har vi været begunstiget af ganske særlige muligheder for at følge *fedmeepidemiens udvikling blandt skolebørn og unge mænd* vurderet på session lige siden fødselsårgangene fra mellemkrigsårene. Tallene i figuren nedenfor viser utvetydigt at epidemien har udviklet sig i to bølger, nøje knyttet til hvilke år, man er født, hvor den første startede med dem født i 1941-42 og varede i ca. 10 år, hvorefter der var pause i ca. 20 år indtil fødselsårgangen 1970-71, hvor den næste endnu voldsommere bølge satte ind.



De seneste år ser det ud til at epidemien igen *holder pause*, men på et meget højere niveau, og hvem ved om en tredje bølge rejser sig om føje år.

Der er to afgørende budskaber i dette af betydning for en fremtidig strategi.

Det første er at epidemien drives frem af endnu ukendte forhold, der har ændret sig *meget tidligt i livet*, enten for det ufødte eller det nyfødte barn, måske først for den kommende moder. Dette kan sluttet af at epidemiens bølger ses allerede blandt børnene, der starter i skolen, og at fedmeudvikling er en meget langsom proces.

Det andet forhold er at denne udvikling af epidemien *ikke har fulgt udviklingen af velfærdssamfundet* og ændringerne i alle de forhold, man almindeligvis opfatter som fedmefremkaldende ved at friste til at spise mere og røre sig mindre. Første bølge kom før den slags indfandt sig, anden bølge kom efter at det var i fuldt flor.

Om man kan *stemme op mod disse bølger* med strategier, der alligevel på den ene eller anden måde stiler mod at få folk til at spise mindre og mere sundt og røre sig mindre, eventuelt allerede tidligt i livet, ved vi desværre endnu ikke, men der er meget lidt der tyder på at det kan lade sig gøre.

Allerbedst ville det selvfølgelig være, hvis man helt konkret og præcist kunne udpege *hvad der har ændret sig tidligt i livet*. Kan man finde det, så skulle der være gode muligheder for at få en slagkraftig strategi, da der næppe er

nogen livsfase, hvor alle er mere optaget af forebyggelse end netop for det ufødte og nyfødte barn

Som sagen står nu, så vil der klart være behov for en *dobbeltstrenget strategi*. Forskerne må være forpligtede til at søge videre efter løsninger på fedmens gåde, og ikke mindst finde ud af, hvad der har ændret sig så dramatisk for det ufødte eller det nyfødte barn, og som så må formodes at kunne forhindres igen.

Samtidigt må det være bydende nødvendigt at sikre at alle tiltag til bekæmpelse af fedmeepidemien i praksis udføres på en sådan måde, at man umiddelbart får *mulighed for at høste erfaringer* om, hvad der virker og ikke virker, og som kan overføres til andre forhold.

At få dette udbytte ud af disse tiltag har som uomgængeligt krav at man kan foretage *sammenligninger af resultaterne af nye tiltag* med resultaterne af ikke have de samme tiltag uden at der i øvrigt er andet af betydning, der adskiller de to situationer. Det adskiller sig ikke fra enhver anden afprøvning af nye behandlinger for sygdomme.

Hvordan man *opnår at kunne sammenligne* disse resultater, således at man tage ved lære af det og ikke blive snydt af at de alligevel ikke er sammenlignelige, er et teknisk spørgsmål, som forskerne i branchen kan tage sig af, men det forudsætter at de konkret inddrages og bruges til at nå til dette.

Konklusionen er altså at der skal forskes meget mere for at løse fedmens gåde – især hvad angår de tidlige påvirkninger - og alle nye forsøg på at bekæmpe fedmen skal gøres på en sådan måde at man kan lære af det til gavn for andre, der også vil prøve at bekæmpe fedmen.

Oplæg 23: Organisering, ansvar og fremtidige tilbud i en indsats mod fedme

Af Regitze Siggard, Adipositasforeningen

Der er ikke tvivl om det vil koste penge at forebygge overvægt. Efter mange års fragmenterede og forsøg og småprojekter, som tilsammen har kostet mange penge, er tiden nu kommet til at intensivere indsatsen og professionalisere den, for at sikre en hensigtsmæssig og kost-effektiv udvikling til gavn for borgere og samfund.

Nogle af de aktiviteter og initiativer som igangsættes er alle sammen isoleret set sikkert gode og fornuftige – men

- o Hvordan bliver gjort til permanente og kvalitetssikrede aktiviteter?
- o Hvem har ansvaret for hvilke målgrupper? Og er der nogen der bliver glemt?
- o Hvordan skal indsatser og behandling prioriteres?

En ting er sikkert – der er tale om et problem som bare bliver større og større. Samtidig har vi et sundhedsvæsen som i høj grad kun behandler symptomer og sygdom, og ikke de grundlæggende årsager til fedmeproblematikken.

For at finde holdbare løsninger kræves vilje, mod og nytænkning – for hvis vi tror at vi kan løse problemet ved at gøre som vi plejer, og et tankesæt som virkede i fortiden, er det for sent i forhold til nutidens problemer. Faggrænser skal udvides og der skal arbejdes på tværs af sektorer for at skabe nye innovative løsninger.

Hvad skal der til?

Frem for alt er der behov for en klar ansvarsfordeling i forhold til opgaverne med at forebygge overvægt. Vi kan ikke længere nøjes med at sige at den overvægtige isoleret og alene bærer hele ansvaret for sin tilstand og bare skal tage sig samme. Det vil være det samme som at sige at den AIDS-; diabetes- og hjerteramte selv er skyld i deres sygdom og selv skal løse dem! Er det fair?

Grunden til at det er så vanskeligt at placere opgaverne er at overvægt er en utrolig kompleks risikofaktor med mange årsager. Det giver ikke mening, at forestille sig at der f.eks. udstedes et dekret lovgivningsmæssigt, der påbyder alle fysisk aktivitet eller forbyder mennesker at spise. Disse kneb er effektive f.eks. i forhold til rygning – men kan ikke stå isolerede og meningsfulde i forhold til overvægt.

Fit for Forebyggelse;

Vi kan ikke pege på ét effektivt håndtag at dreje på for at løse udfordringerne – vi har brug for en palette af håndtag som skal ændre på både:

- o Gradvise ændringer i samfundsstrukturer f.eks. infrastruktur og byplanlægning
- o Tilgængelighed så det sunde valg bliver det lette valg f.eks. på fødevarerområdet

- o Målrettede behovsstyrede og tilstrækkelige behandlingsmuligheder
- o Krav om at professionelle og frivillige som er i kontakt med børn og unge, forstår at indgå i en motiverende dialog som kan blive grobund for forandringer, og at de skal ændre holdninger og kompetencer i forhold til fysisk aktivitet og bevægelse
- o Ændrede holdninger til overvægt – både hos de overvægtige selv såvel og hos alle omkring dem; pårørende, kolleger, ledere, sagsbehandlere, sundhedspersoner, politikere m. fl.
- o Lovgivningsmæssige overvejelser f.eks. i forhold til momsfrigivelse af sundhedsfremmende aktiviteter på arbejdspladsen, og mulighed for indtægtsdækkede sundhedsfremmende aktiviteter i kommunalt regi
- o Målrettet kompetenceudvikling og uddannelse af de lokalt ansvarlige

Årsagerne til overvægt er komplekse – men det betinger ikke nødvendigvis at løsningen behøver at være det. Løsningen har imidlertid mange aktører som specielt i fællesskab kan gøre en afgørende forskel. Et eksempel er f.eks. offentlige-private-NGO partnerskaber som der pt. kun eksisterer på kostområdet (6-om-dagen og Fuldkornspartnerskabet).

Disse nødvendige partnerskaber kræver ressourcer og nye kompetencer – til gengæld er gennemslagskraften og resultaterne mange gange større, end det hver partner kan nå alene. Hvis sunde fødevarer skal være tilgængelige, kræver det midler, engagement og involvering så både detailhandlen, fast-food leverandører, producenter, myndigheder og NGO'er kan arbejde tæt sammen mod fælles mål.

Pudsigt at der ikke eksisterer lignende partnerskaber i forhold til områder som fysisk aktivitet eller et tæt og landsdækkende samarbejde mellem private, offentlige udbydere og NGO'er i forhold til målrettede behandlingstilbud. I dag handler det kun om garantier og ventelister - det er vel ikke særlig innovativt og effektivt?

Det kræver også at der i forbindelse med støtteordninger og satspuljer skabes en sammenhæng mellem f.eks. puljer afsat til innovation, egnsudvikling, produktudvikling og kampagner – kun ved at forene kræfterne kan der opnås de nødvendige synergier.

Hvem har vi overset? Hvem har vi glemt i dag?

Ingen kan lide at blive glemt – men i dag der kun yderst få og meget sparsomt tilbud – og de tilbud som eksisterer har ikke engang de nødvendige ressourcer til at yde en optimal indsats.

De er f.eks.;

- o **De som er for overvægtige** eller ikke er egnet til en fedmeoperation
- o **De som lider af spiseforstyrrelsen – madmisbrug.** Denne gruppe udgør ca. 8-10% af de svært overvægtige og mellem 12-64% af de som er i fedmekirurgisk behandling²⁷ – uden at spiseforstyrrelsen behandles! På trods af denne store del er det grotesk, at der i behandlingsforløbene ikke screenes for spiseforstyrrelser. Det er en stor del af den gruppe der i dag godkendes til fedmekirurgisk behandling, som i virkeligheden burde tilbydes en anden type behandling.
- o **De unge** (ældre end folkeskolealderen) som i forhold til forebyggelse er "hjemløse" og rent behandlingsmæssigt ikke kan fedmeopereres eller må få medicin. Der skal investeres og udvikles cost-effektive

²⁷ Kirurgisk behandling af svær overvægt, en medicinsk teknologivurdering, 2007

tilbud særligt til denne gruppe. Og de institutioner og uddannelsessteder som påtager sig opgaven skal tilføres ressourcer til at håndtere disse belastede unge

- o **Overvægtige familier med overvægtige børn.** Disse overlades i meget stor udstrækning til kortvarige projekter, som afsluttes næsten inden de overhovedet er kommet i gang. Samtidig er der en udfordring i at mange kommuner tilsyneladende selv er nødsaget til at opfinde deres egen model – og det er højst ineffektivt.

Det kan være vanskeligt at sætte tal på disse grupper, men i forhold til voksne skønnes der at være ca. 100.000 der opfylder kriterierne for at blive henvist til en fedmeoperation. Af disse vil ca. 10-20.000 ikke kunne blive godkendt til fedmekirurgi, og således stå helt uden behandlingsmuligheder, med følgesygdomme som det eneste håb for at komme i behandling!

De mest overvægtige er desperate efter hjælp, men har selv meget få resourcer. De har ofte psykiske lidelser som depression og angst og heraf et højt medicinforbrug. De føler sig ofte afvist når de går til deres læge eller til kommunen. Det er forbavsende i hvor lille grad der lyttes til patientgruppens egne ønsker. Patientgrupper som GB-foreningen og Adipositasforeningen har i mange år gjort opmærksom på behovet for et større fokus på psykologiske, pædagogiske og psyko-sociale aspekter. Dette er det nuværende behandlingssystem og regionale behandlingstilbud ikke indrettet efter.

Kontinuum i indsatser

Overraskende nok, er der ingen som har gjort sig den grundlæggende øvelse at definere hvornår overvægt klassificeres som forebyggelses- eller behandlingskrævende. Deraf forvirringen omkring ansvarsplaceringen.

Forestil dig en overvægtig knægt på 17 år og 140 kg, som hele sit liv været overvægtig og er i dårlig fysisk form – hvor hører han til?

En indsats hvor han taber f.eks. 10 kg er vel behandling, men den er samtidig også forebyggende i forhold til at han ikke får livsstilssygdomme? Drengen er i risiko for udvikling af diabetes- så han skal vel i behandling – men der er ingen etablerede tilbud som han kan få. Konsekvensen i dag er at han opgiver eller i bedste fald håber på et mirakel via vidundermidler købt via internettet. Er det en ønske situation? Tænk hvis det var din søsters barn eller din søn?

Det optimale vil være at undgå at han kommer dertil. For at det kan lade sig gøre, skulle han og hans familie allerede, da han var f.eks. 5-6 år have været i et familietilbud som var evidensbaseret (og de findes i udlandet) og ikke som i dag, tilbud opfundet til lejligheden af satspuljemidler!

Eller at han i skole/SFO og klubperioden havde oplevet glæden ved bevægelse gennem pædagogiske personale, der har en aktiv holdning til at alle børn skulle være med i skolens tilbud og de var uddannet til det. I dag er det knap hver fjerde af alle idrætslærere i folkeskolen som ikke er uddannet til det!²⁸ og et miljø (skolegård mv.) som stimulerede bevægelse som en integreret del af al undervisning. Og hvor er den aktive indsats for at undgå mobning i skolen, for ville forhindre mistrivsel, isolation og ensomhed?

Og at når han og hans familie var ude at handle skulle de tydeligt kunne finde de sunde varer, der stod pakket sammen, så det var let at finde og desuden var poserne med chips, slik og sodavand i mindre pakninger, poser og

²⁸ Idræt i folkeskolen, Danmarks Evalueringsinstitut, 2004

flasker. At fødevareproducenterne havde en aktiv og målrettet holdning til at fremhæve og øge udbuddet af de sunde produkter.

Endelig vil det jo have været en fantastisk opbakning, hvis han som ung via lokale aktiviteter kunne få hjælp og støtte til at finde meningen i at leve sundt og få redskaberne til at holde fast i det. Det vil være tilbud som arbejdede målrettet med mesteringssevne, troen på eget værd, glæde samt meningsfuldhed kombineret med konkrete råd og vejledning. Præcis de elementer som indgår i den nye vægtstoprådgiveruddannelse, men som desværre er på satspuljemidler, og derfor må forventes at få svært ved at overleve i de kommunale driftsbudgetter.

Indsatser i fremtidig behandling og tilbud

Der hersker ingen tvivl om at der er brug for at samle alle kræfter på dette felt. Der skal arbejdes på en holdningsændring så samarbejdet kan komme til at fungere. Det må anbefales at regioner og kommuner klart får defineret deres roller og ansvar.

I Norge er der en klar ansvarsfordeling, således at regioner har pligt til at tilbyde behandling til alle borgere med BMI over 35. Behandlingen er enten livsstilsbehandling, medicinsk behandling eller kirurgisk behandling. Kommunerne er forpligtet til den forebyggende og opfølgende indsats. De skal således tilbyde opfølgning til svært overvægtige der har været igennem behandling i det regionale regi. Således er der også en større dialog imellem de to systemer og en større overlevering af viden.

Spørgsmålet er om det er en kommunal opgave at henvise svært overvægtige patienter til behandling? Behandling af svært overvægtige er en specialist-opgave og det bør samles i tvær-regionale og tværfaglige centre. Samtidig skulle der frembringes et nationalt "opsamlingssted" for metoder og viden – akkurat som der er på alkohol, astma-allergi mv. Sådan et opsamlingssted vil samtidig kanalisere viden tilbage i både det kommunale og regionale system og til private aktører (f.eks. fødevarebranchen), således at forebyggelse og behandling bliver løftet på alle områder.

Nedenstående figur viser kompleksiteten og variationen af dem vi taler om - samt forslag til ansvarsplacering.

Normalvægtigt barn

Forældre
 Kommune (daginstitution, skole, SFO, klubber)
 Detailhandlen og food service
 NGO'er (idrætsforeninger mv.)

Overvægtigt barn

Forældre
 Kommune (særlige målrettede tilbud tæt på hvor familien bor) evt. i samarbejde med NGO

Overvægtig ung

Eget ansvar
 Kommuner
 Selvejende institutioner (efterskoler mv. – med ekstra personaleressourcer)
 Detailhandel mv.

Svær overvægtig ung med følgesygdomme

Regional (behandling)
 Almen praksis
 Kommunal (opfølgning og vedligeholdelse – via særlige tilbud)

Overvægtig voksen uden sygdom

Eget ansvar
 Almen praksis ved vurdering af risikoadfærd
 Kommunen med særlige tilbud f.eks. vægtstoprådgivere
 Detailhandlen mv.

Overvægtig voksen med sygdom

Eget ansvar
 Almen praksis
 Regionalt ansvar
 Kommunalt i forhold til opfølgning

Svært overvægtig voksen uden sygdom

Eget ansvar
 Almen praksis
 Kommunen med særlige tilbud f.eks. vægtstoprådgivere
 Detailhandlen mv.

Svært overvægtig voksen med sygdom

Eget ansvar
 Regional (behandling)
 Almen praksis
 Kommunal (opfølgning og vedligeholdelse)

Som det fremgår af figuren er det vigtigt at udvikle livscyclus med aktiviteter og tilbud målrettet den enkelte gruppe. Dette bør understøttes af statens rolle i forhold til oplysning, forskning og kompetencer samt ressourcer til at drive innovation på tværs af fag og sektorer.

For at opnås succes er der brug for at åbne faggrænserne og acceptere behovet for mange forskellige tilbud som kan målrettes de overvægtiges behov.

Derfor bør psykologer, psykiatere, socialpædagoger, antropologer, læger, lærer, sundhedskonsulenter, jobcenterkonsulenter, fysioterapeuter, diætister og frivillige alle sammen indgå i fremtidens behandlingstilbud. Desuden bør indkøbere, byplanlæggere, arkitekter, madansvarlige mv. indgå som deltagere i fremtidens forebyggelsestiltag.

One shot!

Hvis du fik at vide at du kun havde et forsøg på at gøre Danmark til et land, hvor overvægten kunne kontrolleres i sådan et omfang at man ikke blev syg og/eller uarbejdsdygtig – hvad ville den mest effektive indsats være?

Samlet set vil det give rigtig meget mening at kigge på den verden og virkelighed vi færdes i og hvor tabuer fastholder personer i deres adfærd. I dag bliver vi påtvunget det usunde valg og kun i mindre omfang har let adgang til det sunde valg.

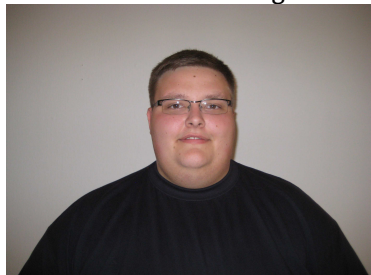
Så den mest effektive indsats vil være at ændre på rammer og vilkår for hverdagslivet, så det blev tilrettelagt så mestringsevne, selvværd, livsoverskud blev fremmet. Midlerne til dette kunne være mere uddannelse, lettere adgang til sunde fødevarer, træning af færdigheder omkring fysisk aktivitet og kost samt opbygning af sociale kompetencer og netværk. Og så skal der huskes den gruppe som allerede nu ikke har nogen steder at gå hen, som skal have den fornødne støtte og hjælp.

Her vil rådet være at etablere regionale tværfaglige behandlingscentre (private/offentlige) samt et nationalt program med standarder for indhold og krav til national opfølgning så familier med overvægtige børn bedst kan hjælpes tæt på hvor de bor. Dette fungerer allerede i England, hvor familieprogrammet MEND er udviklet efter et randomiseret forsøg og afprøvet på 23.000 familier nu også i USA og Australien.

I forhold til voksne er der i Norge, en fordeling, hvor regionerne har oprettet centre for overvægtige, der har en tværfaglig tilgang og som tilbyder hjælp til voksne overvægtige, til overvægtige unge og til overvægtige familier. Tilbuddene er tværfaglige og har forskellige formater. Regionerne har således tilbud om internatophold til de mest overvægtige, de har patientgruppe undervisning og individuel vejledning. Dette betyder at flere bliver hjulpet tidligere.

Vi kan ikke operere os ud af problemet. Så lang tid kirurgisk behandling er det eneste tilbud i regionalt regi, vil der ikke ske en udvikling. Der er brug for en samlet koordineret nationalt, regional og kommunal indsats kombineret med forebyggelsestiltag med stor inddragelse af private og frivillige aktører.

Med "Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt" fra 2003, har vi et udmærket dokument som mangler at blive fulgt op. Kom i gang – der er ikke brug for flere rapporter og undersøgelser. Der er brug for at omsætte den viden vi har til handlinger nu!



Jesper Hornbæk, 202 kg og 19 år – Hvad gik galt? Hvor kan han få hjælp?

Oplæg 24: Fedme og social ulighed i sundhed

Af Finn Breinholt, Center for Folkesundhed

Indledning

Social ulighed i sundhed har været et tema i dansk sundhedspolitik i mere end 10 år. Folkesundhedsprogrammerne fra 1999 og 2001 prioriterede social lighed i sundhed højt. Det samme gør de fleste kommunale sundhedspolitikker udformet efter kommunalreformen i 2007, hvor kommunerne fik hovedansvaret for forebyggelsesarbejdet. Den praktiske indsats for at reducere den sociale ulighed i sundhed har imidlertid indtil nu været beskednen.

Det kan skyldes flere ting, fx mangel på ressourcer - der er generelt få midler til forebyggelse i Danmark. Men det virker som om, der også er en vis usikkerhed hos både politikere og fagfolk med hensyn til, hvordan man omsætter det generelle og temmelig abstrakte mål om større social lighed i sundhed til konkret handling. Hvordan griber man det an?

Hvis målsætningen skal gøres operationel forudsætter det, at der træffes en række valg med hensyn til *målgrupper* - hvem ønsker man at nå? - *forebyggelsesarenaer* - hvor skal indsatsen finde sted? - og *metoder* - hvad skal indsatsen gå ud på, og hvordan skal den gennemføres? Det er fx ret afgørende, om det er de mest marginaliserede grupper som hjemløse og misbrugere, man henvender sig til, eller en bredere gruppe som de ufaglærte.

Det følgende er nogle overvejelser om, hvordan man kan tilrettelægge en indsats mod social ulighed i fedme. Overhyppighed af fedme blandt den socialt dårligst stillede del af befolkningen er en af de konkrete mekanismer, som skaber sociale ulighed i sundhed. Fedme er en væsentlig helbredsrisiko og kan desuden føre til ringere fysisk og psykisk trivsel herunder eksklusion fra arbejdsmarkedet og andre dele af samfundslivet.

En indsats for at reducere forekomsten af fedme hos de mindst privilegerede befolkningsgrupper bør være en del af indsatsen for at fremme social lighed i sundhed. Indsatsen skal ses som et element i en bred befolkningsrettet indsats mod fedme. Udgangspunktet for overvejelserne er ovenstående spørgsmål om målgrupper, forebyggelsesarenaer og metoder. Der fokuseres på forebyggelse, ikke behandling.

Kortuddannede som målgruppe for indsatsen

Ved social ulighed forstås normalt, at der er en skæv fordeling af goder eller belastninger - i dette tilfælde fedme - mellem forskellige grupper i befolkningen. Der er imidlertid mange måder at opdele befolkningen i sociale grupper eller lag på. Det er derfor nødvendigt at præcisere, hvilke grupper der tales om.

Jeg foreslår, at man i indsatsen for større lighed i sundhed bruger uddannelsesniveau til at definere målgrupperne. Uddannelse er en vigtig social ressource for den enkelte borger, når det drejer sig om at opnå eftertragtede goder og undgå belastninger og uønskede tilstande. Det gælder også med hensyn til sundhed og sygdom. Det er der flere grunde til.

Især boglige uddannelser giver adgang til en lukrativ del af arbejdsmarkedet med ringe fysiske belastninger, en god løn, der gør det lettere at vælge en sund livsstil, samt social anseelse, der styrker selvværdet og troen på selv at kunne tilrettelægge sin tilværelse, tilpasse sig skiftende livsomstændigheder osv.

Uddannelse er også en ressource, når det gælder om at tilegne sig ny viden, herunder viden der er relevant for at fremme egen sundhed, navigere i sundhedsvæsenet og gå i dialog med sundhedspersonalet.

Både i danske og internationale undersøgelser fremstår personer med kort uddannelse generelt som en helbredsmæssigt dårligere stillet gruppe end personer med en mellemlang og især lang uddannelse.

Ønsker man at reducere den sociale ulighed i sundhed, er de kortuddannede en relevant målgruppe for indsatsen.

Forekomsten af fedme hos kortuddannede

Hvor stor er den sociale ulighed i fedme, når den gøres op på uddannelsesniveau? Sammenhængen mellem fedme og uddannelse niveau belyses her med tal fra Region Midtjyllands sundhedsprofil. Det vurderes, at tallene ikke afviger væsentligt på landsplan.

Undersøgelsen omfatter personer i alderen 25-79 år. Data er indsamlet i 2006, og der er beregnet et Body Mass Index (BMI) på baggrund af deltageres egne oplysninger om højde og vægt. Erfaringsmæssigt er der en vis underrapportering af vægt (især blandt kvinder) og en vis overrapportering af højde (især blandt mænd), så den beregnede andel med svær overvægt (BMI 30+) må betragtes som et minimumstal.

Befolkningen er opdelt i tre uddannelsesniveauer: lavt (17%), middel (57%) og højt (26%). Den første gruppe omfatter personer med en uddannelse, der er kortere end faglærtes, den anden personer, der er faglærte eller har en kort boglig uddannelse, og den tredje personer med en mellemlang eller lang boglig uddannelse.

I hele den voksne befolkning var 13% svært overvægtige. Opdelt på uddannelsesniveauer var forekomsten af svær overvægt følgende:

- Lavt uddannelsesniveau: 18% svært overvægtige
- Middel uddannelsesniveau: 14% svært overvægtige
- Højt uddannelsesniveau: 8% svært overvægtige

Dobbelt så mange med lavt uddannelsesniveau var således svært overvægtige sammenlignet med personer med et højt uddannelsesniveau.

Svær overvægt var hyppigst hos kortuddannede mænd i aldersgruppen 55-64 år. Her var hver fjerde svært overvægtig.

Den laveste forekomst af svær overvægt finder man hos unge mænd på højeste uddannelsesniveau. Her var 6% svært overvægtige.

Der er en tendens til, at forskellen i forekomst af fedme mellem personer med højt og lavt uddannelsesniveau er størst blandt personer under 55 år. Dette kan ses som et tegn på, at den sociale ulighed i fedme målt ved uddannelsesniveau vokser blandt den yngre del af befolkningen.

Disse tal viser, at andelen af svært overvægtige stiger jo lavere uddannelsesniveauet er, og at der er behov for en særlig indsats for at forebygge fedme blandt de kortuddannede.

Tabel 1. Forekomst af svær overvægt (Body Mass Index 30+) opdelt på uddannelsesniveau

	Uddannelsesniveau		
	Lavt	Middel	Højt
	----- Pct -----		
Alle	18	14	8
Mænd			
25-34 år	18	12	6
35-44 år	16	13	7
45-54 år	17	13	9
55-64 år	24	18	11
65-74 år	19	14	10
75-79 år	9	13	6
Kvinder			
25-34 år	20	14	8
35-44 år	21	14	9
45-54 år	17	13	7
55-64 år	19	12	10
55-74 år	19	14	12
75-79 år	11	11	8

Kilde: Hvordan har du det? Sundhedsprofil for Region og Kommuner. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2006

Forebyggelsesarenaer

Forebyggelsesindsatser, der har til formål at påvirke menneskers sundhedsvaner og støtte dem i at gennemføre ændringer, som de er motiverede for, fungerer erfaringsmæssigt bedst i de sociale fællesskaber, som mennesker indgår i til daglig.

Man kan her drage nytte af allerede eksisterende grupper, netværk og organisatoriske strukturer. Mennesker, der arbejder eller lever sammen til hverdag, og som oplever sig som en del af et fællesskab, kan støtte hinanden i at sætte mål, opbygge motivation og gennemføre og fastholde ændringer.

For den voksne erhvervsaktive befolkning er arbejdspladsen en velegnet forebyggelsesarena. Ved at fremme forebyggelsesinitiativer på arbejdspladser og i brancher med mange kortuddannede, er det muligt at nå en væsentlig del af målgruppen.

Forebyggelse på arbejdspladser har hidtil mest fokuseret på det fysiske og psykiske arbejdsmiljø. Der er imidlertid i disse år en tydelig udvikling i retning af, at sundhed i bred forstand bliver et tema på arbejdspladserne. Fx har mange arbejdspladser indført frugtordninger og sund kantine. Der er også indhøstet erfaringer med forebyggelse på arbejdspladser med mange kortuddannede. I Århus Amt gennemførtes der fx i årene op til kommunalreformen en vellykket rygestopindsats på offentlige og private arbejdspladser med mange ufaglærte.

I 2007 skete der to organisatoriske fornyelser, som kan støtte denne udvikling, og som giver nye muligheder for at styrke forebyggelsesindsatsen på arbejdspladser med mange kortuddannede: Oprettelse af Forebyggelsesfon-

den og overdragelse af ansvaret for den borgerrettede forebyggelse til kommunerne i forbindelse med kommunalreformen.

Forebyggelsesfonden yder støtte til arbejdspladsprojekter inden for tre hovedformål:

- Forebyggelse af nedslidende rutiner og arbejdsgange
- Genoptræning og rehabilitering af syge og handicappede
- Forebyggelsesinitiativer i forhold til rygning, alkohol, fedme og fysisk inaktivitet

Det tredje hovedformål gør det muligt for Forebyggelsesfonden at støtte brede forebyggelsesprojekter på arbejdspladserne.

Der er afsat 39 mio. kr. til dette formål i 2009. Beløbet forhøjes til 100 mio. kr. i 2010 efter anbefaling fra regeringens forebyggelseskommission, altså en betydelig opprioritering af området. Midlerne er ikke øremærkede til bestemte typer af arbejdspladser, men vil, hvis man vælger det, kunne bruges til at styrke indsatsen i forhold til arbejdspladser med mange kortuddannede.

Forebyggelsesfonden kan på den måde blive et vigtigt element i indsatsen for større lighed i sundhed. Forebyggelsesfonden disponerer over i alt 3 mia. kr. til uddeling over en tiårig periode til alle tre hovedformål.

Et andet vigtigt element er kommunerne: Kommunerne har ved kommunalreformen fået ansvaret for den borgerrettede forebyggelse i alle aldersgrupper. Kommunerne kan, hvis de vil, igangsætte forebyggelsesaktiviteter på arbejdspladser i samarbejde med offentlige og private virksomheder. Der kan laves en målrettet forebyggelsesindsats i forhold til arbejdspladser med mange kortuddannede. Det er indtil videre kun gjort i begrænset omfang. Kommunerne er økonomisk trængte i forhold til forebyggelsesarbejdet, men de har måske heller ikke helt fået øje på mulighederne.

Den nye ansvarsfordeling på beskæftigelsesområdet giver også mulighed for at koble den kommunale beskæftigelsesindsats med forebyggende aktiviteter. Herved kan man nå nogle af de voksne erhvervsaktive, der befinder sig i randen af arbejdsmarkedet, og hvor en stor andel er kortuddannede.

Kommunerne kan ved at indgå partnerskaber med de lokale arbejdsmarkedsorganisationer – fagforeninger og arbejdsgiverorganisationer – styrke sundhedsindsatsen på arbejdspladserne.

I forhold til *unge under uddannelse* er erhvervsskolerne en relevant forebyggelsesarena. Det er den mindst boglige del af de unge, der kommer her. Skolerne mangler imidlertid midler til forebyggende aktiviteter.

Skolen er en vigtig forebyggelsesarena i forhold til *børn*. De fleste skoler er ikke i samme grad som arbejdspladser og ungdomsuddannelser socialt sorterede miljøer. De egner sig derfor bedst til en bred forebyggelsesindsats. Flere kommuner har imidlertid særlige fritidstilbud til overvægtige børn nogle steder i samarbejde med lokale idrætsforeninger (som eksempel kan nævnes Natur lig Sport i Viborg Kommune). Disse tilbud kan være en god støtte til børn, der kommer ofte fra mindre privilegerede hjem.

Tabel 2. Andel der gerne vil være fysisk mere aktiv opdelt på uddannelsesniveau

	Uddannelsesniveau		
	Lavt	Middel	Højt
	----- Pct -----		
Alle	48	64	77
Mænd			
25-34 år	66	70	83
35-44 år	50	70	86
45-54 år	55	60	78
55-64 år	36	50	65
65-74 år	30	38	48
75-79 år	32	41	45
Kvinder			
25-34 år	72	86	87
35-44 år	60	79	87
45-54 år	55	71	73
55-64 år	54	60	68
55-74 år	43	48	54
75-79 år	40	46	47

Kilde: Hvordan har du det? Sundhedsprofil for Region og Kommuner. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2006

Metoder

Der er brug for mere effektive metoder til at forebygge fedme. Fedmeproblemet har imidlertid et omfang, så man må handle ud fra det vidensgrundlag, der findes i dag, og håbe på at forskning inden for området i fremtiden vil føre til bedre metoder og dermed med også større succes i forebyggelsesarbejdet.

Som det ser ud i dag, er de vigtigste midler i forebyggelse af fedme på individ- og gruppeniveau fremme af fysisk aktivitet og sunde kostvaner.

Forebyggelse af fedme hos kortuddannede i de nævnte forebyggelsesarenaer – arbejdspladser med en stor andel af kortuddannede, den kommunale beskæftigelsesindsats og erhvervsskolerne – må derfor fokusere på fysisk aktivitet og kost.

Forebyggelsesaktiviteterne må tilpasses til de steder, hvor de foregår. Ofte vil det være hensigtsmæssigt at integrere indsatsen for at fremme af fysisk aktivitet og sunde kostvaner med andre forebyggelsesemner: rygestop, forbedringer af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø m.v.

Det er vigtigt, at indsatsen tilrettelægges på en måde, så man respekterer de mennesker, den henvender sig til, og at den bygger på inddragelse. Deltagerne bør inddrages i den konkrete udformning, tilrettelæggelse og gennemførelse af aktiviteterne. Det er desuden vigtigt at aktiviteterne forankres i organisationen, så de bidrager til en varig ændring af sundhedskulturen på stedet, og så man føler ejerskab til aktiviteterne. Disse forhold indgår i Forebyggelsesfondens støttekriterier og bør også ligge til grund for kommunernes indsats.

Man bør være opmærksom på de etiske aspekter ved forebyggelse - forebyggelse kan i værste fald få karakter af overgreb og stigmatisering, og risikoen herfor er større ved socialt udsatte grupper.

Generelt er der imidlertid en stor motivation i befolkningen for sundere kost- og motionsvaner. Fx vil 65% af den voksne befolkning ifølge Region Midtjyllands sundhedsprofil gerne være fysisk mere aktive. Andelen er lavere hos de kortuddannede, men også her er der mange, der gerne vil bevæge sig mere – 48% på laveste uddannelsesniveau vil gerne være fysisk mere aktive.

Sammenfatning

Det virker som om, der er usikkerhed med hensyn til, hvordan man skal omsætte den generelle målsætning om social ulighed i sundhed til konkret handling. Dette er et forslag til, 'hvordan man kan gøre det svære enkelt'.

Konkret handler det om, hvordan man kan tilrettelægge en forebyggende indsats mod fedme blandt den mindst privilegerede del af befolkningen, fordi fedme er en af de faktorer, der bidrager til den sociale ulighed i sundhed.

Det foreslås, at man vælger de kortuddannede som målgruppe for indsatsen, og at aktiviteterne kommer til at foregå på arbejdspladser med mange kortuddannede, i tilknytning til kommunernes beskæftigelsesindsats og på erhvervsskolerne.

Det foreslås endvidere, at Forebyggelsesfonden og kommunerne bliver centrale aktører i indsatsen for at fremme fysisk aktivitet og sunde kostvaner hos de kortuddannede.

Hvis indsatsen for at mindske den sociale ulighed i fedme skal bære frugt, forudsætter det, at de fornødne midler er til rådighed, men også at man forstår at udnytte de muligheder, som findes inden for de eksisterende rammer.

Der er et stort potentiale, der langt fra er realiseret, for at Forebyggelsesfonden og kommunerne understøtter forebyggelsesaktiviteter på arbejdspladser med mange kortuddannede. Endvidere er der uudnyttede forebyggelsesmuligheder på erhvervsskolerne og i de kommunale beskæftigelsesforvaltninger.

Referencer

Breinholt Larsen F. Rygestopkurser i Århus amt 2001-2004. En analyse på baggrund af data fra Rygestopbasen. Århus: Afdeling for Folkesundhed, Århus Amt, 2005.

Breinholt Larsen F, Nordvig I, Søe D. Hvordan har du det? Sundhedsprofil for Region og Kommuner. Århus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2006

Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006

Lynch J, Kaplan G. 'Socioeconomic position' in L.F. Berkman & I. Kawachi (eds) Social epidemiology, Oxford: Oxford University Press, pp. 13-35, 2000
Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. København: Sundhedsministeriet, 1999

Shaw M, Galobardes B, Lawlor DA, Lynch J, Wheeler, Davey Smith B The handbook of inequality and socioeconomic position. Concepts and measures. Bristol: The Policy Press, 2007

Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002

Oplæg 25: Forebyggelse, sundhedsfremme og det frie valg

Af Jacob Andersen, Dansk Kommunikation

Projekt Let Børnene

Projekt Let Børnene er en særlig form for kampagne, der involverer alle væsentlige samfundskræfter i en stadig mere forpligtende, fælles anstrengelse for at stoppe fedmeepidemien blandt børnene og fremme deres sundhed i bredere forstand. Kampagnen består i en række indbyrdes afstemte initiativer, der henvender sig skiftevis til offentligheden, det politiske system, virksomhederne, kommunerne og ikke mindst forældrene.

Kampagnen fortsættes i de følgende år for at sikre, at der er vedblivende fokus på fedme-sundheds-problematikken i familier, virksomheder, institutioner og de politiske systemer. Organisationerne bag initiativet råder over meget betydelig mediemæssig kompetence og gennemslagskraft, der garanterer en omfattende mediedækning. Desuden repræsenterer de selv mange tusinde frivillige og professionelle, som det er afgørende at inddrage i initiativet.

Initiativgruppen bag Let Børnene består af Forbrugerrådet, Danske Gymnastik Foreninger, Danmarks Lærereforening, Kræftens Bekæmpelse, Odense Kommune, BUPL, Dansk Kommunikation aps. og Mandag Morgen. Desuden har Hjerteforeningen, Diabetesforeningen, Forældreorganisationen Skole og Samfund samt FOLA sagt ja til at tage et medansvar for den langsigtede del af projektet. Projektet gennemføres i samarbejde med Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Projektets baggrund

Næsten hvert femte danske barn er overvægtigt, og udviklingen fortsætter²⁹ Vægtudviklingen er – ud over problematisk i sig selv – et symptom på en usund udvikling af det moderne børneliv med meget vidtrækkende konsekvenser for både den enkelte og samfundet. Bl.a. har problemet massiv social slagside.

En samlet indsats savnes fortsat. Der er ikke klarhed om, hvilke tiltag eller strategier, der virker bedst og slet ikke om, hvad der kan skabes tilslutning til blandt børnene selv og deres forældre. Der må også udvikles bedre metoder til at involvere kræfter i institutionerne, erhvervslivet og det civile samfund i løsningen. For problemerne stikker dybt. De bunder i det dagligliv, som familierne lever og i de rammer, som samfundet sætter om familiernes dagligliv. De kan ikke ændres gennem ad hoc ændringer på isolerede områder.

²⁹ Mens danske børns indtag af fedt faldt lidt i årene omkring årtusindskiftet har der ikke været noget fald 2003-2006. Sukkerindtaget er faldet lidt, men 64 pct af børnen får stadig mere end anbefalet og til sammen spiser danske børn 3 gange så mange søde sager, inkl. søde drikke, som der er plads til i en sund kost. Danskernes kostvaner 1995-2006. DTU, Institut for fødevarer. Sisse Fagt mfl. August 2008.

Fundamentet for at udvikle en samlet indsats er blevet gradvis bedre i de seneste år. Der er igennem de seneste ca. ti år brugt betydelige offentlige og private summer på isolerede og dårligt evaluerede projekter, der i realiteten ikke har gjort det danske samfund meget klogere. Der er efterhånden voksende forståelse for, at det ikke er vejen. Kravene om dokumenteret viden vokser. TrygFondens kommende Center vil antagelig få en nøglerolle med prioriteringen af interventioner på skole/institutionsområdet, af strukturelle indsatser og rådgivningsforpligtelser vs. kommunerne. Samtidig efterlyser forældrene mere markante initiativer fra samfundets side. Ikke mindst Mandag Morgens/TrygFondens undersøgelse fra forsommeren 08 demonstrerede en sådan vilje. Emnet er også kommet på dagsorden i mange kommuner og nationalt. Bl.a. ventes regeringens forebyggelseskommission, der afleverer sin betænkning først 2009, at lægge op til nye initiativer.

Projektets formål

Samfundet har brug for at engagere sine børn i en langsigtet forandring af den nuværende børnekultur, hvor fysisk bevægelse i leg og arbejde har fået en stadig mindre plads blandt rigtig mange børn, mens indtaget af sukker og fedt er vokset i et helt uhensigtsmæssigt omfang.

Det kræver, at de følgende fem forudsætninger opfyldes:

- Stærkere mandater. Borgerne må fortælle politikerne, at de ønsker sagen prioriteret op, og hvilke metoder, de ønsker anvendt hhv. ikke anvendt.
- Tydelige ledelsessignaler. Lærere, pædagoger og andre professionelle skal have tydeligere signaler fra deres administrative og politiske ledelse.
- Gensidig opbakning. Forældrene har brug for opbakning fra hinanden og fra skoler og fritidstilbud mv., hvor rammerne om nogle af børnenes vaner dannes.
- Kvalificeret efterspørgsel. Virksomheder og institutioner behøver kritiske forbrugere og politikere, der efterspørger nytænkning.
- Styrket dokumentation. Både forældre, professionelle og virksomheder har brug for praktiske greb med dokumenteret nytteværdis, helst fra kontrollerede forsøg.

De fem forudsætninger hænger sammen indbyrdes.

Formålet med Projekt Let Børnene er at hjælpe samfundet med at opfylde de fem forudsætninger på en samlet og sammenhængende måde.

Projektets indhold

Projektet er blevet udviklet over næsten to år i et samspil mellem fagfolk, herunder konsulenter i de involverede organisationer, og professionelle medie- og kampagnefolk samt ministerierne. Resultatet er et projekt, der på de fleste punkter er ændret væsentligt sammenlignet med de udspil, som fonden tidligere er blevet præsenteret for.

Projektet består af tre indbyrdes afstemte initiativer, der hver for sig generer nye initiativer og dermed skaber en sneboldeffekt. Initiativerne foregår principielt under det fælles brand, der bygges op i den offentlige bevidsthed i kraft af projektets massive medieeksponering, merchandise, plakater på skoler og institutioner, gavlmalier, annoncer fra udvalgte virksomheder etc... Dermed forbliver den fælles sag på "samfundets nethinde".

Kort sagt består projektet af:

En generel kampagneindsats, der skal gøre brand-name/logo "Let Børnene" bredt kendt, og som skal signalere bredt partnerskab og aktiv involvering omkring lødige initiativer til at bekæmpe fedmeepidemien og fremme en sundere børnekultur.

Folkehøringen Let Børnene, der er en national høring over to dage, arrangeret sammen med en landsdækkende TV station samt Sundhedsministeriet og Fødevareministeriet. De to ministre har tilbudt at fungere som ordstyrere. Begivenheden afvikles først på foråret 2009. Ud over 400 repræsentativt udvalgte voksne borgere indgår også 40 børn i et særligt arrangement. Deltagerne modtager et informationsmateriale, der bygger på den nyeste internationale forskning. Samme dag som høringen arrangerer DGI en række specialdesignede idrætsbegivenheder over hele landet efter modellen "fodbold på torvet", der bidrager til at skabe opmærksomhed, og samtidig demonstrerer, hvordan bevægelse kunne bygges bedre ind i hverdagen.

Forældrenetværket Let Børnene, der er et såkaldt socialt netværk efter forbillede i det australske "Parents Jury", der bringer interesserede forældre sammen virtuelt og fysisk. Forældrene skal kunne samle inspiration og organisere lokal aktivitet – bl.a. for at involvere lokale institutioner, foreninger, politikere og presse. Til sammen udgør forældrene et avanceret web-panel, der blander sig i samfundsdebatten om børns sundhed, og som også kan bidrage til udviklingen af offentlige og private kampagneinitiativer, produkter og services.

BørneForum Odense, der er et tre-dages udstilling og legeværksted, der afholdes i efteråret 2009, hvor en række internationale firmaer er inviteret til at fremvise deres bud på en produkter mm., der kan stimulere børn til at bevæge sig mere og spise bedre - og hvor firmaerne kan diskutere deres ideer med forældrenetværket og offentligheden i det hele taget.

Mål

De konkrete mål/succeskriterier for Projekt Let Børnene i 2009 er:

- At TV transmissioner af Folkehøringen ses af mindst 350.000
- At alle større nyhedsmedier og 75 procent af landets lokal- og distriktsblade omtaler projektet mere end én gang.
- At Folketinget drøfter høringens konklusioner og tager konkrete initiativer
- At 1.000 forældre i mindst 75 kommuner melder sig til Forældrenetværket
- At 10.000 plakater/merchandise-enheder distribueres effektivt over hele landet
- At 4.500 medlemmer af organisationerne bag initiativet involveres i Let Børnene aktiviteter
- At BørneForum leder til mindst 5 konkrete samarbejder mellem virksomheder og brugere om udvikling af nye koncepter, produkter eller services
- At det lykkes at forpligte mindst én af de store dagligvarekæder på konkrete forandringer

Målene vil selvsagt blive justeret i lyset af projektets økonomi. I løbet af året opstilles konkrete mål for de kommende år. Initiativgruppen er parat til at drøfte mål, der vedrører dokumentation for indsatserne.

Effekter

Projektets mål er ambitiøse men ikke uopnåelige. Dets enkelte elementer er designet præcist til at fremme det overordnede formål via de konkrete mål:

Folkehøringer efter den her planlagte model har vist sig at være en velegnet instrument til at skabe folkelig legitimitet og mobilisering omkring komplicerede emner. Det er også bevist, at de kan udvikles som store mediebegivenheder. "Sociale fællesskaber" har (navnlig i udlandet) demonstreret deres værdi som overkommelig og meningsfulde rammer om et langsigtet engagement for de tidspresede børneforældre. BørneForum er attraktiv som en helt ny ramme for konstruktiv dialog mellem virksomheder og deres kunder, som en række førende virksomheder allerede har erklæret deres interesse for.

Projektets delinitiativer kan således hjælpe med at opfylde de fem forudsætninger, i form af stærkere folkelige mandater, tydeligere ledelsessignaler, gensidig opbakning fra børnenes voksne og artikuleret efterspørgsel efter nye koncepter (f.eks. for markedsføring), services og produkter. Initiativerne, herunder informationsmaterialet i forbindelse med folkehøringen, vil blive baseret på aktuel forskningsviden.

Kronik fra Berlingske Tidende: Sundhedsfremme er en frihedskamp

Der er brug for et nyt politisk fokus i sundhedsfremmepolitikken. Målet bør ikke være at skabe maksimal sundhed for enhver pris, men at hjælpe enhver til at blive herre i egen krop. Det kræver bl.a. en ny sundhedsetik

Af Anders Hede og Jacob Andersen

Sukker, fedt og alkohol er med til at gøre livet værd at leve. Derfor vil vi kunne spise og drikke det uden andres moraliseren. Og hvorfor ikke en pibe tobak eller for den sags skyld hash en gang i mellem?

Fordi det er usundt, vil nogle svare. Men det er der så meget, der er. Sundhed er et mål for de fleste, men det er ét blandt flere. Ofte vælger vi det mindre sunde alternativ fordi vi går mere op i noget andet.

Så det usunde skal have sin plads. Vi vil bare gerne selv bestemme hvilken. Vi vil ikke være slaver af det. Vi vil heller ikke have at vores børn bliver slaver af det. Vi – og de – skal tværtimod kunne have det med sig igennem et langt liv, men på en måde som de selv styrer og afpasser efter deres andre mål, bl.a. deres helbred.

Hvad hindrer os i selv at styre vores forhold til det dejlige og usunde?

Manglende viden om konsekvenserne, svarer mange. Det er der *lidt* om. Man skal have livserfaring for at fornemme, hvad det vil sige at leve med f.eks. et misbrugsproblem. Derfor skal vi hjælpe bl.a. børn og unge med at holde igen. Vi voksne kender naturligvis heller ikke alle helbredsrisici, der skyldes usunde produkter i usunde mængder. Blandt andet fordi der hele tiden dukker nye frem. Men vi ved nok. Spørgsmålet er så, hvor meget vores viden hjælper os. Mange af os træffer jo hele tiden valg, som vi godt ved, at vi fortryder lige om lidt. Viden er sjældent en stopklods i sig selv.

En forklaring er, at vi er blevet afhængige. Den mest synlige form er den fysiske afhængighed. Er man *hooked* på nikotin, alkohol eller narko så protester kroppen voldsomt, hvis den må undvære det. De fleste af os kender også til de psykiske afhængigheder. Dagen kan ikke komme i gang uden kaffe, og vi kan ikke komme i munter stemning uden alkohol. Mange prøver at skære ned, men den psykiske afhængighed er svær at komme fri af.

Det hænger bl.a. sammen med det, man kan kalde *social* afhængighed. Meget af vores samvær i familien, blandt venner og kolleger er bygget op om ritualer, hvor der bliver ædt, drukket og røget. Hvis vi siger nej tak, lægger vi op til at ændre samværsformen. Da det ofte er umuligt for den enkelte (medarbejder, klassekammerat, familiemedlem osv.), melder man sig reelt ud af fællesskabet med dem, der betyder mest. Billedet af, at vi hver især frit og rationelt har valgt vores måde at leve på, er derfor som regel forkert. Regelen er snarere, at vi sidder i en saks af fysisk, psykisk og social afhængighed, der hindrer os i at leve som vi helst ville.

Sundhedsfremme bør ikke dreje sig om at pånøde os en bestemt livsstil, men at hjælpe os fri af afhængighed. Målet for sundhedsfremme skal være, at vi skal være mest muligt herre i egen krop. Den skal styrke vores evne til at vælge og mindske det pres vi er udsat for fra grupper, vi er med i og fra alle mulige udspekulerede former for kommerciel manipulation.

Grundlaget bør være en ny sundhedsetik. Sæt ikke andre i valgssituationer, som du helst selv var fri for, kunne den lyde. Eller måske mere positivt: Gør hvad du kan for at give dine medmennesker nogle sunde valgmuligheder. En ny etik kan ikke indføres ved lov. Den fremmes gennem diskussion og mobilisering af gode kræfter – hos f.eks. forældre, foreninger, arbejdspladser og offentlige institutioner. Nogle steder er man så småt i gang. 3F har i øjeblikket betydelig succes med at skabe kollektiv bevidsthed om sundhed på arbejdspladser sammen med ansvarsbevidste tillidsfolk og arbejdsgivere.

Foreningslivet har utallige steder i landet åbnet sig for medlemmer, der ikke vinder mesterskaber, men som i øvrigt har alt at vinde ved at være med.

Det er også blevet almindeligt at lave forældreaftaler om f.eks. alkohol i de mellemste klasser, så forældre kan forsinke børnenes møde med alkohol og undgå at blive spillet ud mod hinanden. Men det kan gøres meget mere systematisk, hvis skoler (eller kommuner) stiller de relevante erfaringer til rådighed for forældrene. Der er også masser af muligheder for at give børnene sundere valgmuligheder med hensyn til kost og motion.

Og hvorfor opgive teenagerne? Vi har i dag fået vigtig viden – bl.a. fra det fremragende Ringsted-projekt – om, hvordan man kan mindske gruppepresset i ungegrupperne selv. Hvorfor skal vi finde os i, at vores børn trækkes ind i en mere eller mindre druk- og i nogle tilfælde narkokultur, så snart de begynder i ungdomsuddannelserne? Undersøgelser fra TrygFonden viser, at teenageforældre i stort omfang efterspørger muligheder for at kunne gøre noget i fællesskab. I masser af kommuner er det slet ikke på dagsordenen.

Har staten ikke en rolle at spille? Bestemt. Staten skal skabe rammer, så befolkningens åbenlyse interesse i sagen kan få konstruktive udtryk – i pagt med den nye sundhedsetik. Lovgivning og offentlige afgift- og tilskudssystemer skal være med til at styrke borgeres og familiers reelle mulighed for at træffe bevidste valg.

I mange tilfælde er der f.eks. brug for en mere hårdtslående forbrugerbeskyttelsespolitik.

I dag har dagligvarehandlen f.eks. frit spil til at lokke kunder i butikken med slagtilbud på cola, forføre dem med såkaldt duftmarketing og sætte slikket og smørgerne ved kassen, hvor vi er allermest trætte og distræte.

Staten må hjælpe til, at få butikslivet til at forholde sig konstruktivt til den nye sundhedsetik. En metode kunne være kollektive brancheaftaler. Ikke for at afskære nogen fra at købe noget, som de ønsker sig, men netop for at øge vores frihed til at styre vores og vores børn liv.

I det hele taget bør vi bruge kollektive aftaler mere. Et forbillede kunne være arbejdsmarkedspensionerne, hvor staten har aftalt med arbejdsmarkedets parter, at gemme en del af indkomsten til alderdommen og dermed bytte en form for frihed med en anden. Vi ved nemlig godt, at vi skal lokkes og presses lidt, hvis vi skal en rimelig økonomisk bevægelsesfrihed, når vi har forladt arbejdsmarkedet.

Det ville have været spændende, hvis Forebyggelseskommissionen havde forsøgt at byde på, hvordan vi får gjort dagligdagens mange beslutninger mere (sundheds-)bevidste og uafhængige. Det var desværre ikke dens opgave. Kommissionens skulle belyse dokumenterede ideer til forebyggelse, ikke tænke nyt. Den blev også pålagt at sørge for, at der var valuta for pengene - underforstået, at der ikke skulle bruges særlig mange af dem. Finansministeriet spillede en stor rolle bag kulisserne, da Kommissionens opgaver blev formuleret og medlemmerne udpeget.

Det gør ikke kommissionens anbefalinger værdiløse. Der er faktisk meget mere gods i dem end man skulle tro ud fra den offentlige debat (og flere dens forbud er relevante, også ud fra en frihedsbetragtning). Men anbefalingerne bør suppleres med nye ideer. Og det er afgørende at gøre op med forestillingen om at forebyggelse og formynderi er to alen ud af samme stykke. I det moderne samfund handler frihed mere om de valg, vi giver hinanden end om fraværet af offentlig indblanding.

Vi skal heller ikke overhøre Finansministeriet. Bekymringen for at forebyggelsen kan vokse sig til en ny stor offentlig udgift, der også skal konkurrere om den knappe arbejdskraft, er reel nok. Det betyder noget for, hvordan og hvor hurtigt den offentlige sundhedsfremme kan udvikles.

Det betyder på den anden side *ikke*, at vi har nået det helt optimale udgiftsniveau på dette område. Meget taler for, at vi kunne nå betydelige fremskridt i velfærd og frihed ved bruge lidt mere af samfundets stadig enorme rigdom på sagen. Som bekendt findes der ikke bedre guld end friheden!

Anders Hede er forskningschef i TrygFonden. Jacob Andersen er partner i Dansk Kommunikation. Sammen har de skrevet "Er sundhed et personligt valg?". TrygFonden/Mandag Morgen 2006.

Deltagerliste

Ordstyrer

Preben Rudiengaard

Formand for Sundhedsudvalget (V)

Det politiske spørgepanel

Sophie Løhde

Medlem af Folketinget (V)

Sophie Hæstorp Andersen

Medlem af Folketinget (S)

Liselott Blixt

Medlem af Folketinget (DF)

Anne Baastrup

Medlem af Folketinget (SF)

Anne Marie Geisler

Medlem af Folketinget (RV)

Oplægsholdere

Arne Astrup

Institut for Human Ernæring

Kjeld Møller Pedersen

Syddansk Universitet

Helle Grønbæk

Holbæk Sygehus

Gunnar Scott Reinbacher

Aalborg Universitet

Jens-Christian Holm

Holbæk Sygehus

Mette Kildevæld

Institut for Sygdomsforebyggelse

Søren Toubro

Dansk Selskab for Adipositasforskning

Henning Beck-Nielsen

Syddansk Universitet

Jens Fromholdt Larsen

Privathospitalet Mølholm

Jens Peter Kroustrup

Aalborg Sygehus

Betina Højgaard

DSI

Carsten Obel

Århus Universitet

Berit Lilienthal Heitmann

Institut for Sygdomsforebyggelse

Else Smith

Sundhedsstyrelsen

Tatjana Hejgaard

Sundhedsstyrelsen

Torben Jørgensen

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

René Kural

Arkitektskolen

Bent Egberg Mikkelsen	Aalborg Universitet
Finn Diderichsen	Institut for Folkesundhedsvidenskab
Charlotte Glümer	Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Ingrid Willaing	Hjerteforeningen
Thorkild I.A. Sørensen	Institut for Sygdomsforebyggelse
Regitze Siggaard	Adipositasforeningen
Finn Breinholt	Center for Folkesundhed
Jacob Andersen	Dansk Kommunikation

Tilhørere

Adam Holst	Numo
Alice Clark	Københavns Universitet
Anders Jacobi	Teknologirådet
Andrea Littrup	Institut for Sygdomsforebyggelse
Anette Sams Nielsen	Novo Nordisk A/S
Anette Sejling	Frederiksberg Sundhedscenter
Anita Risager	
Anna Trige-Jensen	Danske Regioner
Anne Dahl Lassen	DTU Fødevareinstituttet
Anne Marie Detlefsen	Aabenraa Kommune
Bente Nelbom	Hvidovre Hospital
Bente Thue Larsen	Praktiserende læge
Benthe Hansen	Høje Tåstrup Kommune
Bettina Schotte	Høje Tåstrup Kommune
Bianca Maria Hermansen	Center for Sport and Architecture
Bidda Rolin	
Birgitte Bonnevie	Greve Kommune
Birgitte Hansen	Struer Skolens Livsstilslinje
Birgitte Jørgensen	Bornholms Regionskommune
Birthe Holm	Region Sjælland
Bo Wesley	Novo Nordisk
Britta Jørgensen	Hvidovre Hospital
Camilla H. Holm	Ballerup Kommune
Carina Nielsen	Faxe Kommune
Caroline Thue Larsen	
Charlotte Lunde	Stevns Kommune
Charlotte Mayntz	Effector Communications
Charlotte Seeger	Institut for Sygdomsforebyggelse

Christian Laursen

Christian Sørensen

Dan Grabowski

Denni Pedersen

Despina Paraskeva

Dianna Rømer

Dorte Mørkbak

Dorthe Pedersen

Ellinor Conradsen

Ellis Heine

Else Marie Bojsen

Esther Zimmermann

Fannie Paraskeva

Gitte Petersen

Gunhild Olesen Møller

Hanne Bjerre Andersen

Hanne Sejerøe

Helle Christensen

Helle Hilding-Nørkjær

Helle Jensen

Helle Kolind Mikkelsen

Helle Larsen

Henriette Hansen

Henrik Christensen

Henrik Lassen

Iben Humble Kristensen

Ida Enghave

Inge Larsen

Inge-Lise Kanstrup

Inger Skovsbo

Jesper Hornbæk

Jette Modlock

Jo Coolidge

Jytte Halkjær

Jytte Larsen

Jytte Møller

Jørgen Bentzen

Karen Thorkenholdt

Kari Vieth

Karina Gellert Johannsen

Karina Nørby

Karis Dalsjö

Livsstilscenter Djursland

Steno Center for Sundhedsfremme

Stevns Kommune

Region Sjælland

Skanderborg Kommune

Nestle Danmark A/S

Livsstilscenter Djursland

Forebyggelse – Stevns Kommune

Institut for Sygdomsforebyggelse

Region Sjælland

Rødovre Kommune

Region Nordjylland

Hillerød Hospital

Roskilde Kommune

Glostrup Hospital

Børneafdelingen Hillerød

Kommunernes Landsforening

Suhrs

Århus Kommune

Dansk Folkeoplysnings Samråd

Livsstilscenter Djursland

Videnscenter for Fødevarer og Sundhed

Hjerteforeningen

Herlev Hospital

Frederiksberg Sundhedscenter

Herning Kommune

Lægeforeningen

Kræftens Bekæmpelse

Sundhedsstaben

Lolland Kommune

Dansk Supermarked

Center for Idræt og Arkitektur

Kommunernes Landsforening

Faxe Kommune

Faxe Kommune

Hedensted Kommune

Karsten Højgaard	Region Sjælland
Karsten Kaas Ibsen	Roskilde Kommune
Katrine Cortnum-Fly	Institut for Sygdomsforebyggelse
Katrine Grau	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Katrine Schjønning	Johnson & Johnson A/S
Kenneth Fredgaard	Region Hovedstaden
Kirsten Granhøj	Statens Institut for Folkesundhed
Knud Juel	Teknologirådet
Kristian M. Jørgensen	Covodien
Lars Alling	Region Hovedstaden
Lars Bruun Larsen	Sundhedsstaben
Lars Folmer Hansen	
Lars Kristensen	
Leif Christiansen	Bispebjerg Hospital
Lene Bjørn Serpa	Novo Nordisk
Lene Hansen	Aabenraa Kommune
Lene Jakobsen	Hedensted Kommune
Lene Joensen	Hjerteforeningen
Lene Kromann-Larsen	Greve Kommune
Lene Møller	Sundhedsplejen
Lene Schack-Nielsen	Region Hovedstaden
Line Dalsgaard	Sundhedsstaben
Lisa Heidi Witt	Diabetesforeningen
Lise Højbjerg Ravn	Panum Institut
Lise Petri	Praktiserende Læge
Lone Buhelt	
Lone Just	Helsingør Kommune
Lone Vinhard	Kommunernes Landsforening
Louise Klok Ingvarsen	Esbjerg Kommune
Louise Lindhardt	
Louise Mai Østergaard	Institut for Sygdomsforebyggelse
Louise Stenstrup	Fødevareministeriet
Maj-Britt Laursen	Danske Regioner
Margit Velsing Groth	Danmarks Fødevareforskning
Marianne Pedersen	Gentofte Kommune
Marie Petri	Teknologirådet
Martin Helfer	Struer Skolens Livsstilslinje
May-Britt Gertz	
Merethe Kirstine Andersen	Institut for Folkesundhed
Mette Bo Christensen	Favrskov Kommune
Mette Hansen	Sundhedsudvalget

Mette Hovgaard Andersen	
Mette Rosenlund Sørensen	DTU Fødevareinstituttet
Mette Stougaard	Hjerteforeningen
Mette Valentiner	Hillerød Hospital
Mettelene L. Rosenlund	Greve Kommune
Morten Andreasen	Forsknings- og Innovationsstyrelsen
Nenna Brinck	DTU Management
Niels Adler	Hjerteforeningen
Niels Madsen	
Nikolaj Buchardt	Mannov
Nils-Martin Johansson	UCSJ
Nina Marie Andersen	Høje-Taastrup Kommune
Nina Vedel-Petersen	Sundhedsmedierne
Nina Vestmark Christiansen	
Oda Troest	Region Sjælland
Peter Hamborg Faarbæk	3F
Peter Konow	Lægeforeningen
Peter Olesen	Det Strategiske Forskningsråd
Rikke Karlsson	Region Nordjylland
Rikke Selmer	
Rikke Skipper Hansen	Sundhuset
Salima Benali	Dansk Industri
Sally Dorset	Sundhedsmedierne
Sanne Josephine Bille	UCSJ
Sanne Møller Knudsen	Novo Nordisk
Sara Nanna Brusvang	
Sidse Vinkler Rasmussen	Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Sine Bjerre	
Sofie Bentzen	Suhrs Seminarium
Sofie Lund	Institut for Sygdomsforebyggelse
Steffen Larsen	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Stine Rehn	Stevn Kommune
Susan Warming	Bispebjerg Hospital
Susanne Friis	Gladsaxe Kommune
Susanne Hede	Forsknings- og Innovationsstyrelsen
Susanne Hede	Århus Kommune
Susanne Tøttenborg	Kræftens Bekæmpelse
Susanne Wolff	Sundhedsstyrelsen
Svend Heiselberg	Region Nordjylland
Søs Kronholm Sølvsten	
Thomas Møberg	De Danske Vægtkonsulenter
Tina Fogh	Steno Center for Sundhedsfremme
Tina Fuglsig Lauridsen	

Tina Jensen	
Tina Landsvig Berentzen	Institut for Sygdomsforebyggelse
Tine Buch-Andersen	Institut for Sygdomsforebyggelse
Tove Dam	Helsingør Kommune
Trine Holmgaard	DTU Fødevareinstituttet
Trine Kjær	
Tue Hansen	Dansk Sygeplejeråd
Vibs Hatting	Suhrs Seminarium
Zascha Kristensen	Suhrs Seminarium

Teknologirådets udgivelser 2006-2009

Teknologirådets rapporter

- 2009/3 **Teknologi og marginalisering**
- 2009/2 **Et enstrenget kommunalt beskæftigelsessystem**
- 2009/1 **Du bestemmer selv**
- 2008/6 **Høring om klimaændringer og udviklingslande**
- 2008/5 **Klimarigtigt byggeri – vi kan, hvis vi vil**
- 2008/4 **Høring om psykiske arbejdsskader**
- 2008/3 **Sundhedsvæsenets patientklage- og erstatningssystem**
- 2008/2 **Fremtidens infrastruktur**
- 2008/1 **Brugernes it-sikkerhed**
- Analyse af interviewmøde med private brugere samt anbefalinger fra en arbejdsgruppe sammensat af Teknologirådet
- 2007/5 **Prioritering i sundhedssystemet**
- Et oplæg til debat om bedre beslutningsprocesser
- 2007/4 **Lægeordineret heroin**
- 2007/3 **Biodiversitet 2010**
- hvordan når vi målene?
- 2007/2 **Det fremtidige danske energisystem**
- Teknologiscenarier.
- 2007/M **Energibehov med potentiale – danske aktører i spil**
- Idékatalog om innovationsbehov på energiområdet.
- 2007/1 **It-sikkerhed på tværs af grænser**
- Anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet
- 2006/16 **Perspektiver ved indførelse af gratis offentlig transport**
- 2006/15 **Morgendagens transportbrændstoffer**
- Danske perspektiver
- 2006/14 **Internationalisering af uddannelse**
- Redigeret udskrift og resumé af høring i Landstingssalen den 30. august 2006.
- 2006/13 **Tilsætningsstoffer i tobaksvarer**
- Redigeret udskrift og resumé af høring i Landstingssalen den 26. april 2006.

-
- 2006/12 **Regulering af miljø- og sundhedsaspekter ved nanoteknologiske produkter og processer**
- Vurderinger og anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet, juni 2006.
- 2006/11 **Sundhedsydelser med IT – Pervasive Healthcare i den danske sundhedssektor**
- Vurderinger og anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Teknologirådet.
- 2006/10 **Høring om terrorbekæmpelse**
- Resumé, skriftlige oplæg og redigeret udskrift af høring i Landstingssalen, onsdag den 10. maj 2006
- 2006/9 **Velfærd fremover – en udfordring**
- Resumé og redigeret udskrift af konference på Christiansborg den 22. marts 2006
- 2006/8 **Lille Land hvad nu?**
- Information og debat om Danmarks situation i lyset af globaliseringen.
- 2006/7 **Københavns Cityring**
- Høring for Borgerrepræsentationen i København den 30. marts 2006.
- 2006/6 **Grøn transport –kan vi, og vil vi?**
- Resume og redigeret udskrift af høring i Folketinget den 5. april 2006.
- 2006/5 **Høring om Miljøteknologi**
- Resumé og redigeret udskrift af høring i Landstingssalen på Christiansborg den 21. februar 2006
- 2006/4 **RFID fra produkt til forbrug**
- Muligheder og risici ved RFID-teknologi i værdikæden
- 2006/3 **Hvordan skal vi bruge den nye viden om menneskets hjerne?**
- Europæiske borgere i dialog om hjerneforskning.

Nyhedsbrevet "Fra rådet til tinget"

- Nr.264 - 10/09: Danske borgere ønsker klimaaf tale nu
Nr.263 - 06/09: Jagten på det ideelle fødevaremærke
Nr.262 - 04/09: Teknologi og marginalisering
Nr.261 - 04/09: Et 91-strengt AF-system
Nr.260 - 02/09: Trængsel og kørselsafgift
Nr.259 - 02/09: Prise vil passe på privatlivet
Nr.258 - 12/08: Transportvaner udfordres af klimaet

TeknologiDebat

- TD3/2009: Klima – et job for alle
TD2/2009: Du bestemmer selv
TD1/2009: Årsberetning 2008
TD4/2008: Kan innovation løse samfundets problemer?
TD3/2008: Tjenende ånd eller streng herre
TD2/2008: Privatliv eller sikkerhed

Gratis nyhedstjenester:

Abonner på Teknologirådets elektroniske nyhedsbrev TeknoNyt, der orienterer om hvad der sker i Teknologirådet og i teknologiens verden. Send en mail til teknonyt@tekno.dk

Abonner på Teknologirådets nyhedsbrev til Folketinget "Fra rådet til tinget" ved at sende en mail til rtt@tekno.dk

Alle Teknologirådets udgivelser kan læses og hentes gratis fra Rådets hjemmeside; www.tekno.dk