

# HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

Finn Breinholt Larsen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Jes Bak Sørensen, Julie Christiansen,  
Ane-Kathrine Lundberg, Sofie Emilie Pedersen og Karina Friis



# HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

## **UDARBEJDET AF**

Finn Breinholt Larsen  
Marie Hauge Pedersen  
Mathias Lasgaard  
Jes Bak Sørensen  
Julie Christiansen  
Ane-Kathrine Lundberg  
Sofie Emilie Pedersen  
Karina Friis

**DEFACTUM** | Marts 2018

## TITEL

Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)

## FORFATTERE

Finn Breinholt Larsen (projektleder)  
Marie Hauge Pedersen  
Mathias Lasgaard  
Jes Bak Sørensen  
Julie Christiansen  
Ane-Kathrine Lundberg  
Sofie Emilie Pedersen  
Karina Friis

## COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2018

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

## UDGIVER

Region Midtjylland  
DEFACTUM  
Olof Palmes Allé 15  
8200 Aarhus N  
Tlf.: 7841 4310 (sekretær Ingerlise Andersen)  
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

## DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, Pedersen SE, Friis K. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

ISBN-nr: 978-87-92400-89-5

EAN-nr: 9788792400895

## UDGIVELSE

Marts 2018

## OPLAG

2.000

## TRYK

GP Tryk & Zeuner Grafisk A/S

## LAYOUT

[www.hartwork.dk](http://www.hartwork.dk)

## FORSIDE

Malene Hald



Svanemærket tryksag  
5041 0826 LaserTryk.dk

## FORORD

Hermed foreligger Region Midtjyllands fjerde sundhedsprofil. De tre tidligere sundhedsprofiler blev lavet i 2006, 2010 og 2013. Sundhedsprofilerne bygger på borgernes egne oplysninger og giver en enestående mulighed for at få indblik i sundhedstilstanden i regionen, sådan som den opleves og beskrives af borgerne selv. Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det? 2017*, en spørgeskemaundersøgelse blandt 32.000 borgere. Desuden beskrives udviklingen i sundhedstilstanden ud fra *Hvordan har du det? 2010* og *2013*.

Oplysningerne fra sundhedsprofilerne har siden 2006 været anvendt i den kommunale og regionale planlægning af sundhedsindsatsen. Sundhedsvæsenet må løbende tilpasse sine ydelser til de ændringer, der sker i befolkningens behov. Forskergruppen bag *Hvordan har du det?* bestræber sig derfor på at inddrage nye emner i undersøgelsen, der kan understøtte denne proces med relevante tal og opgørelser. Samtidig er det vigtigt at følge udviklingen på de områder, der fortsat har en central betydning for folkesundheden som f.eks. rygning og andre sundhedsvaner.

Da sundhedsprofilen spænder over mange emner, kan det være på sin plads at fremhæve nogle af dens anvendelsesmuligheder. I det følgende nævnes fire eksempler på områder, hvor sundhedsprofilen kan bidrage med nyttig viden:

- Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde
- Bedre mental sundhed og mentalt helbred
- Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom
- Social og geografisk lighed i sundhed

### Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde

Kost, rygning, alkohol og motion (KRAM) og overvægt er stadig de forebyggelige risikofaktorer, der forårsager flest kroniske sygdomme og tabte leveår i befolkningen, samtidig med at de bidrager væsentligt til den sociale ulighed i sundhed (1).

Sundhedsprofilen indeholder oplysninger om befolkningens sundhedsvaner med hensyn til KRAM og overvægt samt motivationen for at ændre sundhedsvaner.

Disse oplysninger kan bruges af kommunerne ved udformning af lokale sundhedspolitikker og ved tilrettelæggelse af forebyggelsesarbejdet. Desuden kan sundhedsprofilens oplysninger om sundhedsvaner hos mennesker med kroniske sygdomme bruges i den regionale forebyggelsesindsats i samarbejde med kommunerne og praksissektoren.

### Bedre mental sundhed og mentalt helbred

God mental sundhed indebærer ifølge WHO's definition, at man kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagens udfordringer og stress, samt at man kan indgå i fællesskaber med andre mennesker (2).

Fremme af den mentale sundhed har høj prioritet både globalt og i en dansk sammenhæng (3, 4). Samtidig er det en vanskelig målsætning at arbejde med. Det skyldes både, at vi lever i et dynamisk samfund med hastige sociale og teknologiske forandringer, der påvirker vores dagligdag og hele tiden byder på nye muligheder og udfordringer. Men også, at området spænder vidt fra almen trivsel over tegn på dårlig mental sundhed til egentlige mentale helbredsproblemer.

Vi har i den aktuelle sundhedsprofil udbygget beskrivelsen af befolkningens mentale sundhed i forhold til tidligere. Samtidig har vi skærpet det analytiske fokus, idet der nu skelnes mellem befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer. Mental sundhed refererer til graden af psykisk trivsel, mens mentalt helbred vedrører psykisk sygdom.

Denne skelnen har betydning, når man tilrettelægger forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på det mentale område. Indsatser til fremme af den mentale sundhed sigter generelt mod en bredere målgruppe end indsatser til fremme af det mentale helbred, og arbejdsmetoderne må nødvendigvis indrettes derefter.

Der præsenteres følgende vinkler på mental sundhed og mentalt helbred: trivsel og livskvalitet, stress, angst, ensomhed, depression og psykiske lidelser. Oplysninger om depression er med for første gang i *Hvordan har du det? 2017*. Det samme gælder oplysninger om selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse blandt unge.

Vi håber, at den grundige og nuancerede fremstilling vil finde anvendelse ved tilrettelæggelse af indsatser for bedre mental sundhed og mentalt helbred.

## Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom

De oplysninger, der findes i *Hvordan har du det?*, kan bruges til at beskrive, hvordan personer med forskellige kroniske sygdomme har det sammenholdt med befolkningen generelt. Det giver mulighed for at få et populationsoverblik over borgere med specifikke sygdomme eller multisygdom.

Tidligere beskrev man fortrinsvis sundhedstilstanden ud fra registrerede diagnoser og dødelighed. Samfundsudviklingen har imidlertid medført et voksende behov for oplysninger om livskvalitet, funktionsevne og symptombyrde hos borgere med kronisk sygdom, og ikke blot oplysninger om, hvad de fejler, og hvad de dør af.

Det skyldes ikke mindst, at levealderen er steget, og at mange mennesker lever en betydelig del af deres liv med kroniske sygdomme, der kan behandles, men ofte ikke kan kureres. At borgere kan leve et aktivt og meningsfuldt liv på trods af sygdom er en vigtig målsætning for det samlede sundhedsvæsen.

Derfor er det relevant at indhente borgernes egne vurderinger af, hvordan de har det. Disse oplysninger går under betegnelsen *patientrapporterede oplysninger* (PRO) og er et vigtigt supplement til kliniske data (5). PRO omfatter også oplysninger fra patienter om deres erfaring med brug af sundhedsvæsenet. PRO-data indsamles i stigende grad som led i behandlingsforløbene, hvor de bruges til at tilrettelægge behandlingen ud fra den enkelte patients behov samt til at monitorere kvaliteten og effekten af behandlingen for en hel patientpopulation.

*Hvordan har du det?* indeholder en lang række spørgsmål, der kan bruges som referencedata for PRO-data, der indsamles i det regionale sundhedsvæsen, i praksissektoren eller i kommunalt regi. Her kan især fremhæves spørgsmål om:

- Helbredsrelateret livskvalitet
- Begrænsninger i udførelsen af dagligdagens gøremål

- Stress, ensomhed, depression
- Sundhedskompetence
- Behandlingsbyrde

For eksempel bruges *Hvordan har du det?*-data allerede som reference i MoEva (6). MoEva er et værktøj, der er udviklet i Region Midtjylland til monitorering og evaluering af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler.

## Social og geografisk lighed i sundhed

I enhver befolkning er der individuelle forskelle i sundhed på grund af forskelle i alder, gener, livshistorie m.m. Social ulighed i sundhed er derimod systematiske forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position (7).

Større social lighed i sundhed er en vigtig målsætning i både region og kommuner. Sundhedsprofilen indeholder en række oplysninger, der kan understøtte denne indsats.

På tværs af de forskellige kapitler finder man oplysninger om befolkningens sundhed opdelt på uddannelsesniveau og i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet. En række af disse oplysninger er desuden sammenfattet i et særskilt kapitel.

Uddannelse er en af de vigtigste markører for social ulighed i sundhed og har også været benyttet i analyserne i de tidligere sundhedsprofiler.

Som noget nyt har vi desuden undersøgt sundhedstilstanden blandt førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere, sygedagpengemodtagere og arbejdsløse. Disse grupper har det til fælles, at de står uden for arbejdsmarkedet, samt at de på langt de fleste områder er dårligere stillet end befolkningen som helhed (8). Det har derfor interesse at beskrive sundheden i disse grupper og sammenligne dem med personer i beskæftigelse. Dels som led i beskrivelsen af den sociale ulighed i sundhed generelt, dels for at belyse, hvilke helbredsmaessige barrierer der er for at varetage et arbejde. Det sidste skal ikke mindst ses i lyset af det øgede fokus på aktiv arbejdsmarkedspolitik, der har været i de senere år. Vi håber derfor, at man bl.a. vil finde tallene informative i de kommunale beskæftigelsesforvaltninger.

Social ulighed i sundhed har også en geografisk dimension, der både skyldes, at der sker en geografisk sortering af befolkningen via boligmarkedet, og at de fysiske og sociale omgivelser i områder med mange socialt udsatte ofte er mere belastende for sundheden sammenlignet med mere velstående områder (9).

Indsatser for at reducere den geografiske ulighed i sundhed kan være en måde at reducere den sociale ulighed i sundhed på. Indsatser for at fremme sundheden i bestemte områder er især relevante i kommuner med store geografiske forskelle i sundhed. Her kan det være hensigtsmæssigt at lave målrettede indsatser i de områder, hvor de sundhedsmæssige udfordringer er størst.

I sundhedsprofilen fra 2013 blev der introduceret en opdeling af regionen i sociogeografiske områder baseret på sogne. Sundheden i de enkelte kommuner blev beskrevet i forhold til kommunens sociogeografi. Der har været stor interesse i kommunerne for denne måde at beskrive forskelle i sundhed på tværs af geografi på. Analyserne er derfor gentaget og udbygget i nærværende sundhedsprofil og kan bruges ved planlægning af indsatser for større geografisk lighed i sundhed.

## Referencer

1. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
2. Eplov LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
3. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Genève: World Health Organization; 2013.
4. Sundhedsstyrelsen. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv – en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
5. Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, Wright J, Valderas JM, Meads D, Black N. How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis. *Journal of Health Services Research & Policy* 2017; 23(1):57-65.
6. MoEva – Monitorering og evaluering af patientuddannelse [Internet]. Aarhus: DEFACTUM. Available from: <http://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/moeva---monitorering-og-evaluering-af-patientuddannelse/>
7. Raahauge Hvass L, Manghezi A, Paldam Folker A, Sandø N. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
8. Borgere uden for arbejdsmarkedet [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen [opdateret 7. februar 2013]. Available from: <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2006/borgere-uden-for-arbejdsmarkedet>.
9. Diez-Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci*; 2010; 1186:125-145.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENFATNING	10
1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE	16
Baggrund og formål .....	16
Metode.....	16
Beskrivelse af baggrundsvariable .....	21
Læsevejledning .....	24
Medarbejdere.....	24
<b>SUNDHEDSVANER</b>	<b>29</b>
2. RYGNING	32
Hvor mange ryger? .....	35
Daglig rygning i hjem med børn.....	41
Hvor mange vil gerne holde op med at ryge?.....	43
Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop? .....	47
Ryggestart og rygestop .....	53
Råd fra egen læge om rygestop .....	54
E-cigaretter .....	55
3. ALKOHOL	58
Hvor mange har et stort alkoholforbrug?.....	61
Hvor mange rusdrikker? .....	65
Hvor mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug? .....	71
Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug .....	75
Unge og alkohol .....	77
4. FYSISK AKTIVITET	84
Hvor mange er fysisk inaktive? .....	89
Hvor mange lever ikke op til WHO's anbefaling? .....	93
Hvor mange motionerer ikke i fritiden? .....	97
Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive? .....	103
Råd fra egen læge om at dyrke motion .....	113
5. KOST	120
Hvor mange har et usundt kostmønster?.....	122
Hvor mange vil gerne spise mere sundt?.....	131
Råd fra egen læge om at ændre kostvaner .....	137

<b>6. OVERVÆGT</b>	<b>140</b>
Hvor mange er overvægtige? .....	142
Hvor mange vil gerne tabe sig? .....	149
Råd fra egen læge om at tabe sig .....	157
<b>FYSISK OG MENTAL SUNDHED</b>	<b>161</b>
<b>7. HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET</b>	<b>164</b>
Selvurderet helbred .....	165
Helbredsrelateret livskvalitet .....	172
<b>8. MENTAL SUNDHED OG MENTALT HELBRED</b>	<b>192</b>
Trivsel og livskvalitet .....	198
Stress .....	204
Generet af angst og anspændthed .....	210
Ensomhed .....	216
Depression .....	224
Unge mentale sundhed og mentale helbredsproblemer .....	230
<b>9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM</b>	<b>246</b>
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom .....	250
Sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom .....	282
Helbredsrelateret livskvalitet blandt personer med kronisk sygdom .....	298
Nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom .....	309
Brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med kronisk sygdom .....	311
Ensomhed og depression blandt personer med kronisk sygdom .....	313
Borgere i behandling .....	315
Behandlingsbyrde .....	322
Sundhedskompetence .....	330



<b>ULIGHED I SUNDHED</b>	<b>345</b>
10. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED	348
Social ulighed i sundhedsvaner .....	357
Social ulighed i generelt helbred .....	361
Social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence .....	365
11. GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED	372
Den sociogeografiske inddeling .....	374
Geografisk ulighed i sundhedsvaner .....	379
Geografisk ulighed i levevilkår .....	381
Geografisk ulighed i helbred og konsekvenser af sygdom .....	383
Sundhed på én side .....	386
Favrskov Kommune .....	388
Hedensted Kommune.....	390
Herning Kommune.....	392
Holstebro Kommune .....	394
Horsens Kommune .....	396
Ikast-Brande Kommune .....	398
Lemvig Kommune .....	400
Norddjurs Kommune.....	402
Odder Kommune.....	404
Randers Kommune .....	406
Ringkøbing-Skjern Kommune.....	408
Samsø Kommune .....	410
Silkeborg Kommune .....	412
Skanderborg Kommune.....	414
Skive Kommune.....	416
Struer Kommune.....	418
Syddjurs Kommune .....	420
Viborg Kommune .....	422
Aarhus Kommune.....	424
Region Midtjylland.....	426
<b>BILAG</b>	<b>430</b>



## 6. OVERVÆGT

Overvægt har på verdensplan antaget karakter af en epidemi. En global undersøgelse af udviklingen i Body Mass Index (BMI) viser, at andelen af overvægtige er steget markant i perioden fra 1980 til 2013. Undersøgelsen peger desuden på, at ca. 2,1 milliarder mennesker, svarende til 30 % af jordens befolkning, vejer for meget (1). Af disse vurderes det, at 1,5 milliarder er moderat overvægtige, mens 640 millioner lider af svær overvægt, også kaldet fedme. Der er således ikke tegn på, at den globale fedmeepidemi har toppet endnu (2). WHO har i forbindelse med FN's globale udviklingsmål opstillet en målsætning om, at væksten i fedme skal være standset i 2025.

Resultater fra en dansk befolkningsundersøgelse viser, at i perioden 2008-2013 er andelen af moderat og svært overvægtige stagneret blandt mænd, mens andelen af moderat og svært overvægtige fortsat er steget blandt kvinder (3). Sammenholdt med de øvrige 34 OECD-lande er andelen med svær overvægt dog forholdsvis lav i Danmark, idet 26 lande har en højere andel (2). På trods heraf er overvægt også et betydeligt sundhedsproblem i Danmark.

Svær overvægt er en tilstand, hvor mængden af fedt i kroppen er forøget i en sådan grad, at det udgør en betydelig risiko for at udvikle et stort antal kroniske sygdomme (4, 5). Dog har både moderat og svær overvægt konsekvenser for helbredet (6) og kan føre til type 2-diabetes (7, 8), hjerte-kar-sygdomme (6, 8) og forskellige former for kræft (7, 8). Overvægt er desuden relateret til lidelser i bevægeapparatet, såsom slidgigt og leddegigt (9), ligesom der er sammenhæng mellem overvægt og kortere levealder (10). Svær overvægt anses dog for at være den største udfordring for folkesundheden, mens moderat overvægt især er relevant i et forebyggelsesperspektiv. Det er vigtigt at forebygge, at moderat overvægtige ikke udvikler svær overvægt.

Foruden de helbredsmæssige konsekvenser er overvægt forbundet med dårligere trivsel og livskvalitet (8, 11) – svær overvægt kan f.eks. gøre dagligdagen besværlig pga. smerter i knæled og nedsat gangfunktion eller søvnbesvær (søvnapnø). Dertil er overvægt forbundet med en forøget forekomst af depression (12) og psykisk sygdom (13). Overvægt har desuden store samfundsøkonomiske konsekvenser, der både vedrører udgifter i sundhedsvæsenet og udgifter i forbindelse med sygemelding og arbejdsløshed (4, 14). I

forlængelse heraf vurderes det, at det danske sundhedsvæsen årligt har ekstraomkostninger i størrelsesordenen 4,5 milliarder kroner relateret til behandling og pleje af svært overvægtige (14). Det massive omfang og de mange risici, der er forbundet med at være svært overvægtig, har betydet, at American Medical Association i 2013 anerkendte svær overvægt som en kronisk sygdom (15). I Europa anses svær overvægt endnu ikke som en sygdom.

Der er store sociale forskelle i forekomsten af overvægt (1). F.eks. er der forskel i forekomsten af overvægt på tværs af etniske grupper, ligesom der er store forskelle i forhold til uddannelsesniveau (16). Især forekommer overvægt i befolkningsgrupper med de korteste uddannelser (16). Dertil har overvægtige kvinder generelt et større tab i middellevetid samt flere tabte kvalitetsjusterede leveår end overvægtige mænd (14).

Overvægt og fedme tilskrives ofte et samspil mellem lav fysisk aktivitet og et stort energioptag, eksempelvis igennem en sukker- og fedtholdig kost (17). Årsagen til overvægt er dog betydelig mere kompleks, og både sociale og økonomiske omstændigheder, adfærd og genetik har betydning for vægtforøgelse og overvægt (17). Det vurderes eksempelvis, at genetiske faktorer kan forklare 40-60 % af variationen i BMI (18). Forskning peger desuden på, at en række betingelser i fosterstadiet og spædbarnsalderen kan være relevante i forhold til senere overvægt, herunder overvægt under graviditeten, graviditetsdiabetes og høj fødselsvægt (17, 19). Desuden kan sygdomme og medicinforbrug ligeledes være årsag til vægtforøgelse og overvægt (12, 13, 17).

Samlet set er der dog enighed om, at overvægt udvikler sig i et samspil mellem miljø, gener og adfærd. I de seneste år har der desuden været fokus på faktorer i omgivelserne, der kan have betydning for en usund livsstil – heriblandt overvægt – såsom tilgængelighed af udendørsfaciliteter til fysisk udfoldelse eller sunde fødevarer til en overskuelig pris (20). I denne forbindelse kan nogle miljøer være mere fedmefremmende end andre (20). Fødevarerindustriens markedsføring af fedt- og sukkerholdige fødevarer har medvirket til at skabe fedmefremmende fødevarer i supermarkeder, fastfoodrestauranter, sportshaller mv. Dette understreger tilsammen behovet for en bedre koordinering af forskellige politikker på området. Der er et samspil mellem det enkelte individs

kost- og motionsvaner og den palet af valgmuligheder, som omgivelserne tilbyder. Det vil næppe være muligt at inddæmme fedmeepidemien alene ved at tilskynde den enkelte borger til at lægge sine kost- og motionsvaner om.

## At forbygge og motivere til vægttab

Der er et stort sundhedsmæssigt potentiale i at forebygge overvægt, ligesom det kan være gavnligt for overvægtige at tabe sig (11, 21). Der findes flere forskellige strategier til at forebygge og afhjælpe overvægt, hvor de typiske vedrører ændring af kost- og motionsvaner. I sjældne tilfælde foretages medicinske eller kirurgiske indgreb, såsom gastrisk bypassoperation.

For mange overvægtige kan det virke som en uoverskuelig opgave at ændre vaner, f.eks. at spise sundere eller dyrke mere motion, ligesom et solidt vægttab tager lang tid at gennemføre. At mindske sit energiindtag, øge mængden af frugt og grønt og være fysisk aktiv er dog vigtige ændringer, som den enkelte kan varetage på egen hånd. For at den enkelte skal lykkes med at ændre sine usunde vaner, er det dog også en forudsætning, at fornødne rammer for blandt andet fysisk aktivitet og sund kost er til stede. Dette er i høj grad et samfundsansvar (22).

Kommunale indsatser kan være med til at gøre en forskel for overvægtige samt forebygge overvægt i befolkningen generelt. Sundhedsstyrelsen anbefaler i *Forebyggelsespakke – overvægt*, at kommunerne iværksætter indsatser for borgerne, som involverer indsatsområderne: *rammer, tilbud og tidlig opsporing* samt *information og undervisning* (23). I forhold til indsatsområdet *rammer* anbefales det eksempelvis, at der udarbejdes lokale handleplaner for forebyggelse af overvægt på kommunale arbejdspladser og institutioner, samt at der rettes opmærksomhed på forebyggelse af drilleri og mobning relateret til overvægt på skoler. Under indsatsområdet *tilbud og tidlig opsporing* anbefales det at sætte fokus på mad, måltider og fysisk aktivitet, når sundhedsplejersken foretager hjemmebesøg i familier med børn i det første leveår. Under indsatsområdet *information og undervisning* fremhæves det blandt andet, at skolerne bør behandle overvægt som et tema i sundhedsundervisningen, samt at der på ungdomsuddannelserne bør tilbydes sundhedssamtaler.

## Definition af overvægt

Vægtstatus er i *Hvordan har du det?* målt ved hjælp af BMI på baggrund af svarpersonernes oplysninger om højde og vægt. Således er svarpersonerne blevet bedt om at svare på følgende spørgsmål angående højde og vægt:

- Hvor høj er du (uden sko)?
- Hvor meget vejer du i *hele* kg (uden tøj)?

BMI beregnes ved at dividere vægten i kilo med højden i meter i anden potens (kg/m<sup>2</sup>). På baggrund af BMI foretages der en inddeling i fire vægtklasser:

Svær overvægt:	BMI ≥ 30
Moderat overvægt:	BMI 25-29,9
Normalvægt:	BMI 18,5-24,9
Undervægt:	BMI < 18,5

Ovenstående grænser er fastlagt af WHO i forhold til helbredsrisikoen forbundet med de forskellige vægtklasser (24) og omfatter i denne sammenhæng risikoen for hjerte-kar-sygdom og diabetes. Når personer med moderat overvægt sammenlignes med normalvægtige personer, har de en forøget helbredsrisiko. Denne risiko er yderligere forøget blandt personer med svær overvægt (24).

Det skal nævnes, at der er en tilbøjelighed blandt overvægtige til at oplyse en lavere vægt end den faktiske (25). Derfor må undersøgelsens opgørelse over overvægtige betragtes som et minimumstal.

At anvende BMI som mål for fedtmassen er forbundet med en vis usikkerhed, fordi det ikke tager højde for kroppens sammensætning. Størrelsen af fedtdepoter og muskelmasse varierer meget mellem mænd og kvinder, trænede og utrænede, yngre og ældre m.m. (16), hvorfor taljemål i nogle tilfælde kan være et godt supplement til BMI. Et forhøjet taljemål øger risikoen for de fleste livsstilssygdomme, fordi fedt omkring maven (visceralt fedt) er mere skadeligt for helbredet end fedt, der sidder på f.eks. hofterne (11, 24). Et forhøjet BMI er dog tilsvarende forbundet med livsstilssygdomme (6, 10). Det bør fremhæves, at der i *Hvordan har du det?* ikke er spurgt ind til taljemål.

I det følgende belyses befolkningens vægtklasser. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af befolkningen

i Region Midtjylland, som er henholdsvis moderat og svært overvægtige. Både andelen, der er moderat overvægtige og svært overvægtige, beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. I kapitlet er der desuden en beskrivelse af overvægtige, der gerne vil tabe sig, samt en beskrivelse af, hvor mange overvægtige der gerne vil spise mere sundt og være mere fysisk aktive. Sluttelig beskrives det, i hvilket omfang borgerne i Region Midtjylland har modtaget råd om vægttab fra egen læge.

Foruden de spørgsmål, der anvendes til at udregne BMI, anvendes følgende spørgsmål til at belyse befolkningens motivation for at tabe sig:

- Vil du gerne tabe dig?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at tabe dig?

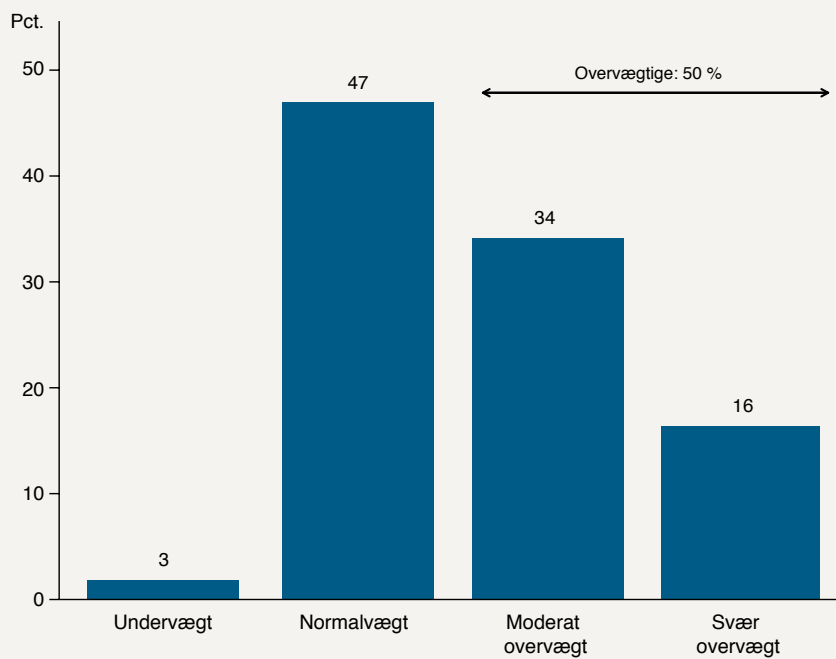
## Hvor mange er overvægtige?

Figur 6.1 viser, at halvdelen af befolkningen er overvægtige. Der er 34 %, som er moderat overvægtige, mens 16 % er svært overvægtige. Dertil ses, at 3 % er undervægtige, og 47 % er normalvægtige.



























































► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er svært overvægtige, fra 14 % til 16 %. Tilsvarende har der været et fald i andelen, der er normalvægtige. Se [figur 6.1.S i bind 2.](#) ◀




► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er svært overvægtige, fra 14 % til 16 %. Tilsvarende har der været et fald i andelen, der er normalvægtige. Dertil har der været en stigning i andelen, der er moderat overvægtige. Se [figur 6.1.S i bind 2.](#) ◀

**Figur 6.1**  
Befolkningen fordelt på vægtklasser



**Figur 6.2**  
Overvægt – køn, alder og sociale forhold

	Moderat overvægt	Svær overvægt	Moderat overvægtige	Svært overvægtige
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
<b>Alle</b>	34 	16 	331.000	160.000
<b>Køn</b>				
Mand	41 	16 	197.000	79.000
Kvinde	28 	16 	135.000	80.000
<b>Alder</b>				
16-24 år	18 	7 	25.000	9.700
25-34 år	30 	14 	42.000	20.000
35-44 år	34 	19 	50.000	28.000
45-54 år	38 	21 	64.000	35.000
55-64 år	41 	19 	61.000	29.000
65-74 år	40 	19 	55.000	26.000
75+ år	39 	14 	34.000	12.000
<b>Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)</b>				
Lavt (0-10 år)	37 	25 	48.000	32.000
Middel (11-14 år)	39 	20 	170.000	85.000
Højt (15+ år)	32 	12 	81.000	30.000
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Studerende/skoleelever	21 	7 	23.000	7.600
Beskæftigede	36 	16 	184.000	83.000
Arbejdsløse	30 	22 	6.000	4.400
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	25 	22 	14.000	12.000
Førtidspensionister	34 	33 	13.000	13.000
Efterlønsmodtagere	38 	17 	7.500	3.300
Folkepensionister	39 	17 	81.000	35.000
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk	34 	17 	300.000	148.000
Anden vestlig	33 	14 	13.000	5.800
Ikke-vestlig	32 	10 	18.000	5.600
<b>Bolig</b>				
Ejer	36 	16 	219.000	96.000
Lejer	30 	18 	100.000	59.000
<b>Bor med ægtefælle/samlever</b>				
Nej	29 	16 	96.000	51.000
Ja	37 	17 	229.000	104.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>				
Nej	35 	17 	220.000	107.000
Ja	33 	16 	82.000	38.000

 Signifikant større end i hele befolkningen  
 Signifikant mindre end i hele befolkningen  
 Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Overvægt – køn, alder og sociale forhold

Af figur 6.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer, der er *moderat overvægtige*, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer på 45 år og derover
- Personer med middelhøjt uddannelsesniveau
- Beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever

Figur 6.2 viser endvidere, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer, der er *svært overvægtige*, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 35-74 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

**Køn.** Der er en større andel mænd end kvinder, der er moderat overvægtige, mens der ikke er nogen sammenhæng mellem køn og svær overvægt.

**Alder.** De største andele af personer, der er moderat overvægtige, er blandt personer på 45 år og derover, og de mindste andele er blandt de 16-34-årige. De største andele af personer, der er svært overvægtige, er blandt personer i alderen 35-74 år, og de mindste andele er blandt de 16-24-årige og personer på 75 år eller derover.

**Uddannelsesniveau.** Der er en større andel, der er moderat overvægtige, blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og en mindre andel blandt personer, der har et højt uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og svær overvægt. Således er der en betydeligt mindre andel, der er svært overvægtige, blandt personer, der har et højt uddannelsesniveau, en større andel blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau og en markant større andel blandt personer med et lavt uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** De største andele af personer, der er moderat overvægtige, er blandt beskæftigede,

efterlønsmodtagere og folkepensionister. De mindste andele af personer, der er moderat overvægtige, er blandt studerende/skoleelever og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. De største andele af personer, der er svært overvægtige, er blandt beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister. Den mindste andel af personer, der er svært overvægtige, er blandt studerende/skoleelever.

**Etnisk baggrund.** Der er ingen sammenhæng mellem etnisk baggrund og moderat overvægt, mens der er en større andel, der er svært overvægtige, blandt personer med dansk baggrund og en mindre andel, der er svært overvægtige, blandt personer med en ikke-vestlig baggrund.

**Bolig.** Der er en større andel blandt personer, der bor i ejerbolig, der er moderat overvægtige, end blandt personer, der bor i lejebolig. Modsat er der en større andel blandt personer, der bor i lejebolig, der er svært overvægtige end blandt personer, der bor i ejerbolig.

**Bor med ægtefælle/samlever.** Der er en større andel blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever, der er moderat og svært overvægtige, end blandt personer, der bor uden ægtefælle/samlever.







































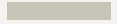

**Børn i hjemmet.** Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej og moderat overvægt, mens der er en større andel blandt personer uden børn i hjemmet, der er svært overvægtige, end det er tilfældet blandt personer med børn i hjemmet.




► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været en lille stigning i andelen, der er *moderat overvægtige* blandt kvinder, mens der er sket et lille fald blandt personer i alderen 65-74 år og blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Se [figur 6.2.S i bind 2](#). I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er *svært overvægtige*, blandt både mænd og kvinder, personer på 35 år og derover og på tværs af uddannelsesniveauer. Se [figur 6.3.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været en lille stigning i andelen, der er *moderat overvægtige*, blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau. Se [figur 6.2.S i bind 2](#). I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er *svært overvægtige*, blandt både mænd og kvinder, personer i alderen 25-64 år og på tværs af uddannelsesniveauer. Se [figur 6.3.S i bind 2](#). ◀

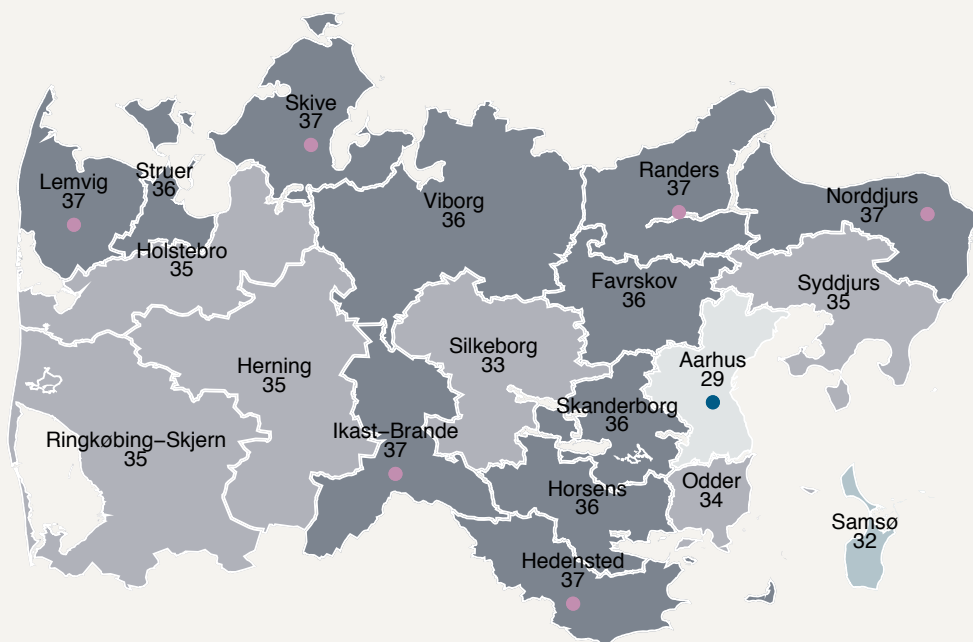


**Figur 6.3**  
Overvægt – kommuner

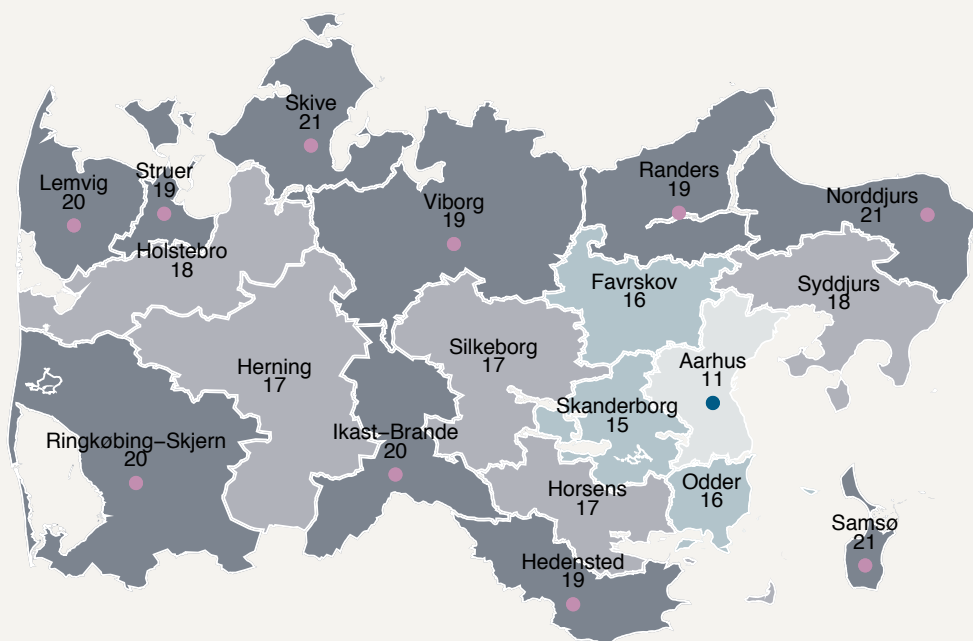
	Moderat overvægt		Svær overvægt		Moderat overvægtige	Svært overvægtige
	Pct.		Pct.		Personer	Personer
Norddjurs	37		21		11.000	6.000
Skive	37		21		13.000	7.500
Samsø	32		21		900	600
Ikast-Brande	37		20		11.000	6.000
Lemvig	37		20		5.800	3.100
Ringkøbing-Skjern	35		20		15.000	8.700
Hedensted	37		19		12.000	6.300
Randers	37		19		27.000	14.000
Struer	36		19		5.900	3.000
Viborg	36		19		25.000	14.000
Holstebro	35		18		15.000	7.700
Syddjurs	35		18		11.000	5.800
Horsens	36		17		24.000	11.000
Herning	35		17		23.000	11.000
Silkeborg	33		17		23.000	11.000
Favrskov	36		16		13.000	5.700
Odder	34		16		5.700	2.700
Skanderborg	36		15		15.000	6.400
Aarhus	29		11		75.000	29.000
Region Midtjylland	34		16		331.000	160.000

-  Signifikant større end i hele befolkningen
-  Signifikant mindre end i hele befolkningen
-  Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

**Moderat overvægt**



**Svær overvægt**



## Overvægt – kommuner

Figur 6.3 viser andelen af moderat og svært overvægtige i kommunerne. Andelen af moderat overvægtige varierer fra 37 % i Norddjurs, Skive, Ikast-Brande, Lemvig, Hedensted og Randers til 29 % i Aarhus. Andelen af svært overvægtige varierer fra 21 % i Norddjurs, Skive og på Samsø til 11 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der er *moderat overvægtige*, i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Skive
- Ikast-Brande
- Lemvig
- Hedensted
- Randers

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der er *svært overvægtige*, i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Skive
- Samsø
- Ikast-Brande
- Lemvig
- Ringkøbing-Skjern
- Hedensted
- Randers
- Struer
- Viborg

I disse kommuner varierer andelen mellem 19 % og 21 %.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen, der er *moderat overvægtige*, i nogen af kommunerne. Se [figur 6.4.S i bind 2](#). I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er *svært overvægtige*, i følgende kommuner: Skive, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Ikast-Brande, Norddjurs, Lemvig, Odder, Struer, Randers og Herning. Se [figur 6.5.S i bind 2](#). ◀

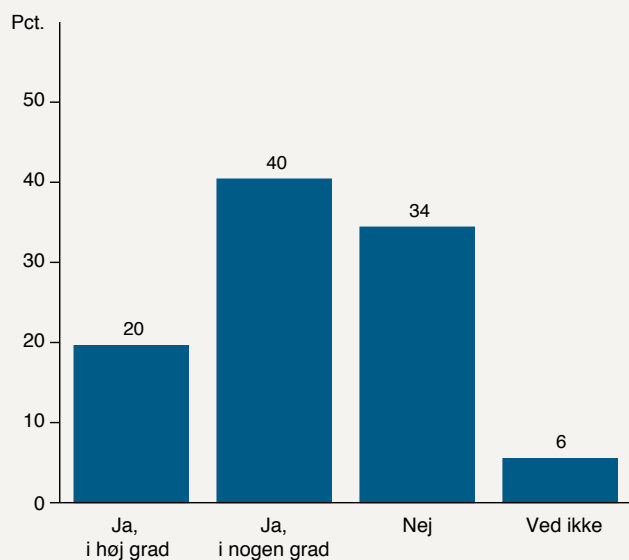
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen, der er *moderat overvægtige*, i nogen af kommunerne. Se [figur 6.4.S i bind 2](#). I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er *svært overvægtige*, i følgende kommuner: Skive, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Viborg, Ikast-Brande og Aarhus. Se [figur 6.5.S i bind 2](#). ◀

**Figur 6.4 og 6.5**

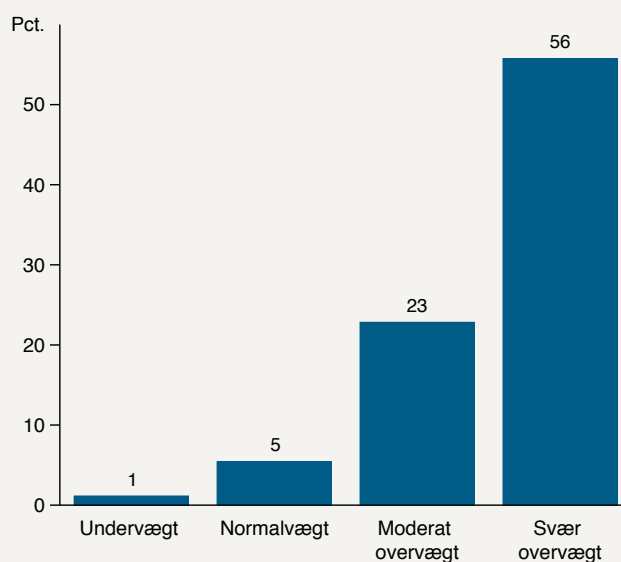
Vil du gerne tabe dig?

**Figur 6.4**

Vil du gerne tabe dig?

**Figur 6.5**

Andel, der i høj grad ønsker at tabe sig – i forhold til vægtklasse

**Hvor mange vil gerne tabe sig?**

Figur 6.4 viser, at 20 % af befolkningen i høj grad ønsker at tabe sig, ligesom 40 % i nogen grad ønsker at tabe sig. Der er 34 % af befolkningen, som ikke ønsker at tabe sig.

Figur 6.5 viser, at der er en stærk sammenhæng mellem vægtklasse og ønsket om at tabe sig. Blandt moderat overvægtige ønsker 23 % i høj grad at tabe sig, mens over halvdelen (56 %) af de svært overvægtige i høj grad ønsker at tabe sig.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en lille stigning i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, mens der tilsvarende er sket et fald i andelen, der ikke ønsker at tabe sig. I forhold til vægtklasse ses et lille fald i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt de svært overvægtige. Se [figur 6.6.S og 6.7.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en lille stigning i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, mens der tilsvarende er sket et fald i andelen, der ikke ønsker at tabe sig. I forhold til vægtklasse ses der ingen udvikling i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, på tværs af vægtklasser. Se [figur 6.7.S og 6.8.S i bind 2.](#) ◀

**Figur 6.6**

Overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – køn, alder og sociale forhold

	Moderat overvægt		Svær overvægt		Moderat overvægtige	Svært overvægtige
	Pct.		Pct.		Personer	Personer
<b>Alle</b>	23		56		75.000	89.000
<b>Køn</b>						
Mand	14		47		28.000	37.000
Kvinde	35		65		47.000	52.000
<b>Alder</b>						
16-24 år	34		61		8.400	5.900
25-34 år	30		68		12.000	14.000
35-44 år	30		66		15.000	19.000
45-54 år	26		60		17.000	21.000
55-64 år	22		54		13.000	16.000
65-74 år	13		43		7.200	11.000
75+ år	8		25		2.500	3.000
<b>Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)</b>						
Lavt (0-10 år)	16		45		7.800	14.000
Middel (11-14 år)	21		55		36.000	47.000
Højt (15+ år)	27		67		22.000	20.000
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Studerende/skoleelever	36		69		8.200	5.200
Beskæftigede	25		58		46.000	48.000
Arbejdsløse	34		70		2.000	3.100
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	30		67		4.100	8.300
Førtidspensionister	28		62		3.700	8.100
Efterlønsmodtagere	21		56		1.600	1.800
Folkepensionister	11		38		8.900	13.000
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk	22		55		67.000	81.000
Anden vestlig	24		72		3.200	4.200
Ikke-vestlig	31		64		5.300	3.600
<b>Bolig</b>						
Ejer	22		53		48.000	50.000
Lejer	26		61		25.000	36.000
<b>Bor med ægtefælle/samlever</b>						
Nej	24		58		23.000	30.000
Ja	23		55		51.000	57.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>						
Nej	20		52		45.000	56.000
Ja	30		68		25.000	26.000

- Signifikant større end blandt alle moderat/svært overvægtige
- Signifikant mindre end blandt alle moderat/svært overvægtige
- Adskiller sig ikke signifikant fra alle moderat/svært overvægtige

## Overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – køn, alder og sociale forhold

Af figur 6.6 fremgår det, at der blandt *moderat overvægtige* er en signifikant større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, i følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-54 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejlighed
- Personer med børn i hjemmet

Af figur 6.6 fremgår det også, at der blandt *svært overvægtige* er en signifikant større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, i følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-44 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk
- Personer, der bor i lejlighed
- Personer med børn i hjemmet

**Køn.** Blandt både moderat og svært overvægtige er der en markant større andel kvinder end mænd, som i høj grad ønsker at tabe sig.

**Alder.** De største andele moderat overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig, er blandt personer i alderen 16-54 år, og de mindste andele er blandt personer på 65 år og derover. De største andele svært overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig, er blandt personer i alderen 25-44 år, og de mindste andele er blandt personer på 65 år og derover.

**Uddannelsesniveau.** Blandt både moderat og svært overvægtige er der en større andel, som i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med højt uddannelsesniveau, mens der er en mindre andel blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** De største andele blandt både moderat og svært overvægtige, som i høj grad ønsker

at tabe sig, er blandt studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, mens den mindste andel er blandt folkepensionister.

**Etnisk baggrund.** Der er en større andel moderat overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med ikke-vestlig baggrund og en mindre andel blandt personer med dansk baggrund. Der er en større andel, der er svært overvægtige, som i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og en mindre andel blandt personer med dansk baggrund.

**Bolig.** Blandt både moderat og svært overvægtige er der en større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer, der bor i ejerbolig, end blandt personer, der bor i lejlighed.

**Bor med ægtefælle/samlever.** Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og ønsket om i høj grad at tabe sig blandt hverken moderat eller svært overvægtige.














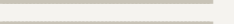


























**Børn i hjemmet.** Blandt både moderat og svært overvægtige er der en større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med børn i hjemmet end blandt personer uden børn i hjemmet.




► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er der sket et fald i andelen af *moderat overvægtige*, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt kvinder og personer i alderen 16-24 år. Se [figur 6.8.S i bind 2](#). Ligeledes har der været et fald i andelen af *svært overvægtige*, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt kvinder og personer med højt uddannelsesniveau. Se [figur 6.9.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et fald i andelen af *moderat overvægtige*, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer i alderen 16-24 år. Se [figur 6.8.S i bind 2](#). Ligeledes er der ikke sket signifikante ændringer i andelen af *svært overvægtige*, der i høj grad ønsker at tabe sig. Se [figur 6.9.S i bind 2](#). ◀

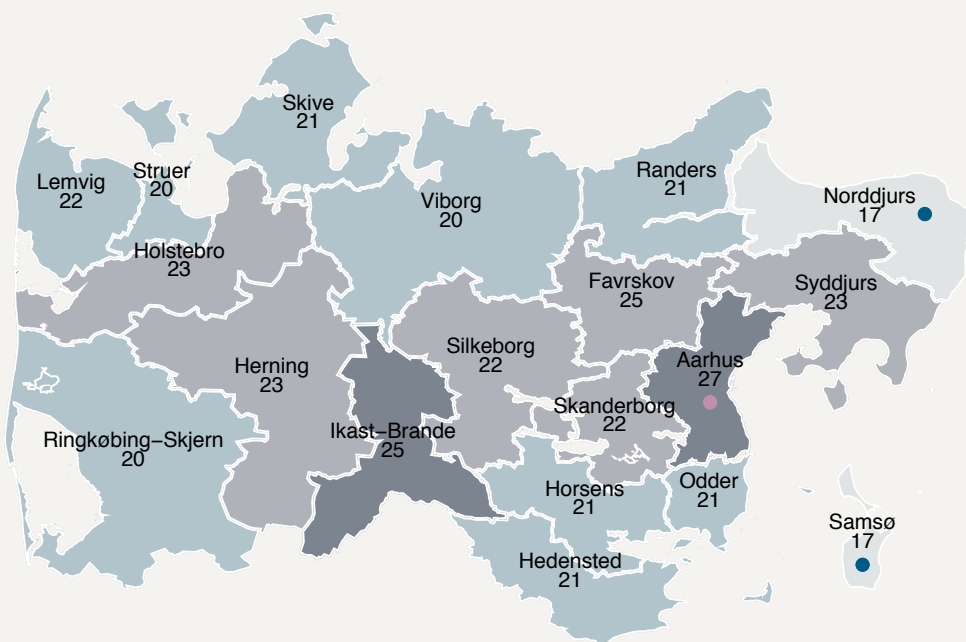
**Figur 6.7**

Overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – kommuner

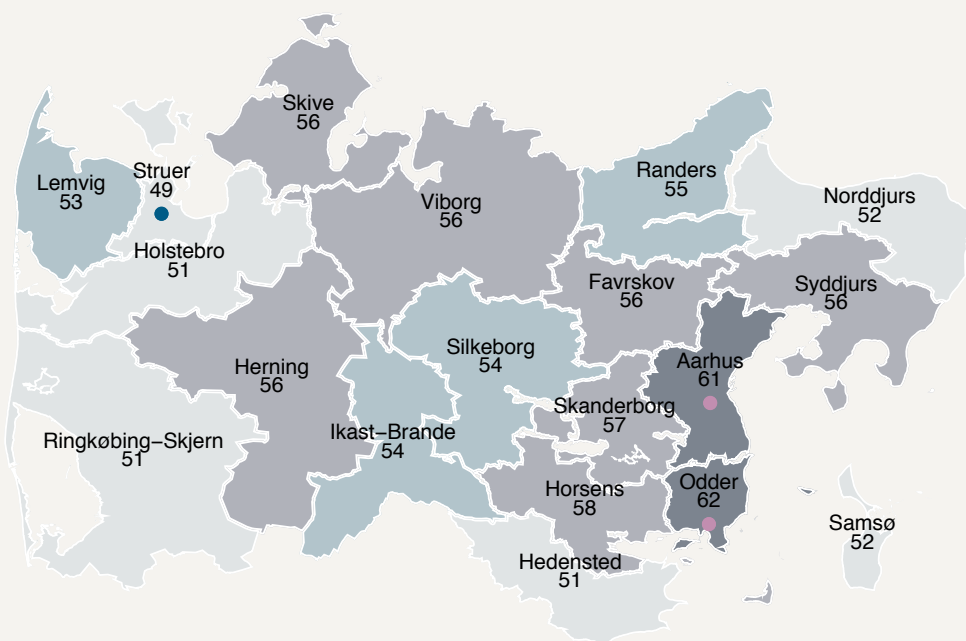
	Moderat overvægt	Svær overvægt	Moderat overvægtige	Svært overvægtige
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
Odder	21 	62 	1.200	1.700
Aarhus	27 	61 	20.000	18.000
Horsens	21 	58 	4.900	6.400
Skanderborg	22 	57 	3.400	3.600
Favrskov	25 	56 	3.100	3.200
Herning	23 	56 	5.300	6.100
Syddjurs	23 	56 	2.500	3.200
Skive	21 	56 	2.700	4.200
Viborg	20 	56 	5.100	7.600
Randers	21 	55 	5.800	7.800
Ikast-Brande	25 	54 	2.800	3.200
Silkeborg	22 	54 	5.000	6.100
Lemvig	22 	53 	1.300	1.700
Norddjurs	17 	52 	1.800	3.100
Samsø	17 	52 	200	300
Holstebro	23 	51 	3.400	3.800
Hedensted	21 	51 	2.600	3.200
Ringkøbing-Skjern	20 	51 	3.000	4.400
Struer	20 	49 	1.200	1.500
Region Midtjylland	23 	56 	75.000	89.000

-  Signifikant større end blandt alle moderat/svært overvægtige
-  Signifikant mindre end blandt alle moderat/svært overvægtige
-  Adskiller sig ikke signifikant fra alle moderat/svært overvægtige

**Moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig**



**Svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig**





## Overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig – kommuner

Figur 6.7 viser andelen af moderat og svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, i kommunerne. Andelen af moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, varierer fra 17 % i Norddjurs og på Samsø til 27 % i Aarhus. Andelen af svært overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, varierer fra 49 % i Struer til 62 % i Odder.

Blandt *moderat overvægtige* er der en signifikant større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, i følgende kommuner:

- Aarhus

Blandt *svært overvægtige* er der en signifikant større andel, der i høj grad ønsker at tabe sig, i følgende kommuner:

- Odder
- Aarhus

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen af *moderat overvægtige*, der i høj grad ønsker at tabe sig, i nogen af kommunerne. Se [figur 6.10.S i bind 2](#). Blandt *svært overvægtige* har der været et fald i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, i Holstebro Kommune. Se [figur 6.11.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen af *moderat overvægtige*, der i høj grad ønsker at tabe sig, i nogen af kommunerne. Se [figur 6.10.S i bind 2](#). Ligeledes er der ikke sket signifikante ændringer i andelen af *svært overvægtige*, der i høj grad ønsker at tabe sig, i nogen af kommunerne. Se [figur 6.11.S i bind 2](#). ◀

## Ønsker at spise mere sundt og være mere fysisk aktiv

Figur 6.8 viser andelen, der gerne vil spise mere sundt, på tværs af vægtklasser. Blandt personer, der er undervægtige, ønsker 46 % at spise mere sundt, mens 53 % og 56 % blandt personer, der er normalvægtige og moderat overvægtige, ønsker at spise mere sundt. Blandt personer, der er svært overvægtige, ønsker hele 66 % at spise mere sundt. Dermed ses den største andel, der ønsker at spise mere sundt, blandt de svært overvægtige.

I forlængelse heraf viser figur 6.9 andelen, der har et usundt kostmønster, på tværs af de fire vægtklasser. De største andele med et usundt kostmønster ses blandt personer, der er undervægtige, og personer, der er svært overvægtige, henholdsvis 22 % og 18 %. Der er 13 % blandt personer, der er normalvægtige, og 14 % blandt personer, der er moderat overvægtige, der har et usundt kostmønster.

Figur 6.10 viser andelen, der gerne vil være mere fysisk aktive, på tværs af vægtklasser. Blandt personer, der er undervægtige, ønsker 55 % at være mere fysisk aktive, mens 60 % og 61 % blandt personer, der er henholdsvis normalvægtige og moderat overvægtige, ønsker at være mere fysisk aktive. Hele 68 % blandt personer, der er svært overvægtige, ønsker at være mere fysisk aktive, hvilket udgør den største andel, der ønsker at være mere fysisk aktive.

I forlængelse heraf viser figur 6.11 andelen, der er fysisk inaktive, på tværs af de fire vægtklasser. De største andele, der er fysisk inaktive, ses blandt personer, der er undervægtige, og personer, der er svært overvægtige, henholdsvis 26 % og 28 %, svarende til lidt mere end hver fjerde i begge grupper. Der er 17 % blandt personer, der er normalvægtige, og 19 % blandt personer, der er moderat overvægtige, der er fysisk inaktive.

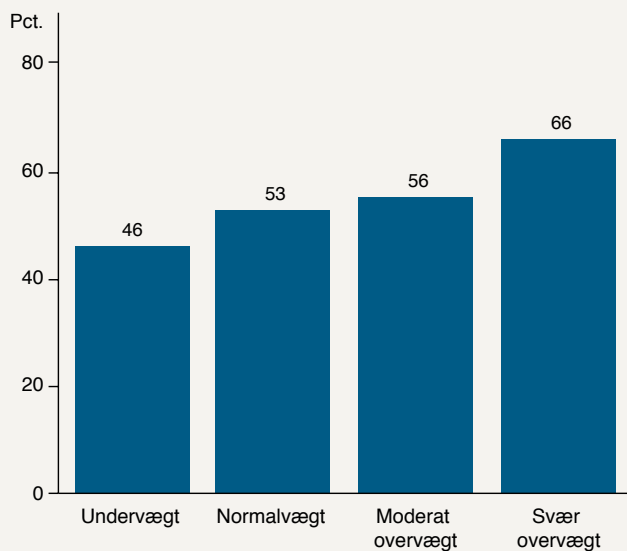
Opsummerende ses der en tendens til, at andelen af svært overvægtige, der ønsker at leve mere sundt i forhold til kost og motion, generelt er stor. Modsat adskiller andelen af moderat overvægtige, der ønsker at spise mere sundt og være mere fysisk aktive, sig ikke fra andelen i befolkningen generelt, der er på henholdsvis 56 % og 61 %. Dette til trods for, at der er betydelige risici forbundet med at være moderat overvægtig og dermed et stort forebyggelsespotential i forhold til vægttab.

**Figur 6.8, 6.9, 6.10 og 6.11**

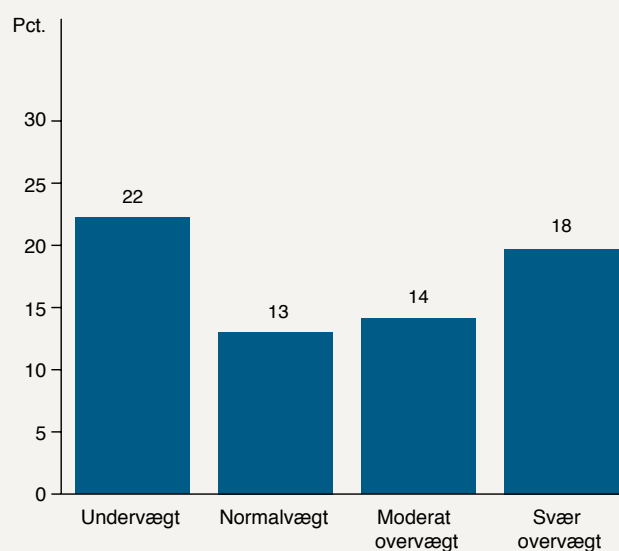
Ønske om at leve sundere i forhold til vægtklasse

**Figur 6.8**

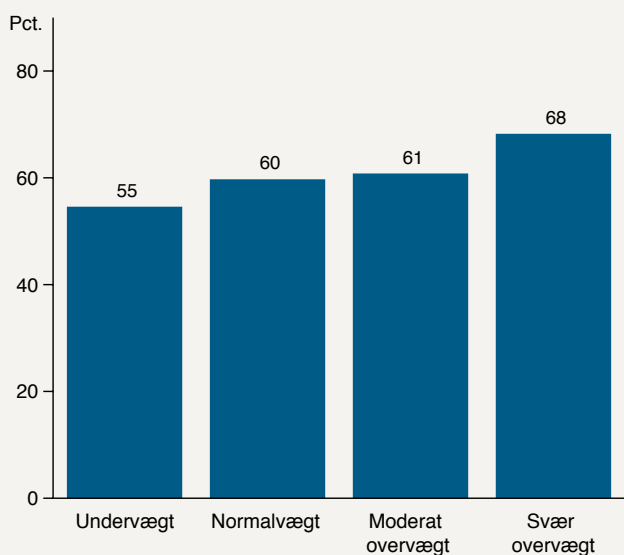
Andel, der gerne vil spise mere sundt – i forhold til vægtklasse

**Figur 6.9**

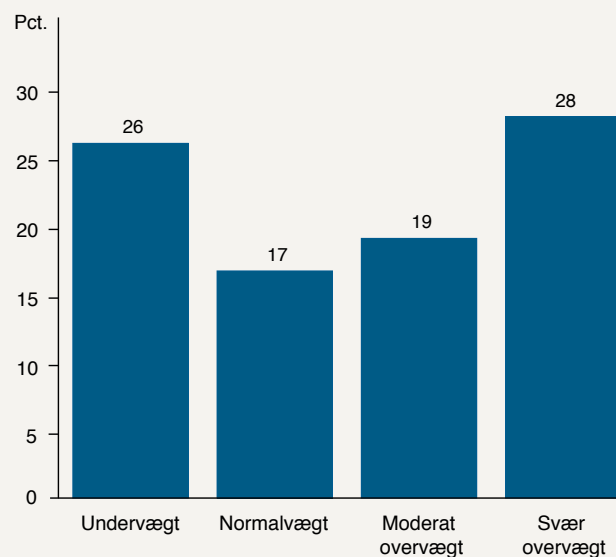
Andel med et usundt kostmønster – i forhold til vægtklasse

**Figur 6.10**

Andel, der gerne vil være mere fysisk aktiv – i forhold til vægtklasse

**Figur 6.11**

Andel, der er fysisk inaktive (30 minutters fysisk aktivitet 0-1 dag om ugen) – i forhold til vægtklasse

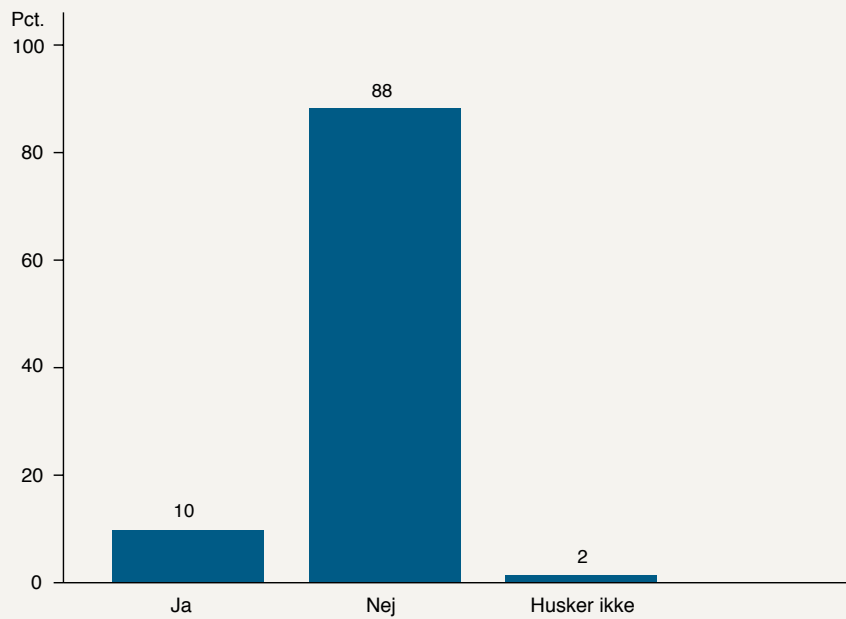


**Figur 6.12 og 6.13**

## Råd fra egen læge om at tabe sig

**Figur 6.12**

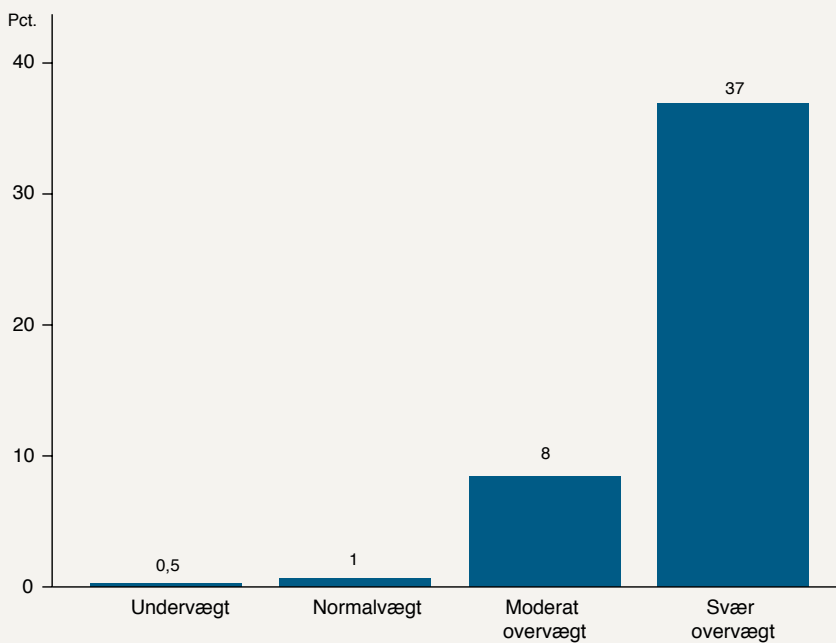
Har du fået råd fra egen læge om vægttab?



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved læge i løbet af de seneste 12 måneder

**Figur 6.13**

Andel, der har fået råd fra egen læge om vægttab – i forhold til vægtklasse



Note: Opgjort blandt alle, der har været ved læge i løbet af de seneste 12 måneder

## Råd fra egen læge om at tabe sig

Figur 6.12 viser, at 10 % af befolkningen, der har været ved lægen inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til at tabe sig.

Af figur 6.13 fremgår det, at der er en stærk sammenhæng mellem rådgivning fra egen læge og vægtklasse. Blandt personer, der er svært overvægtige, har 37 % modtaget råd fra lægen om vægttab. Det samme gælder for 8 % blandt de moderat overvægtige.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der af egen læge er blevet rådet til at tabe sig i løbet af de seneste 12 måneder. Se [figur 6.12.S i bind 2](#). Dertil ses, at der har været et stort fald i andelen, der er blevet rådet til at tabe sig, blandt både moderat og svært overvægtige. Se [figur 6.13.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 har der været et lille fald i andelen, der er blevet rådet til at tabe sig. Se [figur 6.12.S i bind 2](#). Dertil ses det, at der har været et fald i andelen, der er blevet rådet til at tabe sig, blandt moderat og svært overvægtige. Se [figur 6.13.S i bind 2](#). ◀

## Sammenfatning

Halvdelen af befolkningen i Region Midtjylland er overvægtige, hvilket dækker over 34 %, der er moderat overvægtige, og 16 %, der er svært overvægtige. Det er især mænd, der er moderat overvægtige, mens der ikke er forskel på mænd og kvinder med hensyn til svær overvægt. Dertil ses det, at personer i alderen 45-74 år er mere overvægtige end befolkningen generelt. Ligeledes er der en stærk sammenhæng mellem svær overvægt og uddannelse.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der er svært overvægtige, fra 14 % til 16 %. Stigningen ses både blandt mænd og kvinder, men især blandt personer i alderen 45-54 år og blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Mens der fra 2010 til 2013 var en stagnation i andelen af svært overvægtige, er der igen sket en stigning fra 2013 til 2017. Man kan således konstatere, at fedmekurven endnu ikke er knækket i Region Midtjylland.

I alt 23 % blandt de moderat overvægtige og 56 % blandt de svært overvægtige ønsker i høj grad at tabe sig. Det er især overvægtige kvinder, der i høj grad gerne vil tabe sig, idet andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, er mere end dobbelt så stor blandt moderat overvægtige kvinder end blandt moderat overvægtige mænd. I perioden fra 2010 til 2017 er andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, stagneret blandt moderat overvægtige, mens der er sket et lille fald blandt svært overvægtige.

Det ses, at mere end halvdelen af de personer, der er overvægtige, ønsker at spise mere sundt og være mere fysisk aktive. Dertil er det især svært overvægtige, der ønsker at ændre kost- og motionsvaner.

Sluttelig ses der en sammenhæng mellem råd fra egen læge om vægttab og vægtklasse, hvor henholdsvis 8 % af de moderat overvægtige og 37 % af de svært overvægtige er blevet rådet til at tabe sig.

## Referencer

1. The GBD 2013 Obesity Collaboration. Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults 1980-2013: A systematic analysis. *Lancet* 2014;384(9945):766-781.
2. OECD. Obesity Update. OECD 2017. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.
3. Matthiessen J, Stockmarr A. Flere overvægtige danske kvinder. København: DTU Fødevarerinstitutionen; 2015.
4. Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2017;14(4):435.
5. Sundhedsstyrelsen. Definition af fedme og overvægt. 1999; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ1999/fedme/Definition.htm>. Indhentet 11.14, 2017.
6. Bogers RP, Bemelmans WJE, Hoogenveen, RT, Boshuizen, HC, Woodward M, Knekt P, van Dam RM, et al. Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels. A meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300,000 persons. *Arch Intern Med* 2007;167(26):1720-1728.
7. Garg SK, Maurer H, Reed K, Selagamsetty R. Diabetes and cancer: two diseases with obesity as a common risk factor. *Diabetes, Obesity & Metabolism* 2014;16(2):97-110.
8. Hruby A, Manson JE, Qi L, Malik VS, Rimm EB, Sun Q, et al. Determinants and Consequences of Obesity. *Am J Public Health* 2016 09/01; 2017/11;106(9):1656-1662.
9. Dansk Selskab for almen Medicin. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2009.
10. The Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*; 2016;388(10046):776-786.

11. Sørensen TI, Sandbæk A, Pedersen BK, Overvad K. Skal overvægtige tabe sig? København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.
12. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Pennix B, et al. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry* 2010;67(3):220-229.
13. Avila C, Holloway AC, Hahn MK, Morrison KM, Restivo M, Anglin R, et al. An overview of links between obesity and mental health. *Current Obesity Reports* 2015;4(3):303-310.
14. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundheden i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2016.
15. Vallgård S, Nielsen MEJ, Hansen AKK, Cathaoir KÓ, Hartlev M, Holm L, et al. Should Europe follow the US and declare obesity a disease?: a discussion of the so-called utilitarian argument; 2017 ;71(11):1263-1267.
16. Krueger PM, Reither EN. Mind the Gap: Race\ethnic and socioeconomic disparities in obesity. *Current Diabetes Reports* 2015;15(11):95.
17. González-Muniesa P, Martínez-González MA, Hu FB, Després JP, Matsuzawa Y, Loos RJ, et al. Obesity. *Nature Reviews Disease Primers* 2017;15(3):17034.
18. Locke AE, Kahali B, Berndt SI, Justice AE, Pers TH, Day FR, et al. Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. *Nature* 2015;518(7538):197-206.
19. Tabibzadeh P, Mewes R. Thin mother, obese child? A review of risk factors for obesity in offspring. *Current Opinion in Psychiatry* 2016;29(5):309-315.
20. Mackenbach JD, Rutter, H, Compernelle S, Glonti K, Oppert J et al. Obesogenic environments: a systematic review of the association between the physical environment and adult weight status, the SPOTLIGHT project. *BMC Public Health* 2014; 14:233.
21. Ma C, Bolland M, Hudson J, Stewart F, Robertsen C, Sharma P, Fraser C, MacLennan G. 2017. Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2017;359:j4849. doi: 10.1136/bmj.j4849.
22. World Health Organisation. Obesity and Overweight Fact sheet. Oct. 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
23. Ziebell B, Eriksen K. Forebyggelsespakke: Mad og Måltider. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
24. World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organisation; 2000.
25. Due P, Heitman BL, Sørensen TIA. Prevalence of obesity in Denmark. *Obesity Reviews* 2007;8:187.

