

Fysisk aktivitet og sundhed i Europa



Evidens
og handling

Fysisk aktivitet og sundhed i Europa

Evidens og handling

Redigeret af: Nick Cavill, Sonja Kahlmeier og Francesca Racioppi

Nøgleord

BEVÆGELSE
FYSISK AKTIVITET
TRÆNING
LIVSSTIL
SUNDHEDSADFÆRD
SUNDHEDSINDIKATORER
SUNDHEDSFREMME
FOREBYGGELSE
LOKAL SUNDHEDSPLANLÆGNING
EUROPA

Omtale af firmaer og produkter i publikationen antyder ikke, at de er godkendt eller anbefalet af Sund By Netværket frem for andre lignende firmaer eller produkter, der ikke er nævnt.

Oversættelse: Benedicte Wern

Faglig konsulent: Pia Laulund, Fagkonsulent, cand.comm. og idræt

Redaktionsgruppe: Kirsten Lee, Henriette Hansen, Karen Dam Nielsen og Nanna Friis, Sund By Netværket

Grafisk design: Sven Lund

Tryk: Rosendahls Bogtrykkeri A/S

Resumé

Fysisk aktivitet er et grundlæggende middel til at forbedre folks fysiske og psykiske helbred, der reducerer risikoen for mange ikke-smitsomme sygdomme og gavner samfundet ved at øge social interaktion og engagement i lokalsamfundet. Desværre lever mere end halvdelen af befolkningen i WHO's europæiske region ikke op til minimumsanbefalingerne for fysisk aktivitet, og tendensen peger mod mindre aktivitet, ikke mere.

Det er en udfordring, og man kan vælge at fremme borgernes muligheder for sundhedsforbedrende fysisk aktivitet. Dette koncept understreger vigtigheden af fysisk aktivitet som en del af hverdagslivet, ikke som en ekstra aktivitet man kan vælge til eller fra ved afslutningen af en travl dag.

Denne publikation er skrevet til europæiske sundhedsplanlæggere og ledere fra forskellige sektorer, der kan fremme fysisk aktivitet.

Sund By Netværket i Danmark har udgivet to publikationer, som supplerer hinanden: *Fysisk aktivitet og aktiv livsstil i byer: kommunernes rolle* samt *Fysisk aktivitet og sundhed i Europa: evidens og handling*. Originaludgaverne er udgivet af WHO, Europa og har titlerne *Physical activity and active living in urban environments: the role of local governments*, *The solid facts* og *Physical activity and health in Europe: evidence for action*.

I denne udgave er nogle fotos udskiftet med danske eksempler i forhold til den engelske originaludgave.

Forsidebilleder fra venstre mod højre: © World Health Organization / Connie Petersen; © Fotograf Erik Laursen; © Fotograf Lars Kjær Larsen; © Fotograf Brian Martin.
Bagsidebilleder: © Sund By Netværket / Fotograf Lars Schmidt.

Published by the Regional Office for Europe of the World Health Organization in 2006 under the title *Physical activity and health in Europe: evidence for action*.

© World Health Organization 2006

Translation rights for an edition in Danish have been granted to The Danish Healthy City Network by the Regional Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organization.

Den originale udgave af denne publikation er udgivet af The Regional Office for Europe of the World Health Organization i 2006 med titlen *Physical activity and health in Europe: evidence for action*.

© Verdenssundhedsorganisationen (WHO) 2006

Regionaldirektøren for WHO Regional Office for Europe har givet det danske Sund By Netværk tilladelse til at udgive en dansk oversættelse af publikationen under titlen *Fysisk aktivitet og sundhed i Europa: evidens og handling*.

© Sund By Netværket 2008. Udgiveren alene er ansvarlig for oversættelsens nøjagtighed.

Indhold

Forord	4
Verdenssundhedsorganisationen	5
Bidragydere	6
Hovedbudskaber	7
Indledning	9
1. Hvorfor er fysisk aktivitet vigtigt for helbredet?	15
2. Hvad ved vi om nuværende niveauer for fysisk aktivitet og inaktivitet?	19
3. Hvilke faktorer og betingelser påvirker fysisk aktivitet?	22
4. Hvad kan sundhedssektoren og andre gøre for at forøge den fysiske aktivitet?	27
5. Hvad nu?	38
Referencer	40
Bilag 1. Supplerende læsning	46

Forord

Fysisk aktivitet er et grundlæggende middel til at forbedre den fysiske og psykiske sundhed. En fysisk aktiv livsstil er desværre ikke længere hverdag for alt for mange mennesker - med drastiske følger for helbredet og velværet. Fysisk inaktivitet er ansvarlig for næsten 600.000 dødsfald pr. år i WHO's europæiske region. Hvis man fik bekæmpet denne førende risikofaktor, ville det formindske de nuværende risici for hjerte-karsygdomme, type 2 diabetes, forhøjet blodtryk, visse kræftformer, muskel-skeletsygdomme og psykiske lidelser. Fysisk aktivitet er en af de vigtigste indsatser, når det gælder kampen mod overvægt- og fedmeepidemien, som stiller folkesundheden over for en ny global udfordring.

Dokumentationen for den sundhedsmæssige gevinst og vigtighed af fysisk aktivitet vokser støt. Samtidig arbejder vi i WHO med vore partnere for at støtte medlemsstaterne i at vende de nuværende negative tendenser i regionen, og på at bringe fysisk aktivitet tilbage i folks liv. Det er en presserende udfordring, og problemets omfang kræver udvikling af en ny forståelse og nye, effektive, målrettede tilgange. Det kræver også, at man skaber opmærksomhed og sikrer engagement og støtte fra en bred kreds af aktører og interessegrupper både inden for og uden for folkesundhedssektoren. Dette indebærer, at man styrker eksisterende partnerskaber med uddannelses- og idrætssektorer og udvikler partnerskaber med aktører, der spiller en større rolle for skabelsen af miljø og nærområder, som transport, miljø, byplanlægning, arbejdsgivere og civilsamfundet. Sundhedsvæsenet kan bidrage ved at dokumentere, hvad der virker, støtte udvekslingen af erfaring og viden, fremme fysisk aktivitet over for andre sektorer og forsyne disse med redskaber, der kan lette integreringen i en række af strategier, og sikre at fysisk aktivitet som en selvfølgelighed indgår i sundhedsstrategier.

Denne publikation er fremkommet som et bidrag til WHO's Ministerkonference om bekæmpelse af fedme (i Istanbul, Tyrkiet, november 2006). Den sigter mod at forsyne europæiske sundhedsplanlæggere og interessenter i forskellige sektorer og på forskellige niveauer med en kort oversigt over sammenhængen mellem fysisk aktivitet og sundhed, de faktorer der påvirker fysisk aktivitet og de tiltag der kan gøre det til en del af dagliglivet. Vi håber, at dette vil medvirke til at etablere en fælles forståelse og en nyttig dialog mellem de mange aktører, der kan hjælpe til at fremme en aktiv livsstil. Over hele den europæiske region vil fysisk aktivitet forhåbentlig igen blive et værdifuldt og fornøjeligt element i

en sund dagligdag, når folk tager på arbejde eller i skole, bliver undervist, nyder deres nærmiljø og slapper af og har det sjovt i deres fritid.

Marc Danzon

WHO Regional Director for Europe

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) blev grundlagt i 1948 som et specialagentur under De Forenede Nationer som en ledende og koordinerende myndighed, hvad angår internationale sundhedsforhold og folkesundhed. En af WHO's konstitutionelle funktioner er at tilbyde objektiv og pålidelig information og rådgivning inden for feltet human sundhed. En delvis realisering af dette ansvar udgøres af publikationsprogrammerne, der søger at hjælpe landene med at udforme strategier, der gavner folkesundheden og imødegår de mest presserende problemer på folkesundhedsområdet.

WHO's regionale kontor for Europa er et af seks regionalkontorer i verden, der hvert har sit eget program, indrettet efter de specifikke sundhedsproblemer i det pågældende land. Den europæiske region omfatter omkring 800 millioner mennesker, der bor på et område, der strækker sig fra Ishavet i nord til Middelhavet i syd og fra Atlanterhavet i vest til Stillehavet i øst. WHO's europæiske program støtter alle lande i regionen til at kunne udvikle og vedligeholde deres egne sundhedsstrategier, systemer og programmer; målet er at forebygge og modvirke trusler mod helbredet, at være forberedt på fremtidige udfordringer og at anbefale og iværksætte aktiviteter på folkesundhedsområdet.

For at sikre den bredest mulige tilgængelighed af autoritativ information og ledelse på sundhedsområdet, står WHO som garant for vidtrækkende international distribution af sine publikationer og opmuntrer til, at de oversættes og tilpasses. Ved at hjælpe med til at fremme og beskytte sundhed og forebygge og kontrollere sygdom, bidrager WHO's udgivelser til at opnå organisationens vigtigste mål – at alle mennesker bliver i stand til at opnå det højest mulige sundhedsniveau.

World Health Organization Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Tel.: +45 39 17 17 17.
Fax: +45 39 17 18 18.
E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: www.euro.who.int

Bidragydere

Udarbejdelsen af den originale publikation *Physical activity and health in Europe: evidence for action* er sket i tæt samarbejde med en anden og supplerende WHO-publikation: *Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments. The solid facts*; dette blev muliggjort ved et tæt samarbejde mellem to WHO-programmer (programmet for transport og sundhed og programmet for Healthy Cities og lokale beslutningstagere) samt de medvirkende internationale eksperter. En fælles styregruppe på seks af bidragyderne sørgede for koordineringen: Finn Berggren, Peggy Edwards, Agis Tsouros og undertegnede.

Nick Cavill, Sonja Kahlmeier og Francesca Racioppi

Finn Berggren

Gerlev Idrætshøjskole, Slagelse, Danmark

Nick Cavill

Health promotion consultant, Cheshire, United Kingdom

Peggy Edwards

Chelsea Group, Ottawa, Ontario, Canada

Sonja Kahlmeier

Technical Officer, Transport and Health, WHO European Centre for Environment and Health, Rome, WHO Regional Office for Europe

Eva Martin-Diener

Swiss Federal Office of Sports, Magglingen, Switzerland

Pekka Oja

UKK Institute for Health Promotion Research, Tampere, Finland and Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Jean-Michel Oppert

Pierre and Marie Curie University, Nutrition Department, Hôtel-Dieu Hospital, Paris, France

Mireille van Poppel

VU University Medical Centre, Amsterdam, Netherlands

Francesca Racioppi

Scientist, Accidents, Transport and Health, WHO European Centre for Environment and Health, Rome, WHO Regional Office for Europe

Agis Tsouros

Regional Adviser, Healthy Cities and Urban Governance, WHO Regional Office for Europe

Ilkka Vuori

UKK Institute for Health Promotion Research, Tampere, Finland

Bidragydere til spotlight-beskrivelser

Roar Blom

Technical Officer, Physical Activity and Health, WHO Regional Office for Europe

Johan Faskunger

National Institute of Public Health, Stockholm, Sweden

Andrea Backovic Jurican

Community Health Centre, Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Programme, Ljubljana, Slovenia

Matti Leijon

Östergötland County Council, Stockholm, Sweden

Brian Martin

Swiss Federal Office of Sports, Magglingen, Switzerland

Mauro Palazzi

Department of Public Health, Cesena, Italy

Jožica Maučec Zakotnik

Community Health Centre, Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Programme, Ljubljana, Slovenia

Hovedbudskaber

Der findes tilstrækkelig viden om effektive og lovende strategier til at retfærdiggøre handling nu og til at udforme og indføre omfattende indsatser for at styrke en aktiv livsstil.

Fysisk aktivitet er en grundlæggende måde at forbedre folks fysiske og psykiske sundhed. Det mindsker risikoen for mange folkesygdomme og gavner i høj grad samfundet ved at øge social interaktion og den enkeltes engagement i fællesskabet.

I det 21. årh. er der imidlertid færre muligheder for at være fysisk aktiv i dagligdagen, og den deraf følgende stillesiddende livsstil har alvorlige konsekvenser for folkesundheden.

To tredjedele af den voksne befolkning (15 år og derover) i den Europæiske Union lever ikke op til de anbefalede niveauer for fysisk aktivitet. Der ser ud til at være en tendens til, at socioøkonomisk status står i direkte forhold til deltagelse i fysiske udfoldelser i fritiden. Relativt fattige familier har mindre fritid og dårligere adgang til fritidsfaciliteter eller bor i miljøer, der ikke motiverer til fysisk aktivitet.

Samfundet er ansvarligt for at skabe rammer, der gør det nemmere at leve et aktivt liv. I det 21. årh. burde fremme af fysisk aktivitet ses som en nødvendighed, ikke en luksus. Indsatser skal:

- fokusere på fysisk aktivitet i bredeste forstand
- gå på tværs af diverse sektorer
- anvende løsninger på befolkningens niveau
- forbedre omgivelserne for fysisk aktivitet
- øge ligheden i adgangen til og muligheden for fysisk aktivitet

Der er stort behov for, at fysisk aktivitet bliver overvåget på befolkningsniveau, nemlig ved over tid at anvende ensartede målemetoder. Dette vil sikre den mest effektive målstyring og planlægning af sundhedsfremmende programmer.

Der er tre typer afgørende faktorer for fysisk inaktivitet, hvor indsatser er nødvendige: individuelle faktorer (som holdninger til fysisk aktivitet eller troen på ens egen evne til at være aktiv), mikromiljøet (hvordan man bliver opmuntret

til fysisk aktivitet de steder, man bor, bliver undervist og arbejder) og makromiljøet (generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige betingelser).

Sundhedsvæsenet kan være igangsættere for en koordineret indsats på mange planer, fx:

- levere dokumentation for, hvad der virker;
- støtte udveksling af erfaring og viden;
- anbefale fysisk aktivitet til andre sektorer og forsyne dem med redskaber for at lette integreringen i en række andre strategier; og
- sikre, at fysisk aktivitet bliver en del af en tradition for sundhedspolitik.

Fysisk aktivitet er ikke bare en sag for folkesundheden; det angår også trivsel i lokalsamfundene, beskyttelse af miljøet og investering i fremtidige generationer. Landene bliver nødt til at vende tendensen til inaktivitet og skabe betingelser i WHO's europæiske region, således at befolkningen kan styrke deres helbred ved at gøre fysisk aktivitet til en del af dagliglivet. Indsatser bør ske i stor målestok, være sammenhængende og ensartede og dække forskellige beslutningsniveauer og forskellige sektorer.

Indledning



© Fotograf Brian Martin

Fysisk aktivitet er en af de mest basale menneskelige funktioner. Menneskets krop har udviklet sig over millioner af år til at blive en kompliceret organisme, der er i stand til at udføre en enorm mængde af opgaver, fra at bruge de store muskelgrupper til gang, løb eller klatring til at udføre detaljerede handlinger, der involverer smidighed og finmotorik.

Fortidens jægere og samlere var nødt til at gå over store afstande for at finde føde og skulle kunne løbe hurtigt og langt for at undslippe angreb. Føden var ofte knap og vanskelig at opdrive, hvilket fik menneskets krop til at indordne sig forholdene ved at ophobe energi til brug for perioder med sult. Mens civilisationen udviklede sig, skulle man stadig bruge muskelstyrke til at dyrke jorden, bygge og transportere sig. Ved begyndelsen af det 21. årh. er der imidlertid så lidt behov for fysisk aktivitet i hverdagen, at man måske begynder at glemme, hvor væsentligt det er for sundheden og velværet. Nu hvor der for de fleste mennesker i de vestlige lande er rigelig og let tilgængelig føde, oplever mange lande en bekymrende stigning i den udbredte forekomst af fedme.

Det faldende niveau for fysisk inaktivitet kan virke modstridende med den populære antagelse, at i særdeleshed de vestlige lande er fyldt med fitness-

fanatikere. Mens sportsklubber og sportsfaciliteter og emner i massemedierne, der har med sundhed og fitness at gøre, er mere talrige end nogensinde, lader det til, at meget af denne viden om fysisk aktivitet ikke udmunder i adfærdsmæssige ændringer.

Stillesiddende livsstil har alvorlige konsekvenser for folkesundheden. De mest synlige er den bratte stigning i fedme over hele regionen i de seneste år. Fedme er ikke blot et kosmetisk anliggende, men er forbundet med alvorlige helbredstilstande: påfaldende forøgede risici for sukkersyge og hjerte-karsygdomme (HKS). Som kapitel 1 påpeger, bidrager fysisk inaktivitet i høj grad til også globalt at øge byrden af sygdom, dødsfald og handicaps.

Undersøgelser fra lande i hele den europæiske union viser, som beskrevet i kapitel 2, de lave niveauer, der generelt er for fysisk aktivitet i mange befolkninger. Det virker som om, at fysisk udfoldelse er ved at forsvinde ud af folks liv. Folk kører mere i bil - og kører længere - end nogensinde før, har mere og mere stillesiddende jobs og tilbringer deres fritid med stadig mere stillesiddende aktiviteter. De teknologiske landvindinger betyder, at selv de enkleste opgaver er ved at blive automatiseret, og folk behøver ikke at bruge så meget energi på at overleve. Som det bliver skitseret i kapitel 3, kan man kort sagt føre et ekstremt stillesiddende liv, og samfundet synes at støtte denne tendens.

Det er ikke udelukkende den enkeltes ansvar at tage fat på disse problemer. Samfundet er ansvarlig for at skabe de betingelser, der fremmer en aktiv livsstil. I det 21. århundrede burde det at fremme fysisk aktivitet betragtes som en nødvendighed, ikke en luksus.

Det er ikke alene op til politikere og fagfolk, der arbejder med folkesundhed, at give sig i lag med dette samfundsproblem. Det kræver handling fra og partnerskab hen over en bred vifte af sektorer og fagfolk, for hvem fysisk aktivitet ikke udgør et kerneelement i deres virke. Hermed tænker vi på byplanlæggere, lærere, miljøfolk, transportingeniører, arkitekter, professionelle sportsfolk og arbejdsgivere i den offentlige og private sektor.

Der må stærkere handling til, og den må række ud over de traditionelle tilgange for sundhedsfremme, som personlig rådgivning, masseannoncering eller vejledning inden for omsorgssektoren. I bedste fald kan alt det kun berøre en lille minoritet af befolkningen og dens behov. Sideløbende med disse tiltag burde man i fællesskab gribe ind for at ændre miljøet, så det bedre kan understøtte aktive udfoldelser. Netop fordi mange af disse miljømæssige ændringer falder uden for sundhedssektorens ansvarsområde, må denne nødvendigvis udvise synlig ledelse for at vinde de andre sektors støtte. Sundhedssektoren kan i særlig grad hjælpe andre sektorer med at engagere sig mere i at fremme

fysisk aktivitet ved at sætte et eksempel og ved at henlede opmærksomheden på muligheder for win-win-situationer, som vi uddyber nærmere i kapitel 4.

At fremme sundhedsforbedrende fysisk aktivitet kan være en vigtig måde at imødegå udfordringen på. Det understreger vigtigheden af fysisk aktivitet som del af hverdagslivet og ikke som en ekstra pligt, man måske overkommer til slut efter en travl dag. Denne publikation er skrevet for politikere og planlæggere, ledere og interessegrupper i forskellige sektorer, der kan fremme fysisk aktivitet. Sektorerne er sundhed, sport og fritid, transport, byplanlægning, uddannelse og massemedier. Her fremlægges fakta, som vi kender, om fysisk aktivitet som en måde at forbedre sundheden på, der gives eksempler på tiltag, der allerede er afprøvet, og der argumenteres for en fælles handlingsplan inden for den europæiske union. I bilag 1 findes forslag til supplerende læsning.

Handlingsprincipper

De vigtigste principper for handling (bearbejdet fra efter en svensk handlingsplan (19)) bliver diskuteret mere detaljeret i kapitel 4. Imidlertid kan man opsummere, at handling bør:

- anvende en bred definition på fysisk aktivitet;
- anskue det fra en befolkningsmæssig synsvinkel og gennemgå programmer baseret på befolkningens udtalte behov;
- involvere mange forskellige sektorer og forskellige niveauer, fra lokale til internationale;
- forbedre miljøet omkring fysisk aktivitet;
- arbejde for lige muligheder for at være fysisk aktiv, og
- basere sig på den bedst mulige dokumentation for, hvad det er, der virker.

Definitioner

Den tekniske definition af **fysisk aktivitet** anvendt i denne publikation er "enhver kraft udført af skeletmuskulaturen, der resulterer i et energiforbrug over hvileniveau" (2). Denne tilsigtede brede definition betyder, at så godt som alle former for fysisk aktivitet tæller, deriblandt gang eller cykling som transport, dans, traditionelle lege og tidsfordriv, have- og husarbejde, såvel som sport eller målrettet motion. Således betragtes sport og motion som særlige former for fysisk aktivitet: sport indebærer sædvanligvis en eller anden form for konkurrence, og motion dyrkes sædvanligvis for at forbedre ens kondition, styrke og sundhed.

Udtrykket **sundhedsforbedrende fysisk aktivitet** (health-enhancing physical activity) bliver hyppigt anvendt i den europæiske region. Det understreger forbindelsen til sundhed ved at fokusere på "en hvilken som helst form for fysisk aktivitet, der gavner helbredet og den funktionelle kapacitet uden for stor skadevirkning eller risiko."

Table 1. Anbefalinger til fysisk aktivitet for alle aldersgrupper

Personer	Aktiviteter
Små børn	Daglig gang til og fra skole Daglige aktivitetstiltag i skolen (pauser og pasningsordning) 3-4 eftermiddage eller aftener med muligheder for leg Weekender: længere gåture, besøg i parker eller svømmehaller, cykelture
Teenagere	Daglig gang eller cykling til og fra skole 3-4 gange organiseret eller spontan sport eller anden fysisk udfoldelse midt i ugen Weekender: gang, cykling, svømning, sportsaktiviteter
Studerende	Daglig gang eller cykling til og fra studiet Alle små muligheder for at være aktiv udnyttes: tage trapperne og udføre opgaver manuelt 2-3 gange organiseret eller selvorganiseret idrætsdeltagelse (fx foreningsidræt, fitnesscenter eller svømmehal.) Weekender: Længere gåture, cykling, svømning, sportsaktiviteter
Voksen med udejob	Daglig gang eller cykling til arbejde Alle små muligheder for at være aktiv udnyttes: tage trapperne, udføre opgaver manuelt 2-3 gange om ugen: sport, gymnastik eller svømning Weekender: længere gåture, cykling, svømning, sport, reparationer i hjemmet, anstrengende havearbejde
Voksen der arbejder i hjemmet eller arbejdsledige	Daglige gå-ture, anstrengende havearbejde eller reparationer i hjemmet Alle små muligheder for at være aktiv udnyttes: tage trapperne, udføre opgaver manuelt Lejlighedsvis sport, gymnastik eller svømning midt i ugen Weekender: længere gå-ture, cykling, svømning eller anden form for sport
Pensionister	Daglige gå-ture, cykling, reparationer i hjemmet eller havearbejde Alle små muligheder for at være aktiv udnyttes: tage trapperne, udføre opgaver manuelt Weekender: længere gå-ture, cykling eller svømning

Aktiv livsstil er en måde at leve på, hvor fysisk aktivitet indgår i de daglige rutiner. Målet for den almindelige voksne befolkning er at nå op på mindst en halv times aktivitet om dagen.

Fysisk aktivitet kan variere meget i **intensitet** afhængig af mængden af den enkeltes kraftanstrengelse. Intensiteten er forskellig afhængig af, hvad det er for en type aktivitet, og af den enkeltes formåen. For eksempel indebærer løb sædvanligvis højere intensitet end en slentretur, og en ung, veltrænet person kan bedre gå i en vis fart end en ældre med dårligere kondition.

Generelt omfatter sundhedsforbedrende fysisk aktivitet de udfoldelser, der er klassificeret som værende af mindst moderat intensitet. Fysisk aktivitet på dette niveau får hjertet til at banke hårdere og gør personen varm og lidt forpustet. Det forøger kroppens stofskifte med 3-6 gange over hvileniveau (3-6 metaboliske enheder MET).

For de fleste inaktive mennesker svarer 3 MET til rask gang. For mere aktive og trænede personer udgør hurtig gang eller langsom jogging en fysisk aktivitet på moderat niveau. De fleste anbefalinger angående fysisk aktivitet i regi af folkesundhed fokuserer på et niveau af mindst moderat intensitet. Dette sikrer, at der kan medregnes et bredt spektrum af aktiviteter.

Ved **fysisk aktivitet af højere intensitet** vil man begynde at svede og blive mere forpustet og ikke være i stand til at samtale. Det gælder sædvanligvis for sport eller motion: fx løb eller hurtig cykling. Højintensive fysiske aktiviteter får stofskiftet til at stige til mindst seks gange over hvileniveau (6 MET).

Hvor meget fysisk aktivitet er nødvendigt for at bevare sundheden?

I de seneste år er man nået frem til en fælles opfattelse af omfanget og formerne for den fysiske aktivitet, man vil anbefale for at forbedre og vedligeholde sundheden (5-7). Ganske vist findes der ikke noget officielt anbefalet niveau for fysisk aktivitet i den europæiske region, men internationale eksperter understøtter forslaget om mindst en halv time om dagen med moderat intensiv fysisk aktivitet de fleste af ugens dage. Ifølge WHO's globale strategi for kost, fysisk aktivitet og sundhed (6)

»... anbefales det, at den enkelte deltager på et passende niveau (i fysisk aktivitet) gennem hele livet. I henhold til de helbredsmæssige resultater, man ønsker at opnå, kræves forskellige mængder af og former for aktivitet: minimum 30 minutters regelmæssig moderat intensiv fysisk aktivitet de fleste af ugens dage nedsætter risikoen for hjerte-karsygdomme og sukkersyge samt

brystkræft og kræft i tyktarmen. Ved at styrke musklerne og træne balanceevnen kan man forebygge faldulykker og forøge ældre menneskers funktionelle kondition. Det kan kræve mere aktivitet at nedsætte vægten «.

Generelt støtter anbefalinger for børn og unge det princip, at de bør være aktive i længere perioder. For eksempel har øverste chef i det engelske sundhedsvæsen anbefalet følgende aktivitetsniveau, som der er enighed om internationalt (5):

»Børn og unge bør udføre mindst 60 minutters moderat intensiv fysisk aktivitet hver dag. Mindst to gange om ugen bør dette omfatte aktiviteter, der forbedrer knoglestyrken ved at være vægtbærende aktiviteter, der belaster knoglerne, samt muskelstyrken og smidigheden «.

Dette er kun overordnede retningslinjer, og de skal sikkert modereres, så de passer til den enkeltes behov og livssituation og afspejler forskellige landes værdier og kulturer. Tabel 1 opregner eksempler på sundhedsforbedrende fysiske aktiviteter for alle aldre.

1. Hvorfor er fysisk aktivitet vigtigt for helbredet?

»Skønt indvirkningerne på helbredet af kost og fysisk aktivitet ofte spiller sammen, især i forhold til fedme, kan der opnås yderligere sundhedsmæssige gevinster ved fysisk aktivitet, der er uafhængig af kost og ernæring ... «

Global strategi for kost, fysisk aktivitet og sundhed (6)

I 2002 opfyldte to tredjedel af den voksne befolkning (fra 15 år og opefter) i den Europæiske Union (EU) ikke de anbefalede niveauer for fysisk aktivitet (8). Over hele WHO's europæiske region som helhed er der én ud af fem personer, der kun udøver lille eller ingen fysisk aktivitet, med højere niveauer af inaktivitet i den østlige del af regionen. Man antager, at fysisk inaktivitet forårsager 600 000 dødsfald pr. år (det er 5-10 % af alle dødsfald, afhængig af landene) og fører til et tab på 5.3 millioner sunde leveår pr. år på grund af for tidlig død og handicaps (9).

Fysisk aktivitet er et vigtigt folkesundhedsspørgsmål fordi:

- tilstrækkelig fysisk aktivitet er vigtig for mange aspekter af helbredet; og
- kun få mennesker deltager i regelmæssig sundhedsforbedrende fysisk aktivitet



© Fotograf Lars Kjær Larsen

Idrætsdag for førskolegruppen på Søndermarksskolen, Vejle, Danmark

Tabel 2. Opsummering af sundhedseffekterne i forbindelse med fysisk aktivitet

Tilstand	Virkning
Hjertesygdom	Formindsket risiko
Slagtilfælde	Formindsket risiko
Overvægt og fedme	Formindsket risiko
Type 2 diabetes	Formindsket risiko
Tyktarmskræft	Formindsket risiko
Brystkræft	Formindsket risiko
Muskelknogle-sundhed	Forbedring
Faldulykker, ældre	Formindsket risiko
Psykisk velvære	Forbedring
Depression	Formindsket risiko

Helbredsvirkninger

Fysisk aktivitet har store gavnlige virkninger på de fleste kroniske sygdomme (tabel 2). Disse gavnlige virkninger er ikke begrænset til forebyggelse eller hindring af udviklingen af sygdomme, men omfatter også forbedret fysisk kondition, muskelstyrke og livskvalitet (10). Dette er særligt vigtigt for ældre, eftersom regelmæssig fysisk aktivitet kan øge deres potentiale for et selvhjulpent liv.

WHO har for nylig undersøgt dokumentationsmaterialet for sundhedseffekter af fysisk aktivitet (11).

Hjertekarsygdomme

Det stærkeste evidensmateriale viser, at der er størst effekt af fysisk aktivitet når det gælder nedsættelse af risiko for hjertekarsygdomme (HKS) (12,13). Inaktive mennesker har op til to gange større risiko for en hjertesygdom end aktive. Fysisk aktivitet hjælper også med at forhindre slagtilfælde(14,15) og reducere mange af risikofaktorerne for HKS, deriblandt højt blodtryk og et højt kolesteroltal (16).

Overvægt og fedme

De lave niveauer for fysisk aktivitet er en betydningsfuld faktor i den drastiske stigning i udbredelsen af fedme i den europæiske union. Fedme forekommer, når energiindtaget (kostindtaget) overstiger det totale energiforbrug, herunder energiforbruget ved fysisk aktivitet (11).

Kropsvægten stiger normalt med alderen, men vanemæssig fysisk aktivitet livet igennem kan begrænse vægtstigninger. Et tilstrækkeligt aktivitetsniveau kan understøtte vedligeholdelsen af en sund vægt eller endda føre til vægttab (17). Det er også ekstremt vigtigt for folk, der allerede er overvægtige eller fede (5).

Sukkersyge

Sukkersyge er en stigende årsag til bekymring i regionen, da type 2 diabetes (ikke-insulinafhængig) bliver stadig mere udbredt. Type 2 diabetes forekommer typisk hos folk over 40 år, selv om vi ser flere og flere tilfælde blandt børn og unge i takt med stigningen i antallet af fede.

Der er stærk evidens for, at fysisk aktivitet forebygger type 2 diabetes (18): risikoen for aktive mennesker er omkring 30% lavere end for inaktive (19). Både moderat og kraftigt intensiv fysisk aktivitet formindsker risikoen (20-22), men den skal udøves regelmæssigt for at virke.

Kræft

Fysisk aktivitet bliver forbundet med en reducere af den generelle risiko for kræft. Talrige undersøgelser har vist, at fysisk aktivitet har beskyttende virkning

over for risikoen for tyktarmskræft (23-25): risikoen for aktive mennesker er omkring 40% lavere.

Fysisk aktivitet er også forbundet med en nedsat risiko for brystkræft blandt kvinder efter overgangsalderen (26-29), og en del materiale viser, at kraftig aktivitet kan have en beskyttende virkning på prostatakræft hos mænd (30).

Sundhed for muskler og skelet

Deltagelse i fysisk aktivitet livet igennem kan forøge og vedligeholde knoglernes styrke og formindske den forringelse, der som regel sker med alderen hos stillesiddende mennesker (31). Ved at dyrke fysisk aktivitet kan ældre mennesker hjælpe med til at vedligeholde styrke og smidighed, så de derved kan fortsætte med deres daglige gøremål (31-33). Regelmæssig aktivitet kan også formindske ældres risiko for fald og hoftebrud (34-37).

Hvis man dyrker vægtbærende aktiviteter (som hop eller spring) hjælper det til med at forøge knoglemineraltætheden (38) og forebygge knogleskørhed. Dette er særligt vigtigt for udvikling af knoglemineraltætheden hos børn og unge (præpubertet) (39) samt hos midaldrende kvinder (40).

Psykisk velvære

Fysisk aktivitet kan reducere symptomerne på depression og muligvis også stress og angst (41-44). Den kan muligvis også give andre psykologiske og sociale gevinster, der påvirker sundheden. For eksempel kan fysisk aktivitet medvirke til at opbygge sociale færdigheder hos børn (45), et positivt selvbillede hos kvinder (46) og selvværd hos børn og voksne (47) samt forbedre livskvaliteten (43,48,49). Disse gavnlige virkninger stammer sandsynligvis fra en kombination af selve det at deltage og så de sociale og kulturelle gevinster ved fysisk aktivitet.

Konsekvenser for mikro- og makrosamfund

I tillæg til de direkte virkninger på den enkeltes helbred kan fysisk aktivitet gavne samfundet, økonomien og indirekte anden sundhedsmæssig adfærd.

Positive sociale virkninger

En aktiv livsstil giver folk lejlighed til at interagere med andre, med nærområdet og med miljøet. Det er i særdeleshed gennem sport og aktive fritidsforhold, at man kan udvikle nye færdigheder og møde nye mennesker, og det kan hjælpe til med at sænke niveauet for kriminalitet og asocial adfærd. Støtte til fysisk aktivitet kan give mange positive effekter, når det fx gælder genopbygning af et område ved at skabe parker og grønne steder til gang og cykelstier i forsømte nærområder (50).

Uheldigvis er der en tendens til, at adgang til fritids- og motionssteder er ulige fordelt henover det sociale spektrum. Den fattige del af befolkningen har typisk dårligere adgang til transport mellem hjem og diverse faciliteter og bor typisk i omgivelser, der ikke giver muligheder for fysisk aktivitet (51).

Økonomisk indvirkning

Udover omkostningerne hvad angår dødelighed, sygelighed og livskvalitet, er inaktivitet en stor økonomisk udgift for landene fra hele regionen. For eksempel har man regnet ud, at de årlige omkostninger i England ligger mellem 3 og 12 milliarder Euro; her er medregnet udgifter i sundhedsvæsenet, fraværdsdage fra arbejde og tab af indkomst på grund af for tidlig død (50). Her er endda ikke medregnet, hvad fysisk inaktivitet medfører i form af overvægt og fedme, hvor omkostningerne generelt måske løber op mellem 9,6-10,8 milliarder Euro pr. år (52). Ligeledes har en schweizisk undersøgelse anslået, at de direkte behandlingsomkostninger af fysisk inaktivitet er 1,1-1,5 milliarder Euro (53). På baggrund af disse to undersøgelser kan fysisk inaktivitet beregnes til en udgift for et land på omkring 150 - 300 Euro pr. borger pr. år.

Ved at hæve befolkningens fysiske aktivitetsniveau kunne et samfunds udgifter sænkes betydeligt, men blot det at vedligeholde det eksisterende niveau vil give besparelser. For eksempel anslår den schweiziske undersøgelse besparelserne på direkte behandlingsudgifter til de fysisk aktive til omkring 1,7 milliarder Euro (53).

Indflydelse på sundhedsadfærden

Endelig har fysisk aktivitet en tendens til at blive forbundet med andre former for positiv adfærd, som at spise sundt og være ikke-ryger, og kan bruges som løftestang for andre adfærdsændringer (5). Alt i alt er fysisk aktivitet et så stort potentiale med henblik på at forbedre folkesundheden, og med så få risikoelementer, at det fortjener at stå centralt i enhver fremtidig strategi for folkesundhed.

2. Hvad ved vi om nuværende niveauer for fysisk aktivitet og inaktivitet?



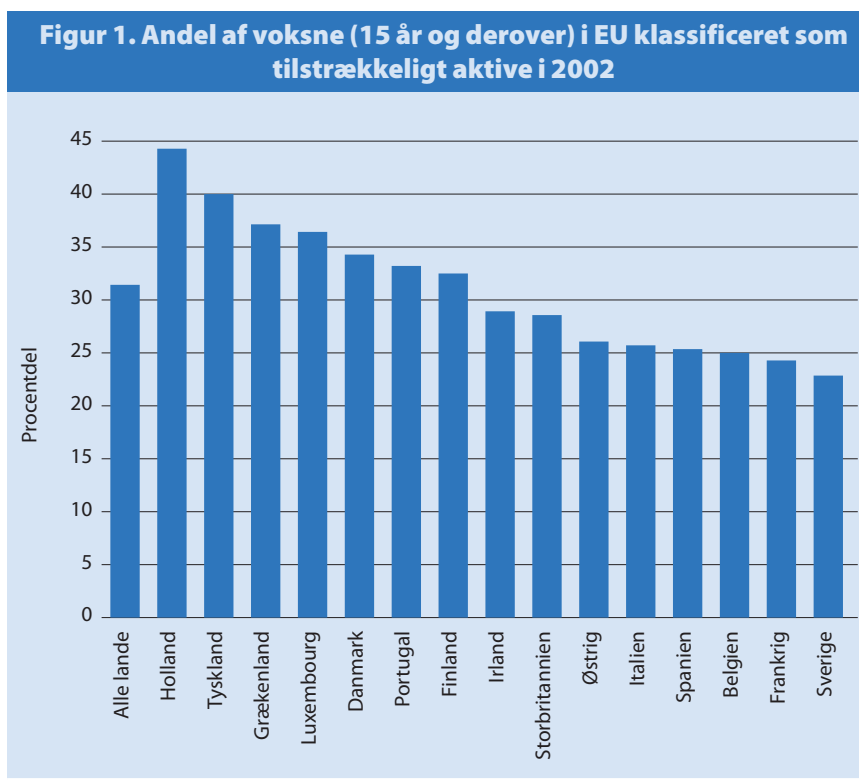
© Dansk Firmsidrætsforbund / Fotograf Merte Johnsen, 2006.

Først de senere år er man begyndt at indsamle internationalt sammenlignelige data om de fysiske aktivitetsniveauer i den europæiske region.

Hvor aktive er folk i den europæiske union?

Aktuelle aktivitetsniveauer

En analyse af en oversigt over EU lande i 2002 (8) har vist, at to tredjedele af den voksne befolkning ikke levede op til de anbefalede niveauer for fysisk aktivitet. I gennemsnit var det kun 31 % af de adspurgte, der meldte om tilstrækkelig fysisk aktivitet (Fig.1). En oversigt over sundhedsadfærd blandt unge mennesker på 11, 13 og 15 år fra hele Europa målte deres deltagelse i fysisk aktivitet i årene 2001-2002 (54). Den fandt, at omkring en tredjedel (34 %) meldte om tilstrækkelig fysisk aktivitet til at opfylde de aktuelle retningslinjer: en time eller mere med mindst moderat intensitet i fem eller flere dage om ugen. I de fleste lande var drengene mere aktive end pigerne, og for begge køn gjaldt det,



Kilde: Sjøstrøm et al.(8)

at aktiviteten dalede med alderen. Der var imidlertid stor forskel på aktiviteten landene imellem, den strakte sig fra 11% af pigerne og 25% af drengene i Frankrig til 51% af pigerne og 61% af drengene i Irland - blandt 11-årige. Lignende variationer fandtes blandt alle aldersklasser; fx var andelen af aktive 15-årige drenge 49% i Tjekkiet og 25% i Portugal.

Tendenser

Der er kun udarbejdet få undersøgelser i regionen med tilstrækkeligt ensartede undersøgelsesmetoder til, at man kan danne sig et pålideligt billede af tendenserne. For eksempel stillede et Europabarometer i 2004 (55) lignende spørgsmål som i 2002 undersøgelsen, dog udvidet med de ti nye EU-medlemslande. Denne undersøgelse fokuserede på sport og viste en stigning i perioden 2002-2004 fra 30% til 38% i andelen af personer, der oplyste at dyrke sport en gang om ugen. Man må imidlertid betragte denne undersøgelse med en vis forsigtighed, da den kun analyserede svar på et enkelt spørgsmål mellem to tidspunkter. Og eftersom den anden undersøgelse fokuserede ensidigt på sport, er det ikke muligt at bruge oversigterne til at forske i mere generel deltagelse i fysisk aktivitet.

På grund af uensartet gyldighed af data for niveauer for fysisk aktivitet i landene og manglen på brug af sammenlignelige måleenheder og indikatorer, er det ikke muligt at tegne et klart billede af de gennemgående tendenser i regionen (se Boks 1 som eksempel). Mangel på data fra gentagne undersøgelser i den europæiske region understreger et vigtigt emne for politikere: behovet for at sikre, at fysisk aktivitet bliver overvåget på befolkningsniveau ved brug af ensartede måleenheder over tid. Dette vil sikre den mest effektive målsætning og planlægning af sundhedsfremmende programmer.

Måling af fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er et kompliceret adfærdsmønster med fire hovedhjørnestene, som kan forkortes til FITT:

- frekvens af aktiviteten, som regel målt i antal gange aktiviteten udføres pr. uge;
- intensitet med hvilken aktiviteten udføres;
- tid: varigheden af aktiviteten;
- type af aktivitet

Alle fire dimensioner må nødvendigvis måles for at få en præcis vurdering af de totale aktivitetsniveauer. Generelt er det spørgeskema-baserede undersøgelser, der giver de bedste muligheder for at vurdere et stort antal mennesker. De mest pålidelige undersøgelser benytter validerede spørgeskemaer sammen med tilfældige sandsynlighedstest, hvorved resultaterne kan generaliseres. Hvis man bruger de samme metoder ved gentagne undersøgelser, kan man uddrage tendenser.

To internationale spørgeskemaer om fysisk aktivitet er blevet udviklet for at vurdere sundhedsrelateret fysisk aktivitet. Det første internationale spørgeskema om fysisk aktivitet (58) tillader en direkte sammenligning af niveauer for fysisk aktivitet mellem landene. Der er blevet udarbejdet to validerede versioner, og de kan fås på en række sprog. Det andet, WHO's globale spørgeskema om fysisk aktivitet (59), sigter på at foretage sammenligninger i udviklingslande med kulturelt forskellige befolkningsgrupper, og er også blevet oversat og valideret.

Boks 1. Eksempler på tendenser i europæiske lande

Den schweiziske sundhedsundersøgelse viser, at andelen af personer klassificeret som fysisk inaktive er steget fra 35,7 % i 1992 til 39,4% i 1997, men er derefter faldet igen til 36,8 % i 2002 (56). Fysisk aktivitet er blevet målt i årlige undersøgelser i Finland siden 1979 (57). Fra sent i 1970'erne til midt i 1990'erne oplevede Finland en total stigning i andelen af aktive to gange om ugen fra omkring 40% til omkring 60%, hvor kvinder begyndte fra et lidt lavere niveau men endte på et lidt højere. Siden midten af halvfemserne er den almindelige stigning i aktivitet udjævnet, og stigningen i kvinders fritidsaktivitet blevet langsommere. I Storbritannien kommer de bedste data om tendenserne fra The National Travel Survey. Den viste, at den gennemsnitlige strækning, hver person bevægede sig til fods og på cykel, faldt med 26% og 24% mellem henholdsvis 1975 - 1976 og 1999 - 2001(5).

3. Hvilke faktorer og betingelser påvirker fysisk aktivitet?

SPOTLIGHT: FINLAND I BEVÆGELSE

I de tidlige 1990'ere udarbejdede man vidtrækkende udviklingsplaner for sport og sundhed i Finland, der resulterede i to nationale programmer. Den første, kaldet »Finland i bevægelse«, benyttede finansiel støtte samt trænings- og rådgivningsservice, foruden reklamer i medierne for at stimulere nye lokale projekter for fysisk aktivitet. Ved evaluering af programmerne viste det sig, at de havde skabt mange succesrige lokale projekter og havde identificeret hvilke tiltag, der havde givet størst succes.

På baggrund af denne erfaring blev programmet »I form til livet« sat på skinner. Det fokuserer på aldersgruppen fra 40 til 60 år, og anvender en social reklame-tilgang via massemedierne.

De to programmer har skabt nye lokale initiativer og udstukket de nationale rammer for fremme af fysisk aktivitet i Finland.

Hvorfor er nogle mennesker aktive og andre ikke? Der er en kompliceret række af faktorer, hos individet selv og i mikro- og makromiljøet (fig.2), der påvirker sandsynligheden for, at et individ, en gruppe eller et lokalsamfund bliver fysisk aktive. Faktorerne i makromiljøet omfatter almindelige socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige forhold. Påvirkninger fra mikromiljøet kan være, hvordan det bolig- og arbejdsmæssige miljø virker stimulerende på fysisk aktivitet, og om de sociale normer og nærområdet støtter op om denne. Individuelle faktorer, som holdninger for eller imod fysisk aktivitet, troen på ens egne evner til at være aktiv eller opmærksomhed på de muligheder, der er i dagliglivet, kan påvirke sandsynligheden for, at en bestemt person vil gå i gang med en ny aktivitet (60). Nogle af de afgørende faktorer for en aktiv livsstil, som vejret eller folks genetiske sammensætning, er vanskelige eller umulige at ændre. En kombination af handling på både kort og lang sigt kan imidlertid benyttes for at gøre noget ved de fleste faktorer. At bringe disse handlinger sammen i en omfattende strategi burde have førsteprioritet hos politikere og planlæggere (se spotlight om Finland).

Makromiljøet

Socioøkonomisk status

Socioøkonomiske betingelser kan berøre fysisk aktivitet på mange måder. Deltagelse i fysisk aktivitet i fritiden har en tendens til at være direkte forbun-

Fig. 2. Faktorer der er afgørende for fysisk aktivitet



Kilde: bearbejdet fra Dahlgren (61).

det med socioøkonomisk status. Relativt fattige mennesker har mindre fritid til deres rådighed, ringere adgang til fritidsfaciliteter eller har boligmæssige omgivelser, der ikke understøtter fysisk aktivitet (63). Frygt for trafikken kan afskrække forældre fra at give deres børn lov til at gå eller cykle til skole eller lege udendørs, især i underprivilegerede områder. For eksempel er børn fra de



lavere socialklasser i Storbritannien fem gange mere udsat for at blive dræbt på vejene end børn fra de højere samfundslag. Meget af dette kan henføres til de miljømæssige forhold: relativt fattige børn bor sandsynligvis i bymæssige områder med ringe vejsikkerhed og højhastighedstrafik (64).

Forøget brug af biler

En af de største økonomiske og kulturelle påvirkninger i de seneste ca. 20 år har været den voksende efterspørgsel på mobilitet. Den øgede brug af privatbiler har stort set tilfredsstillet denne efterspørgsel, hvilket har medført at biltransporten er vokset med næsten 150% siden 1970 (65). I løbet af denne periode er de strækninger, der er tilbagelagt ved gang og cykling, imidlertid stort set uændrede (66). Evnen til at rejse over lange strækninger har på sin side spillet en vigtig rolle med hensyn til at fremme urbanisering. Dette øger afhængigheden af motoriserede transportmidler for at kunne nå frem til jobs, indkøbscentre og andre faciliteter, og reducerer på den måde muligheder for at gå eller cykle.

Mikromiljøet

Problemer med urbanisering

De nære omgivelser, hvor folk bor og arbejder, har stor indflydelse på mulighederne for at være fysisk aktiv. Den europæiske region bliver mere og mere urbaniseret: omkring 2004 boede 80% af befolkningen i højindkomstlande og 64% i middel- og lavindkomstlande i regionen i bymæssige områder (67). Man kunne måske forvente, at dette havde en positiv virkning på fysisk aktivitet, da det fysiske aktivitetsniveau som regel er højere i bymæssige omgivelser. Dette skyldes, at en blandet udnyttelse af arealet og større tæthed af servicefunktioner, boligområder og arbejdspladser gør, at folk kan gå eller cykle som en del af deres daglige gøremål, fordi afstandene mellem destinationerne er små (68). I mange byer i Europa er det imidlertid mere og mere sådan, at beboelse, arbejde og indkøb er noget, der foregår spredt over forskellige områder. Dette medfører en større efterspørgsel efter motordreven mobilitet og mindsker mulighederne for aktiviteter i nærområdet.

Eftersom befolkningstætheden i byerne stiger, og åbne steder bliver bebygget, er der kun lidt plads tilbage til fritids- og fornøjelsesaktiviteter. Mens fx to tredjedele af befolkningen i Amsterdam havde adgang til grønne områder i en gå-afstand af 15 minutter, var andelen så lav som 40 % i Bratislava og 36 % i Warszawa (69).

Social støtte og tendens til stillesiddende aktiviteter

Lokalsamfund kan få stor indflydelse på befolkningens fysiske aktivitetsniveau, især gennem sociale tilbud og kulturelle holdninger og normer for forskellige former for aktivitet (70). Eurobarometer-undersøgelsen (71) har påvist variationer inden for EU i forhold til hvilke mennesker, der er opmærksomme på støtte

til aktiviteter i deres nærområde. For eksempel var 90% af indbyggerne i Holland enige om, at »lokale sportsklubber og andre foretagender giver mange muligheder for fysisk aktivitet«, sammenlignet med de 45 % i Portugal og de 54 % i Italien.

Sociale tendenser i samfundet fremmer i stigende grad stillesiddende adfærd. Der findes færre manuelle jobs, og der er en stigning i stillesiddende fritidsforhold. Brugen af vaskemaskiner, tørretumbler og opvaskemaskiner i private hjem er steget i de seneste 30 år. Disse hjælpemidler har været afgørende, når det gælder at lette de daglige, trættende huslige pligter (72) og hjælper med til at frigøre værdifulde timer til andre aktiviteter. Det ser imidlertid ikke ud til, at denne tid bliver brugt til fysisk aktivitet på andre områder i livet. Andre arbejdsbesparende hjælpemidler, deriblandt rulletrapper og elevatorer, modvirker også aktivitet. Skønt der kun er få tilgængelige data om dette, ser det ud til, at der er en tendens væk fra synligt placerede trapper i bygninger og hen imod at udstyre disse med elevatorer.

Desuden ses en stigning i deltagelse i stillesiddende fritidsaktiviteter for børn, der tilbringer det meste af deres frie tid uden for skolen med at se TV, video og bruge internettet (73). Denne vækst i tid brugt foran en skærm vil sandsynligvis fortsætte, eftersom internettet og videospil bliver mere og mere populære fritidsforhold. Ydermere tilbringer de forældre, der er bekymrede for børnenes sikkerhed, en hel del tid med at køre dem rundt fra den ene aktivitet eller klub til den anden, hvorved de fjerner muligheden for fysisk aktivitet både for barn og voksen.

Endelig kan det image, fysisk aktivitet har, få en vigtig indflydelse. Aktiviteter som golf eller squash bliver sandsynligvis sat i forbindelse med høj social status, og nogle mennesker anser gang eller cykling som transportmiddel for at være en lavstatusaktivitet. I nogle lande betragter unge det at gå eller cykle som noget, de kan være nødt til, indtil de er gamle nok til at få en bil eller motorcykel.

Individuelle faktorer

Selv om miljøet har afgørende indflydelse på niveauerne for fysisk aktivitet, er der også nogle psykosociale faktorer, der påvirker folks beslutninger om deres livsstil og deres valg af sund eller usund adfærd.

Positive faktorer

Personlige faktorer, der er positivt forbundet med fysisk aktivitet (60,74), omfatter:

1. egne evner (tro på egen evne til at være aktiv)
2. vilje til at dyrke motion

SPOTLIGHT: »LAD OS LEVE SUNDT«, ET SUNDHEDSFREMME- PROGRAM I EN LANDZONE I SLOVENIEN

Instituttet for folkesundhed, Murska Sobota, har udviklet et nyskabende pilotprojekt for at bekæmpe fysisk inaktivitet og ringe ernæring i Pomurje-regionen i det nordøstlige Slovenien.

»Lad os leve sundt« sigter mod at fremme sund livsstil og opmuntre den enkelte til at tage ansvar for egen sundhed. I samarbejde med en række partnere fra forskellige sektorer forsøger det at nå voksne i landkommunerne gennem budskaber i massemedierne og offentlige begivenheder. Aktiviteterne omfatter workshops i hver kommune, en fitnessstest og begivenheder arrangeret af de involverede parter.

Indtil nu har 70 små kommuner i Slovenien deltaget i programmet, der således når ud til anslået 30.000 mennesker. De første resultater er opmuntrende: 8 ud af 10 deltagere oplyser, at de har ændret livsstil. Programmet koncentrerer sig nu om at nå ud til flere områder og er ved at udforske innovative ideer som fx at etablere et center for stavgang.

3. glæde ved at dyrke motion
4. opfattelse af egen sundhed og kondition
5. selvmotivation
6. social støtte
7. forventninger om gevinster ved motion; og
8. erkendelse af opnåede gevinster

Forhindringer

Folk er mindre tilbøjelige til at være aktive, hvis de oplever mange forhindringer (74). En undersøgelse har vist, at de vigtigste forhindringer for fysisk aktivitet (75) omfatter:

- fornemmelse af mangel på tid
- fornemmelse af, at man ikke selv er "den sportslige type" (gælder især kvinder);
- bekymringer for den personlige sikkerhed;
- føler sig for træt eller foretrækker at hvile sig og slappe af i de ledige stunder; og
- selvopfattelse (fx mene, at man allerede er aktiv nok)

Fornemmelsen af at mangle tid var den mest almindelige grund, der blev givet i Eurobarometer undersøgelsen, hvor en tredjedel af EU borgerne (34%) oplyste, at det var derfor, de aldrig dyrkede sport (71). Da der generelt kun er små forskelle på den tid, aktive som inaktive folk kan disponere over, har det sandsynligvis mere at gøre med, hvordan folk prioriterer fysisk aktivitet (se Slovenien-spotlight).

4. Hvad kan sundhedssektoren og andre gøre for at forøge den fysiske aktivitet?



© Cycling England

Strategier

Idsatser til fremme af fysisk aktivitet bør ske ud fra et antal nøgleprincipper, her tilpasset fra en svensk plan:

1. synsvinklen er folkesundhed
2. definitionen af fysisk aktivitet skal være bred
3. mange forskellige sektorer bør involveres
4. forbedring af omgivelserne for fysisk aktivitet
5. der skal arbejdes på mange forskellige niveauer
6. grundlag for programmerne er befolkningens udtalte behov
7. lighed skal øges og
8. det bedste tilgængelige dokumentationsmateriale skal anvendes

Folkesundhedsvinkel

Fremme af fysisk aktivitet bør fokusere på befolkningens sundhedsbehov som et hele frem for specielle højrisikogrupper. Det at skabe flere muligheder for aktiviteter for alle og forbedre de fysiske rammer, fører sandsynligvis til større fordele for folkesundheden end programmer, der kun sigter på små grupper. Koordinerede aktioner på mange forskellige niveauer er helt nødvendige for

at forbedre deltagelsen i sundhedsforbedrende fysisk aktivitet (se spotlight fra Spanien).

En bred definition af fysisk aktivitet

Ved at bruge en bred definition af fysisk aktivitet har man et større potentiale for at inddrage en række sektorer. Fysisk aktivitet omfatter gang, cykling, dans, leg, sport, arbejde, fritidsforøjelser og motion. Dette betyder, at det burde ses som en fælles opgave, og ikke kun en opgave for sundhedssektoren, kultur og fritid, men også for andre sektorer, såsom transport og miljø (77).

Mange forskellige sektorer inddrages

Sundhedspersonale inden for det offentlige har en vigtig lederrolle i at koordinere den multisektorielle handlingsplan (se spotlight fra Schweiz), men det nødvendige brede fokus betyder, at der må smedes stærke bånd til fagfolk fra andre sektorer som byplanlæggere, transportplanlæggere, trafikingeniører, arkitekter, arbejdsgivere og folk fra frivillige og ikke-statslige organisationer.

Tabel 3 . Handlingseksempler fra forskellige sektorer om betingelser for fysisk aktivitet

Betingelse	Helbred	Handling fra nøglesektorer	
		Sport og fritid	Transport og byplanlægning
Makromiljø	<p>At sørge for lederskab inden for tværfaglig handling</p> <p>At sørge for programmer for folkesundhed, der skal øge mulighederne for fysisk aktivitet for folk med lave indtægter</p>	Planlægge og levere strategier for sport for alle, der sænker udgifterne for lavindkomstgrupperne og gør kulturel forskellighed til en positiv faktor	Udvikle regionale planer for uderum, der maksimerer folkesundheden og giver mulighed for aktiv livsstil
Mikromiljø	<p>Repræsentere sundhedssektoren i tværfaglige planlægningskomiteer</p> <p>Fremme fysisk aktivitet blandt ansatte i sundhedssektoren og dens brugere</p>	Forbedre adgang til sport og fritidsfaciliteter for fodgængere og cyklister	Prioritere tilgængelighed for fodgængere og cyklister i byplanlægningen og udforme nærmiljøer, der opmuntrer til gang
Individuelt	Sørge for rådgivning om fysisk aktivitet i den primære sundhedspleje	Levere målrettede sportsprogrammer for kommunen	Levere målrettet markedsføring af gang og cykling

Det kan yderligere have den fordel, at det skaber øget interesse for spørgsmål som aktiv transport, nabolægheds egnet til gang, attraktive grønne områder og forbedret bygningsstruktur, hvilket sandsynligvis vil resultere i positive og bæredygtige resultater for miljøet.

Forbedring af de fysiske rammer for fysisk aktivitet

Som tidligere nævnt synes de fleste, at det er lettere at være aktiv, når de kan gå eller cykle til hverdagens destinationer, og når de bor tæt ved parker, behagelige omgivelser eller attraktive faciliteter. For at handle effektivt i forhold til fysisk aktivitet, må man samarbejde med byplanlæggere og arkitekter for at skabe omgivelser, der er egnede til fysisk aktivitet. Se også WHO-publikationen: *Fysisk aktivitet og aktiv livsstil i byer: kommunernes rolle*, som kan give yderligere information.

Om at arbejde på mange forskellige niveauer

Regeringer og nationale organisationer kan sammen udgøre det nationale lederskab for fysisk aktivitet og spille en afgørende rolle i at koordinere den multisektorielle handlingsplan. Effektiv handling på folkesundhedsområdet betyder, at man arbejder sideløbende på et antal forskellige niveauer, som vist i tabel 3.

Det er meget vigtigt at sikre, at kommunerne og de lokale netværk er engagerede og prioriterer på samme måde. De kan påvirke beslutningstagere i den private sektor ved hjælp af reguleringer (fx ved at kræve, at nye boligområder har gangstier og cykelruter) og lægge folkeligt pres for at skaffe omgivelser, som gør folk i stand til at træffe sunde valg. Se også *Fysisk aktivitet og aktiv livsstil i byer: kommunernes rolle* (79), som går i dybden med mange af disse spørgsmål.

Programmer skal baseres på befolkningens udtalte behov

Strategier og programmer skal tage de lokale forhold i betragtning og offentligheden skal involveres i den videre udvikling (1). Handlingsindsatser i anledning af fysisk aktivitet kan variere helt enormt afhængigt af kulturer og normer i det pågældende land, såvel som den tilgængelige information, de økonomiske faktorer, den sociale udvikling og mønstrene for mobilitet og transport. Når man lægger planer for et koordineret handlingsprogram, bør man være opmærksom på disse forhold (80).

Mere lighed

Deltagelse eller ej i fysisk aktivitet afslører betydelige uligheder, hvor de fattigste befolkningsgrupper som regel er de mindst aktive i fritiden. Mange grupper lider under den ulige fordeling af adgang til de omgivelser, der støtter fysisk aktivitet eller har dårligere adgang til faciliteterne. Der bør sættes ind for at mindske disse uligheder i adgangen til faciliteter, samt gives støtte til aktivi-

SPOTLIGHT: UDVIKLING AF OMFATTENDE NATIONALE STRATEGIER I SPANIEN

Ministeriet for Sundhed og Forbrugerbeskyttelse har besluttet sig for at udvikle en samlet strategi, som omfatter fysisk aktivitet og kost, for at imødegå det stigende fedmeproblem. Hovedformålet er en væsentlig reduktion i den sygelighed og de dødsfald, der kan henføres til kroniske sygdomme. Strategien retter sig mod alle borgere, men især børn, i lyset af de foruroligende tendenser til fedme, der ses i de yngre aldersklasser. Den opfordrer til handling og udpeger de forskellige sektorer, der skal involveres. Initiativerne udspringer sig i forskellige omgivelser og på forskellige niveauer, deriblandt familier og lokalsamfund, skoler, fødevarerindustri og sundhedssystemet. For alle initiativernes vedkommende blev der formuleret mål og anbefalinger for fysisk aktivitet.

For at evaluere og monitorere strategien forventer man, at der bliver skabt et fedmeobservatorium, hvor man kan foretage regelmæssige analyser af forekomsten i befolkningen, især blandt børn og unge, og måle fremdriften af de forebyggende tiltag.

SPOTLIGHT: NATIONALT IDRÆTS- KONCEPT I SCHWEIZ

Et nyt koncept for en national idrætsstrategi i Schweiz blev forberedt i år 2000. Der blev udarbejdet et strategidokument til fremme af helbredsforbedrende fysisk aktivitet, der også rummede en opsummering af den videnskabelige dokumentation for sundhedsvirkningerne af denne. Da den føderale regering anerkendte konceptet i slutningen af år 2000, gav den sundhed første prioritet inden for den nationale idrætspolitik i Schweiz, og "flere fysisk aktive mennesker" udnævntes som hovedformål. Dette stemte overens med den offentlige opinion, idet alle undersøgelser påviste, at mere end 90 % af den schweiziske befolkning er klar over vigtigheden af fysisk aktivitet for sundheden. Dette koncept understreger også vigtigheden af at indgå nye partnerskaber hen over sektorer og beslutningstagere og mellem regeringen og den private sektor og massemedierne.

teter, der er billige eller gratis og forbedre omgivelserne, holdningerne til og opfattelserne af fysisk aktivitet.

Brug af den bedst tilgængelige evidens

Et hovedprincip inden for folkesundhed er, at man bør handle på baggrund af den bedst tilgængelige evidens. Sammenlignet med fx ernæring- eller tobaks-kontrol er fysisk aktivitet et temmelig nyt emne, og den evidens, man bygger på for at gå effektivt til værks er stadig relativt lille. Dertil kommer, at der er et behov for at vurdere virkningerne af ikke bare de forebyggende tiltag, som er specielt målrettet patienter, men også sundhedsfremmende tiltag, der er målrettet fysisk aktivitet på befolkningsplan, som fx strategier til fremme af cykling og gang (81). Det er derfor umuligt at handle ud fra en udvalgt type forskningsresultat. I stedet bør man overveje mange forskellige typer af materiale og udvælge det bedste, som beskrevet i næste afsnit.

Sundhedssektorens rolle

Mens det ofte er professionelle fagfolk inden for byplanlægning, transport og kultur og fritidssektoren, der handler med hensyn til fysisk aktivitet, så kan sundhedssektoren bidrage med et enestående og vigtigt indspark. Sundhedssektoren bør i særdeleshed overtage lederskabet eller styringen med hensyn til indholdet af de fysiske aktiviteter. Fordi fysisk aktivitet er et tværfagligt felt, er der en fare for at sætte sig mellem flere stole, og at der ikke er nogen enkelt sektor, der tager ansvar for det. Sundhedssektoren har det bedste udgangspunkt for at linke sektorerne rigtigt og gå forrest med effektiv handling.

Oven i denne lederrolle kan sundhedssektoren tage føringen på seks områder:

- ved at lade fysisk aktivitet være en del af den primære forebyggelse;
- dokumentere effektive tiltag og udbrede forskningen;
- demonstrere den økonomiske fordel ved at investere i fysisk aktivitet;
- forbinde relevante strategier;
- støtte og udveksle information;
- være et eksempel til efterfølgelse

Fysisk aktivitet som del af primær forebyggelse

Fysisk aktivitet burde spille en større rolle i primær forebyggelse, fx ved at sikre, at praktiserende læger og andet primært omsorgspersonale tilbyder vejledning og råd om fysisk aktivitet og er veluddannede til at gøre det (se spotlight fra Sverige).

Dokumentere interventioner og udbrede forskning

Folkesundhedspersonale står stærkt, når det gælder at tage føringen i at indsamle forskningsresultater om, hvad der virker til fremme af fysisk aktivitet. De kan kritisk vurdere forskningsresultater og indsamle litteraturoversigter.

Sundhedssektoren har også en stærk tradition for at arbejde evidensbaseret med medicin og kan overføre disse principper på folkesundhed (83), idet man sikrer, at de relevante forskningsresultater bliver effektivt udbredt til alle interessegrupper.

Anskueliggør den økonomiske fordel ved at investere i fysisk aktivitet

Beslutningstagere er meget interesserede i information om, hvordan udgifter og indtægter balancerer for ethvert forslags vedkommende. Sundhedssektoren kan gøre meget for at udvikle redskaber til at lave mere præcise cost-benefit- og effektivitetsanalyser. Et af de mest betydningsfulde spørgsmål er, hvordan sundhedseffekterne vurderes i forhold til de transport- og byplanmæssige tiltag. Disse kan skabe stærke argumenter for at investere i fysisk aktivitet. For eksempel har Nordisk Ministerråd brugt cost-benefit-analyser til at vise, at fordelene ved at investere i cykelinfrastruktur i høj grad opvejer udgifterne (84).

Synergi mellem relevante strategier

På både nationale og internationale niveauer kan sundhedssektoren tage føringen i at påpege synergi mellem strategier og initiativer, der er relevante til fremme af fysisk aktivitet. Dette kunne blandt andet være mellem følgende strategier og initiativer:

1. WHO's globale strategi for kost, fysisk aktivitet og sundhed, hvilket bekræfter, at multisektorielle strategier er nødvendige for at fremme fysisk aktivitet (6);
2. Charteret om fedme og dokumentet om fysisk aktivitet (85), der blev fremlagt ved WHO's europæiske ministerkonference om bekæmpelse af fedme (86) i slutningen af 2006;
3. Handlingsplanen for Europa om børns miljø og sundhed, der indeholder løfter fra medlemsstaterne om at beskytte børns helbred i prioriterede områder, deriblandt fremme af fysisk aktivitet gennem støttende omgivelser (87);
4. EU platformen om kost, fysisk aktivitet og sundhed med det sigte at undersøge frivillige tiltag inden for EU fra forretningslivet, det civile samfund og den offentlige sektors side (88);
5. Den europæiske kommissions Grønbog om fremme af sund kost og fysisk aktivitet, som udstikker nøglespørgsmål for debatten med medlemsstaterne og civilsamfundet og skal tjene som grundlag for udviklingen af en ny sundhedsstrategi (89);
6. FN's økonomiske kommission for Europa (UNECE/WHO Transport, Health and Environment Pan-European Programme (transport, sundhed og miljø), som udpeger rammerne for handling på prioriterede områder, deriblandt fremme af tryk cykling og gang i byområder (90);
7. Det europæiske netværk for fremme af sundhedsforbedrende fysisk aktivitet (European network for the promotion of health-enhancing physical

SPOTLIGHT: ODENSE, DANMARKS NATIONALE CYKELBY

Odense var Danmarks officielle nationale cykelby fra 1999 til 2002. Transportministeriet og Vejdirektoratet investerede betydelige beløb for at vise, hvordan samlede bestræbelser kunne forøge brugen af cykler. I løbet af hele programmets fire-årige periode blev der udviklet og implementeret 50 projekter, deriblandt fysiske forbedringer, kampagner og ændringer i reguleringer med hovedvægten lagt på at afprøve nye ideer. Ved slutningen af 2002 var cykeltrafikken i Odense kommune steget med 20 % og antallet af ulykker med cyklister faldet med 20 %, sammenlignet med årene 1996-1997. Ved evalueringen fandt man besparelser i sundhedssektoren, som man først og fremmest tilskrev øget sikkerhed og færre ikke-smitsomme sygdomstilfælde.

SPOTLIGHT: BOMPENGE I LONDON, STORBRIANNIEN

I 2003 indførte London et bompenge-system, hvor biler skulle betale en afgift for at køre ind i en bestemt zone midt i city. I 2006 var afgiften på 11,60 Euro om dagen. Det primære formål med systemet var at få færre trafikpropper i og omkring afgifts-zonen, men det har også haft en virkning på fysisk aktivitet: man har iagttaget en 20 % stigning af cykelture og et fald på 7% i bilsammenstød. Der er muligvis også sket en stigning i gå-ture, både for fornøjelsens skyld og som del af stigende benyttelse af offentlig transport. Eksemplet fra London viser, hvordan transporttiltag kan have positive (og undertiden uforudsete) gavnlige virkninger på folkesundheden.

activity), et internationalt samarbejdsprojekt, der arbejder for bedre sundhed gennem fysisk aktivitet; og

8. WHO's Healthy Cities project, som involverer lokale bystyrelser og fremmer en omfattende udviklingsstrategi, blandt andet vedrørende fysisk aktivitet og aktiv livsstil (92).

Støtte og udveksling af information

Sundhedssektoren kan spille en markant rolle ved at samle netværk og styre mekanismer for effektiv udveksling af information. Et godt eksempel er det europæiske netværk til fremme af sundhedsforbedrende fysisk aktivitet (91), som nævnt ovenfor. Det giver en platform til erfaringsudveksling med udviklingen af politik, strategier og tiltag for fremme af fysisk aktivitet, og støtter samtidig multisektoriel handling.

Eksempel til efterfølgelse

Endelig bør sundhedssektoren sætte et eksempel ved at fremme fysisk aktivitet blandt ansatte og brugere i sundhedssystemet ved at skaffe faciliteter til de ansatte, så de kan gå eller cykle til arbejde eller være aktive i deres frokost-pause.

Handling retfærdiggjort

Der findes tilstrækkelig viden til at retfærdiggøre indsatser nu. En ny rapport (93) har påpeget, at den almindelige mangel på solid evidens om folkesundhedsindsatsernes effektivitet ikke kan betragtes som en undskyldning for ikke at gøre noget. Dette synspunkt gælder især for fysisk aktivitet.

Denne sektion vil derfor opsummere dokumentation og erfaringer fra en række kilder og typer af forskning. De omfatter undersøgelser foretaget for WHO (81), konsensusudtalelser, systematiske undersøgelser, forskning på tværs af sektorer og visse enkeltsager. Dette er så langt fra en udtømmende oversigt over litteratur om indsatser til fremme af fysisk aktivitet. Målet er at give nyttig vejledning til politikere på grundlag af det bedste tilgængelige materiale. Evidensmaterialet er indsamlet i relation til tre typer af afgørende faktorer.

Makromiljøet

Det bebyggede miljø

En voksende materialebase viser sammenhængen mellem miljøet og fysisk aktivitet (68,94). Det omfatter undersøgelser af det bebyggede miljøes indflydelse (fx gadernes forbundenhed og byplan, og det naturlige miljø (fx adgang til grønne, åbne rum). Man har fundet, at egenskaber som æstetik, bekvemmelighed og tilgængelighed er forbundet med en stigning i sandsynligheden for fysisk aktivitet. En fornemmelse af bekvemmelighed ved faciliteterne til gang (brolægning, stier), tilgængelighed til destinationer (butikker, parker) og opfat-

telser af trafik og befærdede veje er forbundet med gang til særlige formål (68,95,96) Mange af disse spørgsmål gennemgås mere i dybden i publikationen *Fysisk aktivitet og aktiv livsstil i byer: kommunernes rolle* (79).

En nylig undersøgelse af forsøg på at ændre miljøet for fysisk aktivitet fandt evidens for, at sundhedsoplysende plakater er effektive, når man skal træffe beslutning om at bruge rulletrapper eller trapper. Nogle undersøgelser har evalueret betydningen af strategiændringer: forbedringer for at cyklister og gående til arbejde sammen med oplysningsindsatser. Dette resulterede i små, men positive forandringer i den fysiske aktivitet.

Transport

Transportsystemet kan have en stærk indflydelse på mulighederne for at være fysisk aktiv, både ved at lette gang og cykling og ved at sætte folk i stand til at komme hen til steder, hvor de kan være fysisk aktive. En nylig systematisk undersøgelse af gang og cykling som alternativ til at bruge bil (98) fandt evidens for, at målrettede programmer kan ændre motiverede subpopulationers adfærd. For eksempel viste The Travel Smart Study i Perth i Australien, at der i det område, hvor tiltagene blev sat ind, efter seks måneder skete et skift på 5,5 % af alle ture fra bil til gang, cykling eller offentlig transport. I et nærliggende kontrolområde skete der i samme periode en 2 % stigning i brug af bil som transportmiddel (99). Disse projekter bevirkede også en stigning i offentlig transport, hvilket ofte resulterer i mere gang i forhold til bilture.

Nogle betydningsfulde transporttiltag i de seneste år er endnu ikke blevet inkorporeret i systematiske undersøgelser, men kan give en interessant viden. En rapport (100) viste, at omfanget af cykling steg som følge af indførelsen af en afgiftszone i det centrale London i Storbritannien (se spotlight). Materiale fra storstillede cykeltiltag som dem i Odense i Danmark (se spotlight) og i Norge har også påvist, hvordan omfanget af cykling kan vokse uden at kvæstelserne i trafikken stiger (103). I øvrigt viser noget materiale, at vurderinger af sundhedseffekten kan bruges til at understrege det sundhedsfremmende aspekt ved transportpolitikker (104).

Muligheder for handling

- Sundhedssektoren bør slå sig sammen med byplanlæggere, transportansvarlige og arkitekter for at hjælpe til med at skabe områder, hvor fysisk aktivitet kan dyrkes nemmere og tryktere.
- Sundhedsfremmende programmer bør forbindes med særlige elementer i miljøet. For eksempel kan programmer som Travel Smart forbindes med ruter til gang og cykling eller fremme af brugen af trapper i vigtige bygninger, hvor trappen er en synlig valgmulighed.

SPOTLIGHT: EN OMFATTENDE SKOLE- INDSATS I NORDLAND, NORGE

I 2004 begyndte Nordland fylke (amt) på et omfattende skoleprogram for at give eleverne i alle de 210 folkeskoler mindst 60 minutters fysisk aktivitet hver skoledag. Da programmet skulle indføres, er det nødvendigt at uddanne og informere skolernes ledelse om de fordele for sundhedstilstanden og de kognitive evner, som var et resultat af fysisk aktivitet, især for inaktive børn. De skoler, der vil deltage, kan udvikle aktivitetsprogrammer med udgangspunkt i egne ressourcer og muligheder for at kombinere, fx fysisk uddannelse, udendørs træning i forskellige discipliner, etablering af mere motiverende legepladser og det at gå og cykle til skole. Omkring 2006 havde 144 skoler i samarbejde med andre sektorer indført eller forberedt aktivitetsprogrammer.

Mikromiljøet

Arbejdsforhold

Niveauet af fysisk aktivitet på arbejdspladser er generelt lavt: i 2002 meddelte halvdelen af de adspurgte i en EU-oversigt, at de dyrkede lidt eller ingen fysisk aktivitet på deres arbejde (71). Ikke desto mindre har arbejdspladsen et glimrende potentiale for at påvirke det fysiske aktivitetsniveau. Ansatte tilbringer en stor del af deres vågne timer i et miljø, der stort set kontrolleres af arbejdsgiveren, og dette miljø kan ændres til at blive mere egnet til fysisk aktivitet.

Der er modstridende oplysninger om, hvad der virker på en arbejdsplads (105,106), men arbejdspladsen ser ud til at være et velegnet sted til at skabe eller forbedre adgang til faciliteter til fysisk aktivitet ved at indføre støttende strategier og ved at uddele information. Disse almene tiltag har vist sig at være effektive mht. at øge den fysiske aktivitet i andre omgivelser (107). Arbejdspladsen virker i særdeleshed til at have potentiale til at fremme fysisk aktivitet ved at tilbyde faciliteter og indføre strategier, der opmuntrer gang og cykling til arbejde (108,109), samt strategier til at begrænse parkeringsmuligheder ved arbejdspladsen (65).

SPOTLIGHT: EN BY I BEVÆGELSE: ERFARINGER FRA SAN MAURO PASCOLI, ITALIEN

Dette projekt er målrettet stillesiddende voksne, især kvinder og ældre, for at forebygge hjertekarsygdomme og reducere antallet af stillesiddende personer samt skabe opmærksomhed omkring de fordele, der er for sundheden ved fysisk aktivitet; ligeledes ønsker man at give en mulighed for social interaktion ved hjælp af organiserede fysiske aktiviteter. Disse aktiviteter fandt sted udendørs i løbet af forår og sommer og indendørs i løbet af efterår og vinter. Næsten 200 mennesker deltog i dem, de fleste midaldrende kvinder, og der blev udarbejdet en plan for en langsigtet, selvkørende fortsættelse af programmet. Projektet omfattede praktiserende læger, repræsentanter for kommunen, sportsforeninger, socialarbejdere, lokale græsrodsorganisationer og den private sektor. Et vigtigt udbytte var, at mens de fleste deltagere meddelte, at de var helt klar over de sundhedsmæssige fordele ved fysisk aktivitet, manglede de muligheder for at være fysiske aktive i deres eget lokalområde (fx ved at bruge de lokale parker). De nød også i høj grad at få lejlighed til social interaktion. Undersøgelsen konkluderede, at det er utilstrækkeligt med information og motivation for at fremkalde adfærdsændringer, hvis det ikke bliver fulgt op af tiltag der letter adgangen til at udøve fysisk aktivitet.

Social og samfundsmæssig indflydelse: massemedier

Undersøgelser har konkluderet, at kampagner i massemedierne ganske vist har et stort potentiale for at påvirke de samfundsnormer, der knytter sig til sundhedsadfærd, deriblandt fysisk aktivitet, og kan nå ud til brede befolkningsgrupper for relativt lave omkostninger, men det er sjældent, at man kan påvise nogen adfærdsmæssige ændringer på befolkningsniveau. Imidlertid er kampagner som regel effektive, når det gælder om at skabe opmærksomhed omkring et spørgsmål og påvirke viden (110), og kan således være en nyttig del af en større pakke af tiltag.

Tiltag på lokalt plan

Lokalområder kan bringe folk sammen for at fremme fysisk aktivitet og skabe og forbedre lokale forhold herfor. Sådanne lokale initiativer omfatter nogle af de store programmer rettet mod hjertekarsygdomme, som Stanford-Eye-projektet (111), og kampagner for at fremme fysisk aktivitet i kommuner ved hjælp af massemedierne. Disse programmer er nogle gange forbundet med forandringer i det fysiske miljø (70). Skønt større indsats for nærområder har vist visse positive resultater, viste de ingen tendens til at få indflydelse på befolkningen som helhed. Der kom bedre resultater ud af mindre programmer, der overførte de teknikker for adfærdsendring, der bruges i den primære sundhedspleje, til kommuneniveau (se spotlight fra Holland). I øvrigt lader det til, at meget synlige kampagner, der bliver knyttet til handlingsplaner i kommunerne har en tendens til at være ganske succesrige, især hvis de er omhyggeligt målrettet og virker i en passende kommunesammenhæng.

Skoler

Skoler kan tilbyde mange muligheder for fysisk aktivitet, nemlig ved at gennemføre læseplanernes idrætstimer, ved at åbne boldbaner og gymnastiksale for en større brugerreds i kommunen og sætte fokus på initiativer som programmer for trygge veje til skolen (se spotlight fra Tjekkiet og Norge). Disse forbinder ændringer i infrastrukturen (som oprettelse af cykelparkering) med kampagneprogrammer såsom gå-til-skole-dag, samt strategændringer for transport til skole.

Infrastruktur for fritid og sport

Regelmæssig deltagelse i sportsaktiviteter har en positiv virkning på folks helbred og er derfor et vigtigt område for sundhedsfremme. Finland giver et godt eksempel på en kursændring fra at lægge vægten på konkurrence og elitesport til sundhedsforbedrende fysisk aktivitet for alle. Multisektorielle strategier har ført til betydelige ændringer i den offentlige økonomiske støtte til idrætsorganisationer, forskellige former for service og opførelsen af idrætsfaciliteter. Finland har iværksat tre på hinanden følgende femårs-programmer for fremme af fysisk aktivitet (116). Holland har foretaget en lignende kursændring:

SPOTLIGHT: "WALK WITH OUR SCHOOL" (GÅ MED VORES SKOLE): KVASICE, TJEKKIET

Det internationale »Walk to School« er en årligt tilbagevendende, månedlang begivenhed, der giver børn, forældre, skolelærere og ledere i lokalsamfundet en lejlighed til at deltage i en global begivenhed samtidig med, at de høster fordelene ved gang. I folkeskolen i Kvasice i Tjekkiet kommer 40 % af eleverne fra de nærliggende landsbyer, og mange kører til skole i bus. Projektet »Gå med vores skole« lagde vægt på de miljø-, uddannelses- og følelsesmæssige aspekter ved at gå til skole, foruden de sundhedsmæssige fordele. Projektet hægter sig på så mange skolefag som muligt: naturvidenskab, geografi, kunst, kunsthåndværk og musik. Om lørdagen bliver der afholdt halvdags gåture for børn og deres forældre, hvor de besøger lokale seværdigheder af historisk interesse og således sammenkæder sundhed og uddannelsesmæssige formål. Man gør turene sjove med skattejagter, konkurrencer og andre udfordringer. Formålet er at fremme gang og at knytte folk tættere til deres lokalmiljø.

- for at forstærke den lokale idræts-infrastruktur til støtte for idrættens iboende og sociale mål;
- for at bruge idræt som et bidrag til løsning af lokale sociale problemer; og
- for at skabe bånd mellem forskellige idrætsudbydere og mellem dem og idrætsrelaterede sektorer på lokalplan, som uddannelse, fritid, velfærd, arbejde og sundhedsvæsen (117).

Handlingsmuligheder

- Sundhedssektoren, arbejdsgivere og undervisningssektoren bør bruge arbejdspladsen og skolemiljøet som et fokus for fysisk aktivitet. De bør organisere kampagner og begivenheder for at skabe opmærksomhed, lave strategændringer på arbejdspladsen og i skolen og stille faciliteter til rådighed for aktiviteter som cykelparkering, gymnastiksale og omklædningsrum.
- Sundhed, idræts- og fritidssektorer bør udvikle programmer, der bruger fysisk aktivitet og idræt som fokus på at samle hele kommunen: for at bringe folk sammen under det banner, der hedder sundhedsforbedrende fysisk aktivitet.

Individuelle faktorer

Den stærkeste evidens for de gavnlige effekter af tiltag på det individuelle plan findes inden for den primære sundhedsplejes rammer. Nye anbefalinger fra Storbritannien (118) fokuserer på de stærke meldinger, der kom angående kortvarige tiltag i den primære pleje, og konkluderer, at »det praktiserende primære plejepersonale bør gribe enhver given lejlighed til at finde frem til inaktive voksne og råde dem til at stræbe efter 30 minutters moderat aktivitet på fem af ugens dage (eller mere)«. En tidligere undersøgelse (119) udpegede de følgende faktorer som del af effektive programmer:

- målrette dem til individer i kommunal sammenhæng (se spotlight fra Italien);
- bruge teorier om adfærdsændringer til at undervise i kompetencer og skræddersy tiltag, der passer den enkeltes behov;
- fremme fysisk aktivitet af mindst moderat intensitet, især gang, samt aktiviteter, der ikke er afhængige af særlige faciliteter; og
- inkorporere regelmæssig opfølgning og kontakt med en motionsspecialist.

Børn og unge

Det er måske overraskende, men erfaringen viser, at med hensyn til effektiviteten af tiltag for at fremme fysisk aktivitet blandt unge, så er denne mere begrænset end den er for voksne. En systematisk undersøgelse af tilgængeligt materiale (121) foreslog et antal mulige initiativer angående:

1. regional og lokal byplanlægning, fx:
 - bedre cykelstier

- forbedrede parker og legeområder
 - forbedret adgang til ungdomsklubber
 - stærke bånd mellem fritidsservice og skoler, der giver børn bedre information om faciliteter
2. lokale sundhedsfaciliteter, som:
- tiltag i primærpleje til fremme af fysisk aktivitet, deriblandt råd om at begrænse tv-kigning
3. skoler, fx:
- styrke idrætsundervisningen i skolen og fysisk aktivitet (fx ved at bruge mere tid på fysisk træning og opmuntre gang og cykling til skole)
 - undervisning om fysisk aktivitet, en mindre stillesiddende livsstil (tv-kigning, video-spil) og det potentielle resultat af inaktivitet
 - gøre skolefaciliteter tilgængelige uden for skoletiden
 - forbedrede aktiviteter uden for skemaet.

Handlingsmuligheder

- Sundhedssektoren bør sikre, at fremme af fysisk aktivitet er en integreret del af primær plejep praksis. Dette omfatter en vurdering af patientens fysiske aktivitetsniveau, og at man giver individuel rådgivning og opfølgning.
- Uddannelse, sundhed, transport og byplanlægning er alle sektorer, der bør erkende, at unge har ret til at være fysisk aktive og dermed prioritere skabelsen af faciliteter og muligheder for denne målgruppe.

5. Hvad nu?



© Sund By Netværket / Fotograf Lars Schmidt

Tværasektoriel og koordineret handling på mange niveauer er tvingende nødvendigt for at forbedre deltagelsen i sundhedsforbedrende fysisk aktivitet. Dette er ikke bare et spørgsmål om folkesundhed; det angår trivslen i de enkelte byer, beskyttelsen af miljøet og investering i kommende generationer. Man ved tilstrækkeligt om effektive og lovende strategier til at handle nu og udforme og indføre omfattende programmer og føre en politik, der fremmer en aktiv livsstil.

Fysisk aktivitet har et kæmpemæssigt potentiale til at kunne forbedre sundhed og trivsel. Det er en positiv adfærd: at begynde og vedligeholde en vane, der kommer sundheden til gode. Indsatser, der fremmer fysisk aktivitet, kan næsten betragtes som ideelle for folkesundheden fordi:

- de påvirker adskillige af de mest almindelige problemer;
- der er bevis for effektivitet, og der er kun få udsagn om potentielle skadevirkninger;
- de er tilgængelige og økonomisk overkommelige for størstedelen af befolkningen;
- og totalt set er fordelene så store, at de berettiger investeringen

Mere research vil øge forståelsen, men bør ikke forsinke handling. Især bør en fornelse af strategierne for at skabe og forbedre et miljø for fysisk aktivitet indføres og afprøves.

I øjeblikket ved vi mere om initiativer på det personlige plan (fx i den primære omsorgssektor) end om handling, der går mod strømmen og afprøver, hvordan de miljømæssige faktorer spiller ind på fysisk aktivitet. Det er den sidstnævnte form for handling, der ser ud til at indeholde det største potentiale. Der bør prioriteres yderligere forskning på dette område. Det er nødvendigt med mere viden omkring forholdet mellem fysisk aktivitet og omgivelserne, og om den bedste måde at overføre og sprede viden og god praksis.

Der bør sættes ind i stor skala. Handling skal være sammenhængende og overensstemmende på tværs af forskellige beslutningsniveauer og forskellige sektorer i landene. Sundhedssektoren har brug for at finde nye partnere for at få gavn af de mangeartede dimensioner inden for aktiv livsstil. Partnerskaber på tværs af sektorer er afgørende, når man skal hjælpe lande inden for WHO's europæiske region med at vende befolkningens tendens til inaktivitet og skabe forhold, der styrker borgernes sundhed ved fysisk aktivitet som en del af hverdagslivet.

Referencer

1. *Background material to the action plan for healthy dietary habits and increased physical activity*. Uppsala, National Food Administration, 2005 (<http://www.fhi.se/upload/2702/TheSwedishActionplan.pdf>, accessed 28 July 2006).
2. Caspersen CJ, Powell KE, Christensen GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 1985, 100:126–131.
3. Foster C. *Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes*. The European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity. Tampere, the UKK Institute for Health Promotion Research, 2000.
4. Leadership for Active Living. *Leadership action strategies*. San Diego, San Diego State University, 2003 (http://www.leadershipforactiveliving.org/pdf_file/LeadershipActionStr%20web.pdf, accessed 28 July 2006).
5. *At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer*. London, Department of Health, 2004 (<http://tinyurl.com/332mf>, accessed 28 July 2006).
6. Diet and physical activity: a public health priority [web site]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>, accessed 28 July 2006).
7. *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1996 (<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>, accessed 28 July 2006).
8. Sjöström M et al. Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 2006, 14(1):1–10.
9. *The world health report 2002: reducing risk, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en>, accessed 28 July 2006).
10. Pedersen PK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 2006, 16(Suppl. 1):3–63.
11. Bull F et al. Physical inactivity. In: Ezzati M, ed. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
12. Berlin JA, Colditz G. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 132:612–628.
13. Powell KE et al. Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annual Review of Public Health*, 1987, 8:253–287.
14. Ellekjaer H et al. Physical activity and stroke mortality in women. Ten-year follow-up of the Nord-Trøndelag health survey, 1984–1986. *Stroke*, 2000, 31:14–18.
15. Wannamethee S, Shaper A. Physical activity and the prevention of stroke. *Journal of Cardiovascular Risk*, 1999, 6:213–216.
16. Hardman A, Stensel D. *Physical activity and health: the evidence explained*. London, Routledge, 2003.
17. Grundy SM et al. Physical activity in the prevention and treatment of obesity and its comorbidities: evidence report of independent panel to assess the role of physical activity in the treatment of obesity and its comorbidities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1999, 31:1493–1500.
18. Ivy J, Zderic T, Fogt D. Prevention and treatment of non-insulin-dependent diabetes mellitus. In: Holloszy J, ed. *Exercise and sport sciences reviews*. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 1999.
19. Tuomilehto J et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 2001, 344(18):1343–1350.

20. Hu FB et al. Walking compared with vigorous physical activity and risk of type 2 diabetes in women: a prospective study. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1433–1439.
21. Folsom AR, Kushi LH, Hong CP. Physical activity and incident diabetes mellitus in postmenopausal women. *American Journal of Public Health*, 2000, 90(1):134–138.
22. Okada K et al. Leisure-time physical activity at weekends and the risk of type 2 diabetes mellitus in Japanese men: the Osaka Health Survey. *Diabetic Medicine*, 2000, 17:53–58.
23. Colditz G, Cannuscio C, Frazier A. Physical activity and reduced risk of colon cancer: implications for prevention. *Cancer Causes and Control*, 1997, 8: 649–667.
24. *Weight control and physical activity*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbook of Cancer Prevention, Vol. 6).
25. Thune I, Furberg A-S. Physical activity and cancer risk: dose–response and cancer, all sites and site-specific. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2001, 33(Suppl.):S530–S550.
26. Gammon MD et al. Recreational physical activity and breast cancer risk among women under age 45 years. *American Journal of Epidemiology*, 1998, 147:273–280.
27. Latikka P, Pukkala E, Vihko V. Relationship between the risk of breast cancer and physical activity. *Sports Medicine*, 1998, 26:133–143.
28. Verloop J et al. Physical activity and breast cancer risk in women aged 20–54 years. *Journal of the National Cancer Institute*, 2000, 92:128–135.
29. Tehard B et al. Effect of physical activity on women at increased risk of breast cancer: results from the E3N Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2006, 15(1):57–64.
30. Giovannucci E et al. A prospective study of physical activity and prostate cancer in male health professionals. *Cancer Research*, 1998, 58:5117–5122.
31. Brill P et al. Muscular strength and physical function. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2000, 32:412–416.
32. Huang Y et al. Physical fitness, physical activity, and functional limitation in adults aged 40 and older. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1998, 30:1430–1435.
33. Simonsick EM et al. Risk due to inactivity in physically capable older adults. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:1443–1450.
34. Grisso JA et al. Risk factors for hip fracture in men. Hip fracture study group. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:786–793.
35. Gillespie ND, McMurdo M. Falls in old age: inevitable or preventable? *Scottish Medical Journal*, 1998, 43:101–103.
36. Kujala U et al. Physical activity and osteoporotic hip fracture risk in men. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:705–708.
37. Gregg E, Pereira M, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000, 48:883–893.
38. Gutin B, Kasper M. Can vigorous exercise play a role in osteoporosis prevention? A review. *Osteoporosis International*, 1992, 2:55–69.
39. Welten D et al. Weight-bearing activity during youth is a more important factor for peak bone mass than calcium intake. *Journal of Bone and Mineral Research*, 1994, 9:1089–1096.
40. Zhang J, Feldblum P, Fortney J. Moderate physical activity and bone density among perimenopausal women. *American Journal of Public Health*, 1992, 82:736–738.
41. Dunn AL, Trivedi MH, O'Neal HA. Physical activity dose–response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2001, 33(Suppl.):S587–S597.
42. Glenister D. Exercise and mental health: a review. *Journal of the Royal Society of Health*, 1996, 116:7–13.

43. Hassmen P, Koivula N, Uutela A. Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. *Preventive Medicine*, 2000, 30:17–25.
44. Paffenbarger RS Jr et al. Changes in physical activity and other lifeway patterns influencing longevity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1994, 26:857–865.
45. Evans J, Roberts G. Physical competence and the development of children's peer relations. *Quest*, 1987, 39:23–25.
46. Maxwell K, Tucker L. Effects of weight training on the emotional well-being and body image of females: predictors of greatest benefit. *American Journal of Health Promotion*, 1992, 6:338–344.
47. Sonstroem R. Exercise and self-esteem. *Sport Science Review*, 1984, 12:123–155.
48. Laforge RG et al. Stage of regular exercise and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 1999, 28:349–360.
49. Morans R, Mohai P. Leisure resources, recreation activity and the quality of life. In: Driver B, Brown P, Peterson G, eds. *Benefits of leisure*. Philadelphia, Venture Publishing, 1991.
50. Department for Culture, Media and Sport (DCMS) and Strategy Unit. *Game plan: a strategy for delivering Government's sport and physical activity objectives*. London, Cabinet Office, 2002.
51. Ellaway A, Macintyre S, Bonnefoy X. Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey. *BMJ*, 2005, 331(7517):611–612.
52. *Tackling obesity in England. Report by the Comptroller and Auditor General*. London, The Stationery Office, 2001 (http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf, accessed 28 July 2006).
53. Martin BW et al. Economic benefits of the health-enhancing effects of physical activity: first estimates for Switzerland. Scientific position statement of the Swiss Federal Office of Sports, Swiss Federal Office of Public Health, Swiss Council for Accident Prevention, Swiss National Accident Insurance Organisation (SUVA), Department of Medical Economics of the Institute of Social and Preventive Medicine and the University Hospital of Zurich and the Network HEPA Switzerland. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 2001, 49(3):131–133.
54. Young people's health and health-related behaviour. In: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004: 53–161 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1, accessed 28 July 2006).
55. *The citizens of the European Union and sport. Summary*. Brussels, European Commission, 2004 (Special Eurobarometer 213/Wave 62.0; http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_213_summ_en.pdf, accessed 28 July 2006).
56. Lamprecht M, Stamm HP. *Observatorium Sport und Bewegung Schweiz. Bewegungsverhalten in der Gesundheitsbefragung 2002*. Zürich, L&S Sozialforschung und Beratung AG, 2004.
57. Helakorpi S et al. Suomalaisen aikuisväestön terveystähtäytymien ja terveystähtäytymien, kevät 2003 [Health behaviour and health among Finnish adult population, Spring 2003]. Helsinki, National Public Health Institute, 2003.
58. International Physical Activity Questionnaire [web site]. Stockholm, Karolinska Institute, 2006 (<http://www.ipaq.ki.se>, accessed 28 July 2006).
59. Global Physical Activity Surveillance [web site]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/chp/steps/GPAQ/en/index.html>, accessed 28 July 2006).
60. Sallis JF, Owen N. *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, Sage, 1999:108–134.
61. Dahlgren G. The need for intersectoral action for health. In: Harrington P, Ritsatakis A, eds. *European Health Policy Conference: opportunities for the future, Copenhagen 5–9 December 1994. Volume II. The policy framework to meet the challenges – Intersectoral action for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 ([http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_HFAP_94.01_CN01\(II\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_HFAP_94.01_CN01(II).pdf), accessed 28 July 2006).
62. Vuori I, Paronen O, Oja P. How to develop local physical activity promotion programmes with national support: the Finnish experience. *Patient Education and Counseling*, 1998, 33(Suppl. 1):S111–119.

63. Gordon-Larsen P et al. Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics*, 2006, 117(2):417–424.
64. Institute of Public Policy Research. *Streets ahead: safe and liveable streets for children*. London, Central Books, 2002.
65. Macro and micro environmental determinants of physical activity. In: *The obesity issue in Europe: status, challenges, prospects*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
66. *Energy and transport in figures 2002*. Brussels, European Commission, 2002.
67. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 28 July 2006).
68. Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(3):188–199.
69. Urban audit [web site]. Brussels, European Commission Directorate-General Regional Policy, 2006 (<http://www.urbanaudit.org>, accessed 28 July 2006).
70. Cavill N, Foster C. How to promote health-enhancing physical activity: community interventions. In: Oja P, Borms J, eds. *Health enhancing physical activity*. London, Meyer & Meyer Sport, 2004 (Perspectives – The Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Sciences, Vol. 6).
71. European Opinion Research Group. *Physical activity*. Brussels, European Commission, 2003 (Special Eurobarometer 183-6/Wave 58.2; http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf, accessed 28 July 2006).
72. Rickards L et al. *Living in Britain. No. 31. Results from the 2002 General Household Survey*. London, The Stationery Office, 2004 (http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_compendia/lib2002.pdf, accessed 28 July 2006).
73. *Young people and sport in England. Trends in participation 1994–2002*. London, Sport England, 2003 (<http://www.sportengland.org/downloads/Young-People-and-Sport-2002-report.pdf>, accessed 28 July 2006).
74. Trost SG et al. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2002, 34(12):1996–2001.
75. Foster C et al. *Understanding participation in sport and physical activity amongst children and adults*. London, Sport England, 2005 (http://www.sportengland.org/understanding_participation_in_sport_2005.pdf, accessed 28 July 2006).
76. *Spanish strategy for nutrition, physical activity and prevention of obesity*. Madrid, Ministry of Health and Consumer Protection, 2005 (http://www.aesa.msc.es/aesa/web/AesaPageServer?idDescarga=9&url=FileServer&file=the%20NAOS%20Strategy.pdf&language=en_US&download=yes, accessed 19 July 2006).
77. Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. *Physical activity fitness and health. International proceedings and consensus statement*. Champaign, Human Kinetics, 1992.
78. Martin BW. Physical activity related attitudes, knowledge and behaviour in the Swiss population: comparison of the HEPA surveys 2001 and 1999. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 2002, 50(4):164–168.
79. *Fysisk aktivitet og aktiv livsstil i byer: kommunernes rolle*. København, Sund By Netværket, 2007.
80. *A framework to monitor and evaluate the implementation of the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/Indicators%20paper-%20English%20Version%20May%202006%20.pdf>, accessed 28 July 2006).
81. Effectiveness of physical activity promotion strategies. In: *The obesity issue in Europe: status, challenges, prospects*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
82. Leijon M, Jacobsson M. *Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen* [Physical activity on prescription – Does it work? An evaluation of the model used in Östergötland]. Linköping, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstinget i Östergötland, 2006 (Rapport 2006:2) (in Swedish).
83. Cavill N et al. An evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: contrasting case studies. *Promotion and Education* (in press).

84. Saelensminde K. Cost–benefit analyses of walking and cycling track networks taking into account insecurity, health effects and external costs of motorized traffic. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 2004, 38(8):593–606.
85. *Steps towards a more physically active Europe. Promoting physical activity for health – A framework for action in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
86. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/obesity/conference/20060216_1, accessed 19 July 2006).
87. Children’s Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/childhealthenv/Policy/20020724_2, accessed 19 July 2006).
88. Diet, physical activity and health – EU platform for action [web site]. Brussels, European Commission, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm, accessed 19 July 2006).
89. *Green Paper. Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases*. Brussels, European Commission, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf, accessed 19 July 2006).
90. Transport, Health and Environment Pan-European Programme [web site]. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2006 (<http://www.thepep.org/en/welcome.htm>, accessed 19 July 2006).
91. European network for the promotion of health-enhancing physical activity [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/hepa>, accessed 10 August 2006).
92. Healthy Cities and urban governance [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/healthy-cities>, accessed 19 July 2006).
93. Wanless D. *Securing good health for the whole population. Final report*. London, HM Treasury, 2004 (http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm, accessed 28 July 2006).
94. Badland H, Schofield G. Transport, urban design, and physical activity: an evidence-based update. *Transportation Research Part D*, 2005, 10:177–196.
95. Owen N et al. Understanding environmental influences on walking: review and research agenda. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(1):67–76.
96. Saelens BE, Sallis JF, Frank LD. Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, 25(2):80–91.
97. Foster C, Hillsdon M. Changing the environment to promote health-enhancing physical activity. *Journal of Sports Sciences*, 2004, 22:755–769.
98. Ogilvie D et al. Promoting walking and cycling as an alternative to using cars: systematic review. *BMJ*, 2004, 329(7469):763.
99. Department for Planning and Infrastructure. *Travel behaviour change program for the city of South Perth under the TravelSmart program: technical appendix*. Perth, Government of Western Australia, 2003.
100. *Congestion charging: update on scheme impacts and operations*. London, Transport for London, 2004 (<http://www.tfl.gov.uk/tfl/downloads/pdf/congestion-charging/cc-12monthson.pdf>, accessed 28 July 2006).
101. *Congestion charging. Monitoring. Impacts monitoring second annual report*. London, Transport for London, 2004 (http://www.tfl.gov.uk/tfl/cclondon/cc_monitoring-2nd-report.shtml, accessed 28 July 2006).
102. Troelsen J, Jensen SU, Andersen T. *Evaluering af Odense – Danmarks nationale cykelby* [Evaluation of Odense – Denmark’s national cycling city]. Odense, Odense Cykelby, 2004 (http://www.cykelby.dk/pdf/cykel_inet.pdf, accessed 28 July 2006) (in Danish, with English summary).
103. *Action for health in cities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (<http://www.who.dk/document/wa30094ac.pdf>, accessed 28 July 2006).
104. Mindell J et al. Health impact assessment as an agent of policy change: improving the health impacts of the Mayor of London’s draft transport strategy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:169–174.

105. Dishman RK et al. Worksite physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15: 344–361.
106. Proper K et al. The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 2003, 13:106–117.
107. Kahn EB et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(Suppl. 4):73–107.
108. Mutrie N et al. “Walk in to Work Out”: a randomised controlled trial of a self help intervention to promote active commuting. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(6):407–412.
109. Wen LM et al. Promoting active transport in a workplace setting: evaluation of a pilot study in Australia. *Health Promotion International*, 2005, 20(2):123–133.
110. Cavill N, Bauman A. Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media campaigns have a role? *Journal of Sports Science*, 2004, 22:171–190.
111. Young DR et al. Effect of community health education on physical activity knowledge, attitudes, and behavior. The Stanford Five-City Project. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 144:264–274.
112. Ronda G et al. The Dutch heart health community intervention ‘Hartslag Limburg’: design and results of a process study. *Health Education Research*, 2004, 19:596–607.
113. Czech Republic. iwalk country since 2004 [web site]. Chapel Hill, National Center for Safe Routes to School, University of North Carolina Highway Safety Research Center, 2006 (<http://www.iwalktoschool.org/whoswalking/country.cfm?id=40>, accessed 28 July 2006).
114. Folkehelse [Public health – web site]. Bodø, Nordland fylkeskommune, 2005 (<http://www.nfk.no/ncms.aspx?id=0C1D6177-DBD0-4493-9EF1-56799F81DFC0&menuid=25003>, accessed 28 July 2006) (in Norwegian).
115. School travel plan [web site]. Bristol, Sustrans, 2006 (http://www.saferoutestoschools.org.uk/index.php?f=travel_plans.htm, accessed 28 July 2006).
116. Vuori I, Lankenau B, Pratt M. Physical activity policy and program development: the experience in Finland. *Public Health Reports*, 2004, 119(3):331–345.
117. *Sport for all incentive in the Netherlands*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2000 (International Publications Series Health Welfare and Sport, No. 5; http://www.minvws.nl/images/sportforall_tcm11-21864.pdf, accessed 28 July 2006).
118. *Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006 (Public Health Intervention Guidance, No. 2; <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=299528>, accessed 28 July 2006).
119. *Effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews (evidence briefing)*, 2nd ed. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005 (<http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=505281>, accessed 28 July 2006).
120. *Il piano per la salute di Cesena* [The plan for the health of Cesena]. Bologna, Emilia-Romagna Region, 2006 (http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/percorsi_pps/pps_cesena.pdf, accessed 28 July 2006) (in Italian).
121. Brunton G et al. *Children and physical activity: a systematic review of barriers and facilitators*. London, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2003 (http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWebContent/hp/reports/healthy_eating02/Summary.pdf, accessed 28 July 2006).

Bilag 1. Supplerende læsning

Oversigt over fysisk aktivitet

The obesity issue in Europe: status, challenges, prospects. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press) (especially chapters 5, 11 and 16, on physical activity).

Oja P, Borms J, eds. *Health enhancing physical activity.* Oxford, Meyer & Meyer Sport, 2004 (Perspectives – The Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Sciences, Vol. 6).

Dokumentation for forholdet mellem fysisk aktivitet og sundhed

At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer. London, Department of Health, 2004 (<http://tinyurl.com/332mf>, accessed 28 July 2006).

Pedersen PK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 2006, 16(Suppl. 1):3–63

The Surgeon-General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity [web site]. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 2005 (<http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity>, accessed 28 July 2006).

Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1996 (<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>, accessed 28 July 2006).

Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 2006, 174(6):801–809.

Evidens for indsatser der virker

Effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews (evidence briefing), 2nd ed. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005 (<http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=505281>, accessed 28 July 2006).

Guide to community preventive services. Physical activity [web site]. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2006 (<http://www.thecommunityguide.org/pa/default.htm>, accessed 28 July 2006).

Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. Review. *The Cochrane library*, 2006, 3 (http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003180/pdf_fs.html, accessed 28 July 2006).

Interventions related to obesity: a state of the evidence review. Ottawa, Heart and Stroke Foundation of Canada, 2005.

Strategier og tilgange

Active living research [web site]. San Diego, Active Living Research, 2006 (<http://www.activelivingresearch.org>, accessed 28 July 2006).

A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/transport/modes/20030121_1, accessed 28 July 2006).

Sallis JF, Owen N. *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, Sage Publications, 1999.

Fysisk aktivitet er et grundlæggende middel til at forbedre folks fysiske og psykiske helbred, der reducerer risikoen for mange ikke-smitsomme sygdomme og gavner samfundet ved at øge social interaktion og engagement i lokalsamfundet. Desværre lever mere end halvdelen af befolkningen i WHO's europæiske region ikke op til minimumsanbefalingerne for fysisk aktivitet, og tendensen peger mod mindre aktivitet, ikke mere.

Det er en udfordring, og man kan vælge at fremme borgernes muligheder for sundhedsforbedrende fysisk aktivitet. Dette koncept understreger vigtigheden af fysisk aktivitet som en del af hverdagslivet, ikke som en ekstra aktivitet man kan vælge til eller fra ved afslutningen af en travl dag.

Denne publikation er skrevet til europæiske sundhedsplanlæggere og ledere fra forskellige sektorer, der kan fremme fysisk aktivitet ved at inddrage sundhed, sportsgrene og fritidsforhold, transport, arbejdslivet, byplanlægning, uddannelse og massemedier. Der er fokus på fakta om sundhedsforbedrende fysisk aktivitet, og der gives eksempler på tiltag, der allerede er i gang. Der argumenteres for en fælles indsats i hele WHO's europæiske region, som sundhedssektorer og andre kan bidrage til.

Sund By Netværket er et netværk for kommuner og regioner, som politisk har besluttet at indgå i et forpligtende samarbejde for at styrke og udvikle det lokale sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.

Sund By Netværket vil være et fagligt forum for udvikling og erfaringsudveksling af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i kommuner og regioner.

Sund By Netværkets medlemmer har siden starten i 1991 formået at udvikle en række nyttige og effektive redskaber til arbejdet med at fremme borgernes sundhed, og netværket samarbejder med nationale og internationale aktører om udvikling af metoder og modeller, kurser og konferencer, evaluering og dokumentation, borgerinddragelse samt lokal implementering inden for en række temaer.

Allerød
Assens
Ballerup
Billund
Bornholm
Brønderslev
Fanø
Faxe
Fredericia
Frederiksberg
Frederikshavn
Furesø
Faaborg-Midtfyn
Gladsaxe
Greve
Guldborgsund
Haderslev
Helsingør
Herlev
Hjørring
Holbæk
Holstebro
Horsens
Kalundborg
Kolding
København
Køge
Lolland
Norddjurs
Nyborg
Næstved
Odsherred
Randers
Rebild
Ringsted
Rødovre
Silkeborg
Slagelse
Sorø
Stevns
Svendborg
Sønderborg
Tønder
Varde
Vejen
Vejle
Vesthimmerland
Viborg
Aabenraa
Aalborg
Århus
Region Nordjylland



Sund By Netværket

c/o KL-Huset
Weidekampsgade 10
2300 København S

Tlf. 33 70 35 80
E-mail: nhf@kl.dk
www.sund-by-net.dk