

# **Motionsstrategi**

## **København – En by i bevægelse**

**Motionsstrategien ”København – En by i bevægelse” er en fælleskommunal indsats, der skal gøre københavnere mere fysisk aktive.**

**Københavns Kommune 2005**

# Indholdsfortegnelse

<b>1. DEN KORTE VERSION</b> .....	<b>2</b>
<b>2. INDLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>3. MOTIONSSTRATEGI FOR KØBENHAVNS KOMMUNE</b> .....	<b>5</b>
3.1 Formål.....	5
3.2 Styregruppens kommissorium.....	6
3.3 Målgrupper og arenaer.....	7
3.4 Konkrete indsatsområder i 2006-2009.....	8
3.5 En trestrengt indsats .....	9
Grundstrategier.....	10
I de følgende afsnit nedenfor uddybes strategierne i delstrategier med konkrete eksempler og forslag til, hvordan indsatserne kan tilrettelægges, og hvilke erfaringer der hidtil er gjort. ....	12
3.5.1 Delstrategi 1: Viden.....	12
3.5.2 Delstrategi 2: Muligheder.....	13
3.5.3 Delstrategi 3: Handlinger .....	15
<b>4. LITTERATURLISTE</b> .....	<b>18</b>
<b>BILAG 1</b> .....	<b>22</b>
<b>A. BAGGRUND</b> .....	<b>22</b>
A.1 Det nationale folkesundhedsprogram .....	22
A.2 Den kommunale folkesundhedsplan.....	22
A.3 København - En by i bevægelse.....	22
<b>B. FYSISK AKTIVITET</b> .....	<b>23</b>
B.1 Definition af fysisk aktivitet.....	23
B.2 Danskernes fysiske aktivitetsniveau .....	24
B.3 Fysisk aktivitet i fritiden .....	25
B.4 Fysisk aktivitet under arbejde.....	26
B.5 Social ulighed .....	27
B.6 Konklusion - danskernes fysiske aktivitetsvaner .....	27
B.7 Anbefalinger for fysisk aktivitet fordelt på målgrupper .....	28
B.7.1 Anbefalinger for børn og unge.....	28
B.7.2 Anbefalinger for voksne .....	29
B.7.3 Anbefalinger for ældre .....	30
B.8 Konklusion: Anbefalinger til børn, unge, voksne og ældre .....	30
<b>C. STATUS FOR KØBENHAVNERES FYSISKE AKTIVITETSNIVEAU</b> .....	<b>31</b>
C.1 Børn og unge i Københavns Kommune .....	31
C.2 Voksne i Københavns Kommune .....	33
C.3 Ældre i Københavns Kommune .....	34
C.4 Konklusion - københavnernes fysiske aktivitetsniveau.....	35
<b>D. TEORETISK GRUNDLAG BAG ”KØBENHAVN - EN BY I BEVÆGELSE”</b> .....	<b>37</b>
<b>E. FYSISK AKTIVITET - METODER OG ERFARINGER</b> .....	<b>39</b>
E.1 Erfaringer fra interventioner med fysisk aktivitet .....	40
E.2 Befolkningens motiver og barrierer for fysisk aktivitet.....	42
<b>BILAG 2</b> .....	<b>44</b>
Indstilling om København - En by i bevægelse .....	44
<b>BILAG 3</b> .....	<b>51</b>
Resume af evaluering af Motionshandleplan for Kgs. Enghave og Nord-Vest .....	51

## 1. Den korte version

Motionsstrategien ”København – En by i bevægelse” beskriver, hvordan en tværsektoriel indsats for at øge fysisk aktivitet i Københavns Kommune kan gribes an.

Formålet med motionsstrategien er at sikre en langsigtet, tværsektoriel planlægning af aktiviteter, der skal gøre københavnernes mere fysisk aktive og gøre København til en by i bevægelse.

I fokus for indsatsen er særligt følgende fire målgrupper: børn, inaktive voksne, ældre og etniske minoriteter.

Der er en stærk sammenhæng mellem fysisk inaktivitet og socioøkonomiske forhold, og den skæve sociale ulighed ses tydeligere hos kvinder end hos mænd. Befolkningsgrupper med lavere fysisk aktivitetsniveau er karakteriseret ved at være bosiddende i større byer, have kortere uddannelse og lav indtægt. Der ses ligeledes en sammenhæng mellem fysisk inaktivitet og arbejdsløshed og hos børn i familier med lav indtægt eller af anden etnisk og kulturel baggrund end dansk. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002).

Den sociale ulighed i sundhed gør sig især gældende for københavnernes, hvor undersøgelser viser store forskelle i, hvor fx fysisk aktive folk er i de forskellige bydele. Der er flest inaktive i Kongens Enghave, Bispebjerg, Nørrebro og Sundby.

I de bydele hvor der bor flest etniske minoriteter er der også den dårligste sundhedstilstand. Det drejer sig fx om Ydre Nørrebro, hvor knap 1/3 har anden etnisk baggrund end dansk.

For at mindske den sociale ulighed i sundhed målrettes indsatserne på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet i Københavns Kommune især de ovenfor nævnte grupper og områder.

Oplægget er udarbejdet af motionsgruppen i Folkesundhed København og bearbejdet til nærværende udgave af en tværsektoriel styregruppe for København - En by i bevægelse, hvor kommunens syv forvaltninger er repræsenteret. Styregruppens kommissorium er beskrevet, og der er foreslået en række konkrete målgrupper og indsatser, der ved en operationalisering kan styrke København som En by i bevægelse.

Motionsstrategien, som beskrives i kapitel 3, baseres på en tre-strengt indsats, der skal medvirke til fremme udsatte målgruppers muligheder for at være fysisk aktive i København.

Strategien består af tre grundstrategier: viden, muligheder og handling. En effektiv sundhedsfremmende og forebyggende indsats på motionsområdet bygger på et samspil mellem disse tre grundstrategier og en række tilknyttede delstrategier. I forhold til ”Viden” er fx kampagner, oplysning og uddannelse delstrategier, der handler om at oplyse borgeren om vigtigheden af at være fysisk aktiv. ”Muligheder” relaterer til både de *fysiske rammer* såsom idrætfaciliteter, udendørs såvel som indendørs, samt *strukturelle rammer*, der kan handle om at udforme specifikke politikker for fysisk aktivitet på fx arbejdspladser eller politiske målsætninger, der appellerer til øget fysisk aktivitet blandt befolkningen.

”Handling”’s strategien sætter individet i centrum for indsatsen og omhandler både ydre og indre motivation for at vælge en fysisk aktiv livsstil og bygger således på en psykologisk forståelse.

En grafisk fremstilling af strategien i en model illustrerer, hvordan de tre grundstrategier – via delstrategierne - kan operationalisere forskellige indsatser på motionsområdet.

Anbefalinger for fysisk aktivitet og dokumentationen for danskernes og københavnernes aktuelle fysiske aktivitetsniveau, der danner baggrund for prioriteringen af de valgte målgrupper findes i bilag 1. Her findes desuden den teoretiske baggrund for motionsstrategien. Det konstateres, at københavnernes aktivitetsniveau fra 3 år og opefter ligger langt fra anbefalingerne.

I motionsstrategiens bilag 1 redegøres desuden for vigtigheden af at være fysisk aktiv hele livet. Det er vigtigt, at børn bevæger sig, da motion af forskellig sværhedsgrad er afgørende for en normal udvikling af motoriske færdigheder, fysisk udholdenhed, muskelstyrke samt optimal opbygning af knogletæthed. Motionsaktivitet hos børn og unge har desuden betydning for dannelse af vaner, og kan skabe forudsætning for vedholdende og livslang motionsaktivitet ([www.sst.dk](http://www.sst.dk)).

Det er ligeledes nødvendigt at unge, voksne og ældre er fysisk aktive, da fysisk aktivitet har en lang række sundhedsmæssige effekter og forebygger livsstilsbetingede sygdomme. Fysisk aktivitet fremmer desuden det generelle velvære og livskvaliteten.

Hovedårsagen til nedgang i kondition, muskelstyrke mv. med stigende alder skyldes et fald i det fysiske aktivitetsniveau. De "rene" aldersbetingede forandringer sker først i 65-70 års alderen, og er bl.a. forbundet med nedsat syn og nedsat reaktionshastighed.

I bilag 1 opridses endvidere befolkningens barrierer for at være fysisk aktiv, som er vigtige at være opmærksomme på, når det overvejes, hvordan der skal argumenteres overfor befolkningen i forbindelse med kampagner for fysisk aktivitet eller når konkrete interventioner tilrettelægges.

På baggrund af dokumentationsafsnittet i bilag 1 konkluderes det, at en lang række borgere har særligt behov for indsatser på motionsområdet, som rækker ud over de enkelte forvaltningers traditionelle arbejdsområder. Derfor anbefales det, at der arbejdes tværsektorielt med indsatserne i Københavns Kommune, således at alle syv forvaltninger inddrages i prioriteringen og koordineringen af indsatsområderne og i operationaliseringen af strategien. Formålet med at etablere en tværsektoriel styregruppe er desuden at sikre inddragelsen af den viden og erfaring, der er genereret gennem det hidtidige arbejde på motionsområdet og med byens fysiske rammer.

Der er behov for at indsatserne skal rettes mod forskellige målgrupper i befolkningen. Ligeledes bør indsatserne især tage hensyn til den foreliggende evidens omkring social ulighed i sundhed. Der er oplyst en række konkrete indsatsområder til operationalisering af motionsstrategien, som er indstillet til Sundheds- og Omsorgsudvalget, og som er sendt i høringsrunde i alle de politiske fagudvalg og i ældrerådene, se indstilling og beslutning i bilag 2.

## 2. Indledning

Indsatsen for at fremme fysisk aktivitet i Københavns Kommune skal styrkes.

Fysisk inaktivitet er en risikofaktor for udvikling af livsstilssygdomme og for tidlig død på linie med rygning. Med udgivelsen af sundhedsprofilen ”Københavnerne Sundhed 2005” stod det klart, at københavnernes motionsvaner er stagneret siden 1991, hvorfor der er gode grunde til at styrke og forny indsatserne for at gøre København til en by i bevægelse.

I løbet af de sidste 20 år er danskerne - i takt med den øgede teknologisering og effektivisering af vores samfund - gradvist blevet mere inaktive og overvægtige. Ca. en tredjedel af den danske befolkning er så fysisk inaktiv, at det indebærer en sundhedsrisiko og fysisk inaktive har dobbelt så stor risiko for tidlig død som fysisk aktive (SUSY, 2000).

De aktive er blevet mere aktive, mens der totalt set er blevet flere stillesiddende timer i danskernes liv, og udbredelsen af stillesiddende arbejde spiller en central rolle for denne udvikling. Der er store grupper i samfundet, hvor der ikke kompenseres for det stillesiddende arbejde ved øget aktivitet i fritiden.

Det er bredt anerkendt, at fysisk aktivitet har en meget stor betydning for folkesundheden. Fysisk aktivitet fremmer og bevarer et sundt helbred og forebygger sygdomme som fx hjerte-kar sygdomme, type 2 diabetes, osteoporose og visse kræftformer.

Denne motionsstrategi har et sundhedspolitisk, forbyggende og sundhedsfremmende sigte, hvor det primære formål er den sundhedsgavnige effekt for borgerne i Københavns Kommune. Imidlertid er det vigtigt at understrege, at enhver indsats med fysisk aktivitet skal iværksættes med udgangspunkt i, at målgruppen finder aktiviteten, om det nu er dagligdags gøremål, motions- eller idrætsaktiviteter, givende og vedkommende. Idræts- og bevægelsesaktiviteter er ikke kun sunde, men har også en værdi i sig selv. Det er lysten til at være aktiv, der er omdrejningspunktet og som motiverer og fastholder den enkelte. Aktiviteterne skal være sjove, spændende og tilpas udfordrende, så udøveren/målgruppen finder det værdifuldt at fortsætte - ikke kun fordi det er sundt, men fordi det er dejligt at bevæge sig.

Strategien bygger på viden om, hvordan man bedst muligt kan påvirke målgruppens adfærd, ved at skabe en synergi mellem indsatser, der fokuserer på viden, fysiske rammer og strukturer, og som giver den enkelte mulighed for at tage handling og træffe det sunde valg – i denne sammenhæng: at bevæge sig.

I gennem de senere år er der blevet stadig større fokus på betydningen af fysisk aktivitet for befolkningens generelle sundhedstilstand og velvære. Der er derfor politisk opbakning til fortsat at styrke den kommunale indsats for at fremme københavnernes fysiske aktivitetsniveau.

Af Københavns Kommunes Budgetforlig 2005 fremgår det at:

”Parterne er enige om, at der bredt i alle forvaltningers aktiviteter skal indtænkes motion som et forebyggende element. Sundhedsforvaltningen skal sikre den nødvendige koordinering og erfaringsudveksling. Evaluering af indsatsen skal ske sammen med status for det øvrige arbejde med forebyggelse og folkesundhed.”

De administrerende direktører i Københavns Kommune besluttede på den baggrund at nedsætte en

tværsektoriel styregruppe for København – En by i bevægelse, hvor der er repræsentation fra samtlige syv forvaltninger. Denne styregruppe blev etableret i april 2005. Sundhedsforvaltningen er formand for styregruppen og har udarbejdet et oplæg til en motionsstrategi, som siden er bearbejdet af styregruppen til nærværende motionsstrategi.

Arbejdet med at fremme fysisk aktivitet er tværsektorielt idet interventioner, der oplyser og motiverer udvalgte målgrupper til fysisk aktivitet, går hånd i hånd med at de fysiske rammer skal være til stede, og at der i hverdagens struktur er skabt muligheder for at være fysisk aktiv. Tilgængeligheden i nærmiljøet og i hverdagen for fysisk aktivitet er med andre ord en vigtig forudsætning for, at det gøres så let for borgeren som muligt, at vælge en fysisk aktiv livsstil.

Den fremtidige indsats på motionsområdet bygger videre på det arbejde og de politiske prioriteringer, der er foregået i de forskellige forvaltninger gennem mange år. I november 2000 blev der udarbejdet en strategisk fem-årig ramme for folkesundhedsarbejdet i Københavns Kommune. Folkesundhedsplanen blev til i et tværsektorielt samarbejde mellem forvaltningerne, og Sund By Styregruppen fungerede som styregruppe for Folkesundhedsplanen. Folkesundhedsplanen er blevet benyttet som baggrundsdokumentation for de konkrete handlingsplaner, der senere blev politisk vedtaget. For motionsområdet resulterede dette i udarbejdelsen af Handleplan for motion – Motionssatsning i Kgs. Enghave og Nord-Vest, 2002-2005. De erfaringer der er opnået gennem handleplanen, og som er blevet evalueret, vil komme til anvendelse i forhold til fremtidige indsatser. Se bilag 3.

Arbejdet med fysisk aktivitet i et sundhedsperspektiv har tre fokusområder:

- Sundhedsfremmende og sygdomsforebyggelse gennem en tidlig indsats
- Aktivering af inaktive
- Vedligeholdende træning

På den baggrund er særligt fire målgrupper i fokus: børn, inaktive voksne, ældre og etniske minoriteter.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn er aktive mindst en time om dagen og at voksne er aktive mindst ½ time.

Intensiteten skal minimum være på moderat niveau, hvilket svarer til at man kan mærke at pulsen stiger og man bliver let forpustet, men man kan stadig føre en samtale.

Dertil giver det en største sundhedsgavnlig effekt, hvis man også sørger for at træne mere målrettet ved højere intensitet, og hvor de store muskelgrupper belastes kraftigt et par gange om ugen.

### **3. Motionsstrategi for Københavns Kommune**

#### **3.1 Formål**

**Formålet med motionsstrategien er:**

**At sikre en langsigtet og tværsektoriel planlægning af aktiviteter, der skal gøre københavnere mere fysisk aktive og gøre København til en by i bevægelse.**

Herunder er det formålet at:

Iværksætte projekter overfor de målgrupper, der er mest fysisk inaktive, og i de geografiske områder, hvor der er størst social ulighed i sundhed.

At indsætterne planlægges under hensyntagen til, at flest mulige borgere får gavn af tilbuddene, og at indsætterne bygger videre på det arbejde, der ligger forud for denne strategi jf.

Folkesundhedsplanen 2000 og Motionshandleplanen for Kgs. Enghave og Nord-Vest 2002-2005.

Formålet med en tværsektoriel indsats er at koordinere indsætterne, så der opnås en synergi-effekt, hvor de forskellige tiltag supplerer hinanden og styrker allerede igangsatte initiativer og politisk vedtagne prioriteringer

Samtidig kan det tværsektorielle samarbejde medvirke til, at den viden og de erfaringer, der er indsamlet i de forskellige forvaltninger gennem de senere år, bliver anvendt og koordineret bedst muligt ved fremtidige indsætter.

### **3.2 Styregruppens kommissorium**

Styregruppen er sammensat af repræsentanter for kommunens syv forvaltninger, og Sundhedsforvaltningen har formandskabet for gruppen.

#### **Styregruppens rolle er, at:**

- Diskutere og bearbejde motionsstrategien til "København – En by i bevægelse" og supplere med relevante oplysninger fra egne forvaltninger.
- At prioritere og operationalisere indsætter som skitseret i indstillingen til SOU den 25. august 2005, se bilag 2, under hensyntagen til de indkomne høringssvar fra de politiske fagudvalg og ældrerådene.
- At prioritere og allokere de 4 millioner kr. årligt til København – En by i bevægelse, der er vedtaget i budgetforliget for 2006, til de forvaltninger der får projektejerskabet for de forskellige indsætter.
- Sikre tilstrækkelige ressourcer, herunder at medvirke til at søge midler eksternt.
- Søge midler i egen forvaltning til at understøtte implementering af motionsstrategien.
- At opstille en tidsplan for udrulning af indsætter i perioden 2006-2009.
- At nedsætte projektgrupper med forankring og projektejerskab i relevante forvaltninger. Styregruppens medlemmer forventes at indgå i projektgrupper, der forankres i egen forvaltning, eller at følge projektgruppens/gruppernes arbejde nærmere.
- At levere de overordnede beslutninger i projektporteføljen. Det vil sige at:
  - Godkende projektbeskrivelser, målsætninger, budgetter og efterspørge delresultater (milepæle) og sikre en tilstrækkelig fremdrift i projekterne. (Folkesundhed Københavns projektbeskrivelse anvendes i alle projekter.)
  - Sikre at projekterne er organiserede med relevante styre- og referencegrupper, herunder sikre at relevante aktører (borgere, professionelle faggrupper tæt på målgruppen), samarbejdspartnere og interesseorganisationer inddrages eller høres i forbindelse med konkrete indsætter.
- Give projekterne synlig opbakning overfor interne og eksterne interessenter.
- Konflikt håndtering, hvis projekternes interesser kommer på tværs af andre interesser i kommunen.
- Sikre sammenhæng til andre udviklingsprojekter i kommunen.
- Sikre evalueringen af de iværksatte projekter, herunder sikre en midtvejsevaluering ultimo 2007 og en samlet evaluering af indsætten vedr. En by i bevægelse ved udgangen af 2009.

Evalueringen bør tage højde for:

- evaluering af indsatsernes gennemførelse og resultater
  - evaluering i forhold til formålet om tværsektoriel planlægning/organisering
  - på længere sigt en evaluering i forhold til adfærdsændringer i befolkningen
- Udarbejde en ny indstilling til indsatser i en kommende 4-årig periode på baggrund af evalueringen.

### **Sundhedsforvaltningens rolle som formand for styregruppen er, at:**

- Levere oplæg til en fælleskommunal motionsstrategi for København –En by i bevægelse.
- Indkalde til styregruppens møder og forestå mødeledelse, dagsorden, referater mm.
- Udarbejde indstillinger til det politiske niveau på vegne af styregruppen.
- Levere input til styregruppen vedr. social ulighed i sundhed.
- Bistå med sundhedsfaglig kompetence i projekter, der forankres i andre forvaltninger.

### **3.3 Målgrupper og arenaer**

For at gøre København til ” En by i bevægelse” rettes indsatserne særligt mod følgende målgrupper og arenaer:

#### **Børn**

- *Småbørn:* En god motorisk udvikling i barndommen, der styrker barnets fysiske og kognitive udvikling, koncentrations- og indlæringssevne, selvværd og kropslige kompetencer, er en vigtig forudsætning for, at man også i skolen og senere i livet vælger at være fysisk aktiv. En indsats overfor *småbørn i dagtilbud* bør derfor prioriteres.
- *Skolebørn(6-9-årige og ældste klassetrin):* I overgangen fra dagtilbud til skolen ses et tydeligt fald i aktivitetsniveauet. Der skal derfor gøres en indsats overfor de 6-9 årige, så der i *indskolingen og i skolefritidsordninger* er fokus på at stimulere børnene til fortsat fysisk aktivitet. I skolens ældste klassetrin ses et frafald i deltagelsen i idrætstimerne samt i den organiserede idrætsdeltagelse i fritiden. Derfor bør der også fokuseres på indsatser rettet mod de ældre klassetrin. Der kan fokuseres på en styrkelse af idrætstimerne, men også på fysisk aktivitet i den øvrige undervisning.
- *Unge:* Unge på *tekniske skoler, produktionsskoler og SOSU-skolen* tilhører en vigtig målgruppe. Her er ikke nogen idrætsundervisning, i modsætning til gymnasierne, og der bør gøres en indsats for at øge de unges muligheder for fysisk aktivitet i uddannelsesforløbet, samt for at øge deres kendskab til mulighederne i nærmiljøet for at være fysisk aktiv i det organiserede eller selvorganiserede idrætsliv.
- *Forældre:* Der skal gøres en særlig indsats for, at forældrene støtter børnene i at være fysisk aktive. Forældre, der har småbørn og/eller børn i indskolingen, kan opfordres til at benytte aktive transportformer evt. i kombination med kollektiv trafik frem for at køre børnene til dagtilbud eller skolen. Forældre med børn i de ældre klasser skal oplyses om vigtigheden i at støtte børnene i deres aktive deltagelse i idrætstimerne og i at de transporterer sig selv aktivt til skole.



## **Inaktive voksne**

- Indsatserne skal særligt prioriteres på *arbejdspladser* med mange lavere funktionærer, faglærte og ufaglærte.
- Desuden skal indsatserne rettes mod borgere *udenfor arbejdsmarkedet* fx via *boligsociale områder, arbejdsformidlingen, daghøjskoler og Revacentret*.

## **Ældre**

- Med stigende alder ses et faldende aktivitetsniveau med en nedsat funktionsevne til følge. For at vedligeholde funktionsniveauet hos ældre skal der fortsat ske en styrket indsats for at træne de ældre, og de nuværende indsatser kan yderligere differentieres i form af indhold og intensitet i træningen. Arenaerne for indsatserne er i nærmiljøet i form af stavgang og nærgymnastik i *boligområdet og i ældreboligkomplekser*, tilbud på *plejehjem* og mere intensive træningstilbud i *træningscentre*.

## **Etniske minoriteter**

Fysisk inaktive borgere af anden etnisk herkomst end dansk skal have særlig prioritet, da der er tydelig forskel på deres motionsvaner, sammenlignet med etniske danskere. Dette gælder især hos voksne og ældre, men også hos børn ses en forskel.

## **Social ulighed**

For at indsatserne vedrørende København –En by i bevægelse kan medvirke til at reducere den sociale ulighed i sundhed, kan de geografiske områder der prioriteres tage højde for dette parameter. Det kan blandt andet ske ved at placere indsatser i områder med mange sociale boligbyggerier, i områder hvor der er høj koncentration af etniske minoriteter, og i områder hvor der er Kvarterløft og Områdefornyelser.

### **3.4 Konkrete indsatsområder i 2006-2009**

Følgende konkrete indsatser prioriteres og operationaliseres for at gøre København til en by i bevægelse i perioden 2006-2009:

#### **Viden:**

- Kampagner for aktiv transport (Hjælp dig og dine børn til en bedre sundhed og en renere luft i byen, lad bilen stå og tag cyklen eller bussen; tag cyklen med toget den ene vej; stå af bussen et stop før; skiltning med opfordring om at tage trappen; information om grønne cykelruter; information om gratis styrketræning i træningspavillonen etc.).
- Efteruddannelse og kurser for pædagoger i dagtilbud og skolefritidsordninger; og af lærere på skoler og relevante uddannelsesstilbud.
- Støtte/krav til skoler om at idrætsundervisningen varetages af lærere med idræt på liniefag.
- Udvikling af inspirationskurser til lærere, der gør det let at integrere fysisk aktivitet i flere fag.
- Oplysning til børn, forældre, inaktive og ældre om vigtigheden af fysisk aktivitet.

## **Muligheder:**

### *Fysiske rammer*

- Etablering af motionsruter igennem København (Byens Grønne Puls).
- Etablering af styrketræningspavilloner i parker og egnede områder i nærmiljøet.
- Idrætscontainere opstilles i egnede områder, hvor (især foreningsløse) børn og unge færdes.
- Lysløjper til udendørs løb, traveture og stavgang i parker, grusning og snerydning i vinterhalvåret.
- Udvikling af udendørs skoleundervisning i nærliggende grønne områder (udeskoler).
- Etablering af rekvisit-depoter (grejbanker) til udendørs undervisning (udeskoler) og andre aktiviteter i byens grønne områder.
- Fortsat forbedring af stisystemer til cykling og rulleskøjteløb.
- Belægningen på kommunens træningscentre kortlægges og der etableres styrketræning for flere målgrupper i ledige tidsrum.

### *Strukturelle rammer:*

- Støtte skoler i at få flere idrætstimer og idræt på flere uddannelsesinstitutioner (tekniske skoler, produktionsskoler, SOSU-skolen).
- Støtte til indførelse af motionspolitikker på arbejdspladser med særlige behov.

## **Handling:**

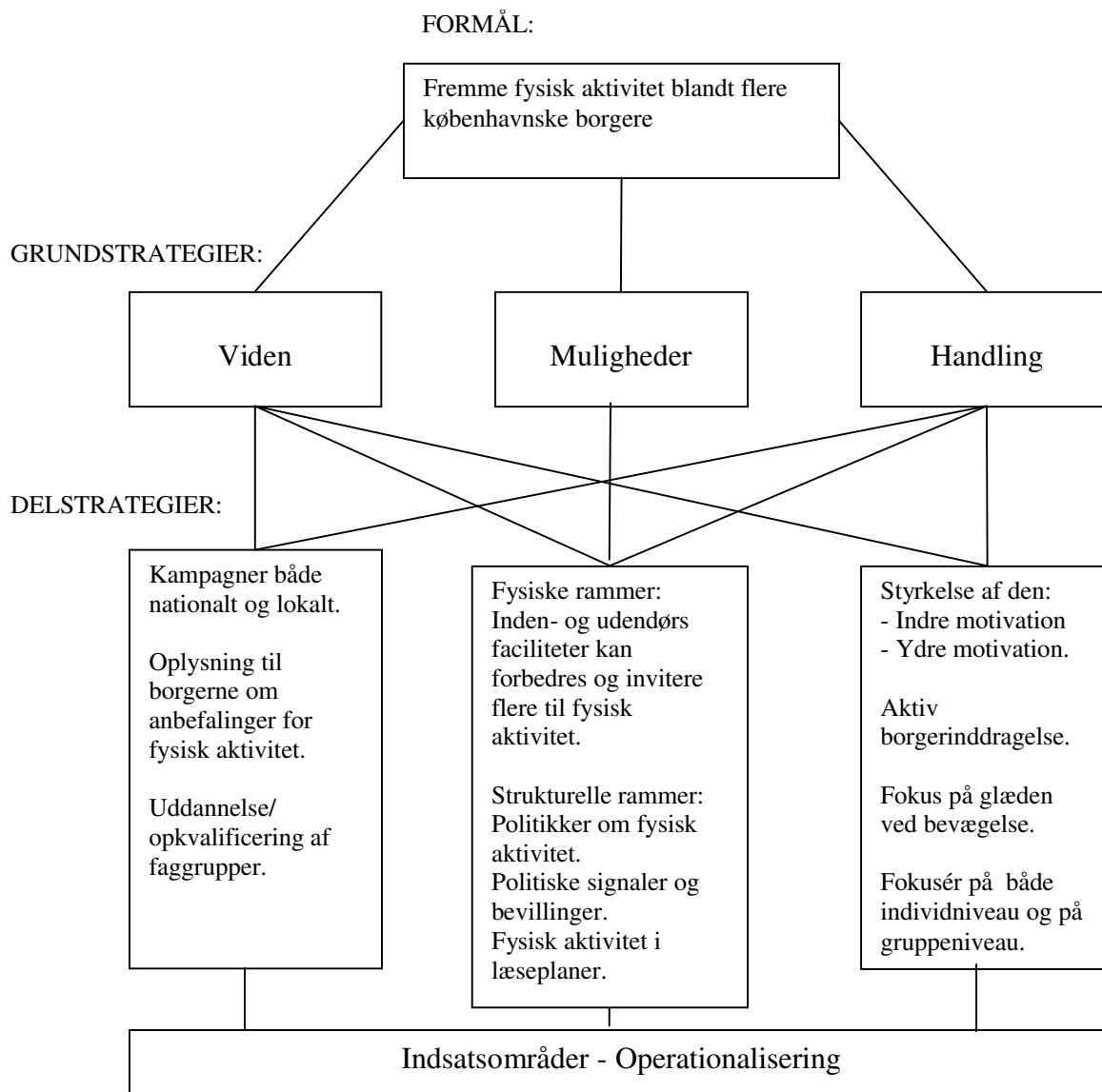
- Motionsvejledning med motiverende samtaler og visitering til velegnede motionstilbud.
- Børn, forældre, inaktive voksne, arbejdsledige og ældre trænes i at benytte byens faciliteter i netværk blandt ligesindede. Motionsstien (Byens Grønne Puls), lysløjper og træningspavilloner, rekvisitdepoter (grejbanker) mm. skal introduceres for målgruppen.

## **3.5 En trestrengt indsats**

Indsatsen for at fremme fysisk aktivitet blandt københavnske borgere bygger på tre grundstrategier, der tager afsæt i vores viden om adfærdsændringer, jf. bilag 1:

- Viden
- Muligheder
- Handlinger

En effektiv sundhedsfremmende og forebyggende indsats på motionsområdet bygger på et samspil mellem disse tre grundstrategier, som det fremgår af nedenstående model.



## Grundstrategier

### Viden

Borgerne skal være oplyste om vigtigheden af at være fysisk aktiv, og hvordan fysisk aktivitet fremmer et godt helbred og det generelle velvære. Et grundlæggende fundament for at skabe motivation for at ændre adfærd er, at man ved, hvorfor det er gavnligt.

Oplysningsindsatser kan effektivt rettes mod de relevante målgrupper ved at uddanne de professionelle faggrupper, der dagligt er i kontakt med målgruppen. Indsatser kan også iværksættes i den arena, hvor målgruppen færdes, det kan være på arbejdspladsen, i boligområder eller på uddannelsesinstitutioner og pasningsinstitutioner.

Nationale informationsindsatser som fx Sundhedsstyrelsens kampagner om fysisk aktivitet, der skal udbrede kendskabet til anbefalingerne om de 30 minutters daglige aktivitet for voksne og ældre og 60 minutters daglig aktivitet for børn, kan bakkes op via lokale informations- og uddannelsesindsatser i kommunen og via muligheder for at tage handling.

## **Muligheder**

*De fysiske rammer* i byen kan udformes, så de inspirerer borgerne til fysisk aktivitet og giver flere borgere muligheder for at være aktive. De indendørs faciliteter kan blive opgraderet og vedligeholdt, og flere målgrupper kan få adgang til disse. Byens udendørs rum kan indrettes, så det giver flere muligheder for at være fysisk aktiv, og de muligheder, der allerede eksisterer for fysisk aktivitet udendørs kan bruges af flere. Den fysiske aktive livsstil bør være mere synlig, og medvirke til at normer og holdninger til kropslig udfoldelse flytter sig i en positiv retning. Fysisk aktivitet er ikke kun forbeholdt de allerede slanke og veltrænede. Også uerfarne, nybegyndere og overvægtige skal føle sig trygge ved at være aktive i byens rum.

### *Strukturelle rammer*

De strukturelle rammer understøtter individets muligheder for at vælge den aktive livsstil. Der kan vedtages motions- og bevægelsespolitikker på arbejdspladser, dagtilbud, skoler- og uddannelsessteder. Politisk kan der arbejdes for at indføre fysisk aktivitet i læseplanerne på flere uddannelser.

Det kan gøres lettere at vælge cyklen som transportmiddel frem for tog eller bil, eller som supplement til den kollektive trafik. Fx ved at tilbyde ”cykelløn” eller indføre bompenge for at tage bilen ind i byen. Endelig kan der i politiske bevillinger tilføres ressourcer og sendes signaler om, at fysisk aktivitet skal opprioriteres.

## **Handlinger**

Den indre og ydre motivation for at vælge en fysisk aktiv livsstil kan stimuleres og styrkes.

Her er individet i centrum for indsatsen, enten som enkeltperson eller som en gruppe i den arena, hvor indsatsen foregår.

### *Indre motivation*

Viljen og troen på, at man selv kan handle (selfefficacy), skal styrkes ved at træne færdighederne i at være aktiv i trygge omgivelser med ligesindede. Tilstrækkelig motorisk stimuli af mindre børn, styrker deres kropslige og kognitive kompetencer og kan medvirke til, at de ikke afholder sig fra at deltage i de fysiske lege i skolegården, eller fra idrætsforeningen senere i livet. Den indre motivation er en forudsætning for at foretage en adfærdsændring og vælge et aktivt frem for et inaktivt liv. Der skal derfor sættes ind, så man støtter op om den indre motivation, fx ved individuel- eller gruppevejledning eller etablering af netværk med ligesindede, som kan være en støtte for hinanden i processen og i en fastholdelse.

### *Ydre motivation*

Ved at have positive rollemodeller i nærmiljøet og blandt familie og venner, kan man støtte og inspirere individet i en adfærdsændring. Indsatser skal derfor tage højde for, om det er muligt at involvere disse i processen.

Hvis der etableres nye faciliteter, fx lysløjper eller træningspavilloner i nærmiljøet, skal inaktive og professionelle faggrupper tæt på målgruppen tilbydes kurser i at benytte faciliteterne, så det ikke blot bliver de i forvejen fysisk aktive, der bruger faciliteterne. Der kan desuden udvikles flere idræts- og motionstilbud tilpasset alle alders- og målgrupper.

Brugerinddragelse bør ske på relevante niveauer og i forskellige faser af indsatserne.

I de følgende afsnit nedenfor uddybes strategierne i delstrategier med konkrete eksempler og forslag til, hvordan indsatserne kan tilrettelægges, og hvilke erfaringer der hidtil er gjort..

### 3.5.1 Delstrategi 1: Viden

#### **Information og formidling**

Københavns Kommune har i overensstemmelse med Regeringens Folkesundhedsprogram til opgave at sikre et højt informationsniveau til borgere i København om fysisk aktivitets betydning for sundheden. Dette kan finde sted på flere måder. Dels via massemedier og kampagner af forskellig karakter, pjecer og andre trykte materialer og dels via kommunikation mellem aktører i sundhedsvæsenet, andre mulige samarbejdspartnere (fx idrætsorganisationer, patientforeninger og freelance-konsulenter) samt mellem de kommunale forvaltninger.

Erfaringerne viser, at kampagner bør suppleres eller måske direkte erstattes med andre indsatser, som fx direkte påvirkning af adfærden, øget tilgængelighed og strukturelle forandringer (Matthiessen et al. 2003). Karakteren af kampagnen er afgørende for effekten. I en litteraturgennemgang af ti studier vedrørende brede kampagneindsatser i lokalsamfundet med henblik på at øge den fysiske aktivitet, konkluderes det, at der er stærk evidens for, at denne type kampagner effektivt øger det fysiske aktivitetsniveau hos lokalbefolkningen (Kahn et al. 2002). Kampagner kan være med til at sætte vigtigheden af fysisk aktivitet på dagsordenen og i kombination med konkrete indsatser i et afgrænset område, kan der opnås resultater.

#### **Geografisk og målgruppeorienteret**

Vidensformidling tilstræbes at foregå i tilknytning til konkrete indsatser i særligt udvalgte geografiske områder og at være målgruppeorienteret.

Eksempler herpå er, at foldere om fysisk aktivitet målrettes og distribueres til udvalgte målgrupper og opfølges af tilbud om relevante aktiviteter.

#### **Synlighed og tilgængelighed**

Fysisk aktivitet skal være mere synligt i bybilledet, og også tilbuddene i de indendørs faciliteter bør være mere tilgængelige for *alle* borgere. Informationer om relevante tilbud bør være tilgængelige. Skiltning med opfordringer til at tage trappen, cyklen eller instruktionstavler til aktiviteter i parker kan opsættes relevante steder.

#### **Uddannelse/opkvalificering af faggrupper**

For at sikre at borgere i Københavns Kommune møder kvalificerede og inspirerende undervisere i idrætsmiljøer, skoler, institutioner, uddannelsesinstitutioner osv. skal Københavns Kommune bidrage til uddannelse og opkvalificering af faggrupper, der kan bidrage til at fremme fysisk aktivitet blandt borgerne. Målsætningen er at faggrupperne bliver motiveret til at implementere denne viden og aktiviteter i det daglige arbejde. På denne måde opnås spredningseffekten og viden formidles direkte til borgeren.

Der kan indgås partnerskaber med idrætsudbydere om at målrette tilbudene til de fysisk inaktive blandt andet ved at uddanne instruktører til at varetage andre målgrupper end tidligere.

Rammer og tilbud for fysisk aktivitet bør også tage højde for forskellige kulturelle og religiøse forhold samt sprogbarrierer. Samarbejde med praktiserende læger og socialrådgivere samt uddannelse af etniske sundhedsformidlere kan bidrage til, at flere voksne københavnere får en aktiv hverdag.

### 3.5.2 Delstrategi 2: Muligheder

Mange mennesker ønsker i stigende grad at deltage i selvorganiserede motionsaktiviteter, som lettere kan passes ind i en travl hverdag. En af barriererne for at være fysisk aktiv er manglende overskud (Cavill, 2004; DSI, 2004; Rambøll, 2003; Sundhedsprofilen, 2005;) Det er derfor vigtigt at skabe rammer, der kan opfylde disse krav, gøre adgangen til fysisk aktiviteter let tilgængelig i nærmiljøet og skabe lyst til fysisk aktivitet.

#### **Fysiske rammer i København**

I Københavns Kommune er der i disse år stor politisk bevågenhed omkring Københavns idrætsfaciliteter. For at flere københavnere kan blive fysisk aktive end tilfældet er i dag, er det nødvendigt at se nærmere på, om de fysiske rammer i kommunen befordrer eller udgør en barriere herfor.

Et øget aktivitetsniveau og inddragelse af flere målgrupper vil medføre yderligere pres på de københavnske faciliteter, der i forvejen har en høj belægningsprocent. Det er nødvendigt, at der sker en fortsat udvikling af udendørs faciliteter i byens rum (Idrætspolitisk redegørelse 2004).

#### **Idrætsanlæg skal vedligeholdes**

I Idrætspolitisk Redegørelse 2004 fremgår det, at den overordnede idrætspolitiske målsætning på facilitetsområdet er, at alle borgere skal have mulighed for at dyrke idræt.

Københavns Kommune støtter idrætsdeltagerne ved at stille faciliteter til rådighed for de københavnske borgere. Idrætsudøvere og motionister, der er medlemmer af en forening, har mulighed for at anvende de københavnske idrætsfaciliteter gratis. Reglerne omkring udlån fremgår af Folkeoplysningsloven. Princippet er, at foreningerne får stillet faciliteter til rådighed, og at børn og unge under 19 år har første prioritet på KI's<sup>1</sup> anlæg i træningstimerne i 'primetime' kl. 17-20. Herefter fordeles resttimerne til de andre brugere. Vedligeholdelsessituationen på de københavnske anlæg er meget dårlig og der er et stort vedligeholdelses-efterslæb. I juni 2003 blev der indgået aftale med Københavns Rådhus om at afsætte 22 mio. kr. til forbedring af idrættens faciliteter i Københavns Kommune. Pengene blev målrettet Valby Idrætspark, Sundby Idrætspark, Bavnehøj idrætsanlæg samt Østerbro stadion.

#### **Bevægelse i byens rum**

Flere internationale undersøgelser og evalueringer peger i retning af, at målgruppen af fysisk inaktive og borgere, der er uvante med at deltage i organiserede idrætsformer, er mere tiltrukket af at dyrke motion på eget initiativ eller i udendørs omgivelser i såkaldte "homebased activities" eller "green gyms" (Cavill, 2004, DSI 2004), frem for at benytte de etablerede idrætstilbud. Kombinationen af færre og dårligere faciliteter til idrætsaktiviteter til københavnere end i resten af landet, samt at flere voksne københavnere end i det øvrige land dyrker selvorganiseret idræt understreger vigtigheden af, at "København - En by i bevægelse" i høj grad er fokuseret på en større udnyttelse af udendørs områder til fysisk aktivitet.

Måder at realisere dette er fx ved at udnytte forsømte, oversete restarealer, såsom alternative gangstier, genveje og græsarealer, hvor der kan opstilles forhindringsbaner, idrætscontainere og

---

<sup>1</sup> Den 1. juli 2005 blev den selvejende institution Københavns Idrætsanlæg (KI) overdraget til Københavns Kommune, og den politiske ledelse af KI overdraget fra KI's bestyrelse til Kultur- og Fritidsudvalget

træningspavilloner til styrketræning. Der kan anlægges oplyste og afmærkede gang- /løberuter med fartmålere og instruktionstavler, grønne områder med plads til leg og bevægelse, aktivitets- og legepladser mm. i tilknytning til anlæggene, byens parker, torve og pladser, cykelstier, bedre asfalt til rulleskøjtere og skatere og sikre skoleveje.

Idrætspolitisk Redegørelse 2004 anbefaler, at der arbejdes målrettet på at skabe en fælles platform for det videre arbejde med at udvikle idrætstilbud til de ikke-aktive borgere.

Det er derfor nødvendigt, at det tværfaglige samarbejde mellem forvaltningerne indbyrdes og mellem forvaltningerne og idrætsforeningerne samt patientforeninger styrkes. Projekter skal koordineres og kvalificeres på tværs, så der kan skabes samarbejdsrelationer og forpligtende partnerskabskontrakter omkring udvikling og implementering af projekter.

### **Strukturelle rammer**

Københavns Kommune kan fortsat styrke arbejdet med at vedtage politikker til fremme af fysisk aktivitet i dagtilbud, i skolefritidsordninger og i klubber. Der er allerede iværksat indsatser på området, og kommunen kan fortsat støtte arbejdet og implementeringen af politikkerne. Også i skoler og på arbejdspladser, på ungdoms- og de videregående uddannelsesinstitutioner kan der med fordel lægges et politisk pres for flere og bedre idrætstimer skolen, eller mere fysisk aktivitet i den øvrige undervisning og i frikvartererne. Der kan tilbydes mere undervisning om sundhed og fysisk aktivitet på flere uddannelser (produktionsskoler, sosu-uddannelser, tekniske skoler mm),

Der er stadig behov for at sætte fokus på vigtigheden af, at arbejdspladsen tager et medansvar for medarbejdernes sundhed. Københavns Kommune kan støtte arbejdspladser, der ønsker at tilbyde motionsaktiviteter og udforme motionspolitikker på arbejdspladsen.

Netop arbejdspladsen er en naturlig ramme for at fremme befolkningens generelle sundhed. På arbejdspladsen er mange mennesker samlet, og det giver mulighed for at koble en sundhedsfremmende indsats med arbejdspladsens sociale netværk. Vi tilbringer meget tid på arbejdspladsen, og her bliver vores normer og adfærd i høj grad påvirket. Erfaringer viser, at hvis vi ønsker at ændre adfærd, er det nemmere for de fleste, hvis det gøres sammen med andre. Vi ved også, at sundhedsfremme på arbejdspladsen kan være med til at reducere ulighed i sundhed, hvis tilbuddene målrettes ufaglærte og faglærte. Ligesom arbejdspladsen også har mulighed for at støtte medarbejderes mulighed for aktiv transport til/fra arbejde og mulighed for motion i eller umiddelbart efter arbejdstid. Aktiviteter som ”Vi cykler til arbejde”, DHL-stafet og ”Tøserunden” er alle eksempler på, at arbejdspladsen kan gå ind og støtte op om den enkelte medarbejders sundhed.

Ofte angives manglede tid eller overskud som årsag til, at man ikke kan leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om mindst 30 minutters fysisk aktivitet daglig. Det gælder derfor om, også uden for arbejdstiden, at stimulere til mere bevægelse indlagt i de daglige rutiner. Det handler om at skabe gode rammer for at tage cyklen frem for bilen, når der skal hentes børn, handles ind osv., ligesom det er vigtigt at sætte fokus på at tage trappen, stå af et stoppested før eller tage cyklen i S-toget og cykle nogen af vejen.

Odense Kommune har haft stor succes med projektet ”Odense – Danmarks Nationale Cykelby”, hvor der blev igangsat aktiviteter på følgende områder: Cyklisters fremkommelighed, bedre og mere sikker cykelparkering, imageplejende aktiviteter, aktionsprægede aktiviteter rettet mod børn og voksne, fokus på driftskvalitet og fokus på cyklisters trafikale adfærd.

Evalueringen viser bl.a., at halvdelen af de nye ture foretages af tidligere bilister, der frivilligt har droppet bilen til fordel for cyklen. På trods af at cykeltrafikken er steget med 20 % (svarende til 25.000 ekstra cykelture pr. dag), er det samtidig lykkedes Odense Kommune at reducere antallet af

cyklistulykker med 20 %. Rationalet i den forbindelse er, at flere cyklister på gaderne gør cyklisterne mere synlige for bilisterne.

Odense Kommune har i evalueringen også beregnet den sundhedsmæssige gevinst af projektet. Der er således påvist konkrete besparelser 33 mio. kr. på sundhedsområdet, hvilket betyder, at besparelserne på sundhedsområdet alene langt overstiger investeringen på 20 mio. (Troelsen m.fl., 2004).

Københavns Kommune har siden 1995 ført cykelregnskab, og i denne periode er cykeltrafikken steget med 41 %, mens biltrafikken kun er steget med 18 %. I 2003 cyklede 36 % af københavnere til arbejdet og 5 % gik. Der ses altså en positiv udvikling i København, men der altså stadig et stort potentiale for at fremme, at flere københavnere er aktive under transporten. (Cykelregnskab, 2004)

### 3.5.3 Delstrategi 3: Handlinger

#### **Styrkelse af den indre motivation**

I et af Folkesundhed Københavns nuværende sundhedsfremme projekter, der foregår på tekniske skoler benyttes ”Du bestemmer- metoden”.

”Du bestemmer”-metoden er udviklet for den enkelte elev med det formål at styrke elevernes selvværd, livskvalitet og handlekompetence. Evalueringen viser, at skolerne er positive i forhold til ”Du bestemmer”. Eleverne oplever det som en fordel, at sundhedsvejlederen kommer udefra (Henriksen & Malmgren, 2004).

Man kan se, at der er et behov, og lærerne er interesseret i metoden bag ”Du bestemmer”. Eleverne vælger selv, om de vil deltage, hvilket betyder, at det ikke nødvendigvis er de elever med størst behov, der har deltaget. Imidlertid er det de elever, der befinder sig på et stadie i Stages of Changes, hvor de er motiverede til at handle. Sundhedsvejlederen fungerer her som den støtte til at realisere den unges ønske om adfærdsændring. ”Du bestemmer – metoden” benyttes både i gruppesammenhænge og via individuelle samtaler.

I ”Motion og kost på recept” benyttes ”Den motiverende samtale” som et redskab i forhold til at afdække motivationen for en livsstilsændring, og til at hjælpe deltagerne til at opstille realistiske delmål for kost- og motionsændringer.

*Personlig sundhedsprofil:* Folkesundhed København tilbyder medarbejdere på københavnske arbejdspladser mulighed for en personlig samtale om egen sundhed og trivsel. Alt efter medarbejderens behov er der under samtalen mulighed for at tale om, hvordan man selv kan arbejde med sin sundhed og trivsel – herunder sin motivation, og hvad der evt. kan ændres på arbejdspladsen. Der udarbejdes en handleplan for de ændringer, den enkelte ønsker at gennemføre, og for, hvad man som medarbejder ønsker, at arbejdspladsen skal gøre.

Samtalen følges efter 3-6 måneder op med en ny samtale af ca. 1 times varighed. Her tales om, hvordan det er gået siden sidste samtale, har den enkelte medarbejder og arbejdspladsen oplevet ændringer, og hvordan er motivationen til at vedligeholde evt. ændringer i livsstilen.

Erfaringerne fra disse metoder til at styrke og fastholde den indre motivation kan inddrages i indsatserne for at gøre borgerne i København mere fysisk aktive.

#### **Styrkelse af den ydre motivation**

Kammerater og familie er vigtige rollemodeller til motivation for at komme i gang med fysisk aktivitet. Det er velkendt, at de gode aktivitetsvaner grundlægges i barne- og ungdomsårene og i høj grad er bestemmende for vores aktivitetsniveau resten af livet. Det er derfor vigtigt at man tidligt får gode oplevelser med bevægelse.



Folkesundhed København bidrager til dette ved at videreuddanne pædagogerne i to bydele via et pilotkursus i teoretisk og praktisk viden om de nyeste metoder indenfor bl.a. fysisk aktivitet og småbørn. Dette arbejde kan styrkes og udbygges.

Udvikling af partnerskabstankegangen har medført, at flere af Københavns Kommunes forvaltninger er involveret i idrætsrelaterede projekter. Det videre forløb bliver at udvikle idræts- og motions-tilbud tilpasset alle alders- og målgrupper.

I Motion og kost på recept lægges der vægt på, at deltagerne får præsenteret et alsidigt udbud af idrætsaktiviteter, således at det bliver muligt at finde den rette idrætsgren. Dette foregår blandt andet i samarbejde med fysioterapeuter, lokale idrætsforeninger og –centre. Der er desuden behov for midler til ansættelse af en motionskonsulent, der kan medvirke til at sikre overgangen fra at være patient på fysioterapiklinik til at blive en livslang motionist på eget initiativ.

Også øvrige fysisk inaktive borgere i København ville have stor glæde af en motionsformidler. I Sverige er der etableret et Fysiotek, hvor borgere kan rette henvendelse og blive visiteret til relevante motionsaktiviteter. På Frederiksberg er netop åbnet en ”Motionsrådgivning” og på Fyn eksisterer et lignende tilbud om ”Motion i håndkøb”.

En motionsvejleder kan samtidig beherske teknikkerne til ”Den motiverende samtale” og medvirke til at stimulere og fastholde borgerens motivation. Samtidig kan denne medvirke til at etablere træningsnetværk blandt ligesindede ved at være opsøgende, rekruttere deltagere og præsentere dem for velegnede motionsmuligheder.

Fastholdelse af deltagere i et motionstilbud påvirkes ligeledes af placering af faciliteter, adgangsforhold, åbningstider og tidspres.

For at få nye og sundere vaner, skal forskellige barrierer ofte overvindes, når man begynder at være fysisk aktiv. Undersøgelser tyder på, at folk har lettere ved at påbegynde et motionsprogram end at fortsætte i aktiviteten (Dishmann, 1994).

Manglende tid eller ubejleligt tidspunkt er begge udbredte forklaringer, når man ophører med motionstilbud. Hvorvidt et ophør, der begrundes med tidspres reelt skyldes tidsproblemer, kan der stilles spørgsmålstegn ved. I nogle tilfælde vil det dække over andre begrundelser, fx utilfredshed med instruktøren, eller uinspirerende aktiviteter og manglende motivation. (Andersen o.a., 1996).

Der skal derfor arbejdes med at opkvalificere personale, der varetager undervisningen lokalt. Bl.a. efteruddannes instruktører tilknyttet nærgymnastik og fysioterapeuter tilknyttet Motion og kost på recept for at sikre en alsidig og inspirerende undervisning tilpasset målgruppen.

Ved at benytte lokaler på arbejdspladsen er det nemmere og mere trygt for medarbejderne at deltage i motion, og det er vist, at geografisk placering af motionstilbud har indflydelse på fastholdelse. Jo længere afstand til faciliteterne, jo større frafald (Young & King, 1995). Studier viser, at tilvejebringelse eller øgning af adgangen til faciliteter for fysisk aktivitet (idrætscentre, fitnesscentre og gangstier) har en stor betydning for borgernes fysiske aktivitets-niveau (Kahn, 2002). Nærgymnastikken, der foregår i boligområdernes fælleslokaler, udbydes netop med henblik på at give ældre medborgere mulighed for at motionere i deres nærmiljø. På denne måde er de fysiske rammer i høj grad med til at påvirke den ydre motivation for at være fysisk aktiv.

### **Fokus på glæden ved bevægelse**

Det er vigtigt at være bevidst om at idræt og bevægelse, udover den sundhedsfremmende og forebyggende effekt, også har en værdi i sig selv, hvor glæden og lysten er omdrejningspunktet. Indsatsen kan derfor fokusere på glæden ved bevægelse og udvælge aktiviteter, der er tilpasset

målgruppen ud fra pilotundersøgelser af målgruppens ønsker og behov. Fx skal børnenes naturlige bevægeglæde stimuleres ved at prioritere leg og bevægelse i dagtilbud. I ”Motion og kost på recept” tilstræbes det at præsentere deltagerne for alsidige idrætsaktiviteter for dermed at give et grundlag for at finde den/de aktiviteter, der appellerer til den enkelte. Dette kan bidrage til at fastholde deltagerne i en varig livsstilsændring.

### **Instruktion**

Det er også vigtigt, at der vejledes i brugen af byrummets faciliteter, hvis vi skal få fat i de inaktive. Ellers bliver faciliteterne blot til gavn for de, der i forvejen er fysisk aktive.

For at styrke inaktives brug af faciliteterne er må der gøres en indsats, der støtter dem heri. Det kan være ved at stille instruktører til rådighed i særlige tidsrum, som kan hjælpe uvante brugere i gang. Dette kan foregå som samarbejdsprojekter/partnerskabsaftaler med lokale idrætsforeninger, der i forvejen har lignende aktiviteter, og som kan se dette som en mulighed for at eksponere deres aktiviteter overfor en gruppe, der ikke har tradition for at være medlemmer i deres foreninger. Det kan også være en mulighed, at kommunen etablerer et korps af idrætsinstruktører, som kan varetage sådanne opgaver, hvis ikke idrætsforeningerne kan rekruttere frivillige hertil.

Af hensyn til den sociale ulighed i sundhed bør denne indsats prioriteres i områder, hvor der er særligt mange fysisk inaktive og tilbud om billige prøvetimer med instruktion for borgere, hvor også økonomien kan være en barriere for at komme i gang.

### **Aktiv borgerinddragelse**

Ifølge Sundhedsstyrelsens metodekatalog ([www.sst.dk](http://www.sst.dk)) er der både i Danmark og internationalt fokus på at inddrage borgerne i forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter. I Danmark fremgår det fx af Regeringens folkesundhedsprogram (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002), at både den enkelte borger og de frivillige og private organisationer skal inddrages i arbejdet. Borgerinddragelse kan ske på mange forskellige niveauer, i forskellige faser af en indsats og med forskellige formål. Der er ikke klar evidens for, at borgerinddragelse har en effekt i sig selv. Ser man på indsatser, der fokuserer på kost og fysisk aktivitet, tyder evalueringer af større interventioner imidlertid på, at en aktiv inddragelse af modtagerne kan øge deltagelse i aktiviteter, forbedre den fysiske form og ændre på viden og holdninger (Poulsen, 2003).

Ved at målrette aktiviteter til et bestemt geografisk område, er det i højere grad muligt at inddrage de lokale borgere/brugere. I indsatser for København - En by i bevægelse kan der lægges vægt på, at de involverede parter bliver hørt og får mulighed for at påvirke og bidrage til udvikling og gennemførelse af de konkrete projekter. Ved at lokale aktører får ejerskab for projekterne skabes der gode forudsætninger for projekters implementering og forankring, når driften overlades til andre samarbejdspartnere.

#### 4. Litteraturliste

Andersen B. o.a. (1996) Det batter stadig – en undersøgelse af Odense Kommunes Sundheds- og Undervisningscenter. Odense Universitetsforlag, 1996.

Andersen L.B., Wedderkop N., Hansen H.S., Cooper A.R., Froberg K.:  
Biological cardiovascular risk factors cluster in Danish children and adolescents: the European Youth Heart Study. Preventive medicine vol. 37, no. 4, s. 363-367. 2003.

Armstrong N. & Welsman J. Young People and Physical Activity. Oxford University Press, 1997.

Bandura, A (ed.). Self-efficacy in changing societies, Cambridge University Press, 1997

Beyer N. Physical training reduces risk factors for disability and falls in elderly women. Sports medicine research unit, Bispebjerg Hospital, University of Copenhagen, 2002.

Burr H. Danskernes anvendelse af computere på arbejde i 1999. København, Arbejdsmiljøinstituttet 2000.

Borg V, Burr H. Danske lønmodtageres arbejdsmiljø og helbred 1990-95. København, Arbejdsmiljøinstituttet 2000.

Børnerådet, 2005. Sundhed i 8.klasse. Marts 2005.

Cavill, Nick, Exercise referral – the English experience. Oplægsholder. Symposium om metoder til forebyggelse - fysisk aktivitet, Basecamp, Sundhedsstyrelsen 26. maj, 2004.

Cykelregnskab, 2004. København Cyklernes by. Vej og Park, Bygge og Teknikforvaltningen, Københavns Kommune, Juni 2005.

Cykling, Motion og sundhed, 2005. Det Økologiske Råd, Hjerteforeningen, Skole og Samfund og Dansk Cyklistforbund, 2005.

Dalum P., Sonne T.F. & Davidsen M-M. At tale om forandring. En bog om sundhedsadfærd og motiverende samtaleteknik. Tobaksskaderådet 2000.

Danmarks Evalueringsinstitut, 2004. Idræt i folkeskolen – Et fag med bevægelse. 2004.

DIKE (nu: Statens Institut for Folkesundhed). Danskernes sundhed mod år 2000: Sundhedsadfærd, sundhedstilstand, sygelighed, dødelighed, levevilkår. København 1994.

Dishmann R.K. (ed.) (1994) Advances in Exercise Adherence. Champaign, IL: Human Kinetics, 1994.

DSI, 2004. Motion på recept – en litteraturgennemgang med fokus på effekter og organisering. Sundhedsstyrelsen. 2004.

- Ernæringsrådet 2003. Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats. 2003.
- Ernæringsrådet, 2005. "En faglig vurdering af den "omvendte" kostpyramide" 2005.
- Folkesundheden i København 2000; Plandokument 2000, Sundhed og Omsorgsudvalget, Københavns Kommune, 2000.
- Handleplan for etniske minoriteter. Folkesundheden i København 2002 – 2005. Københavns Kommune, Sundhedsforvaltningen 2003.
- Henriksen, C.S. & Malmgren, M. Evaluering af "Du bestemmer" – et tilbud til elever på tekniske skoler i Københavns Kommune. CASA, 2004
- Ibsen, Bjarne. Børns idrætsdeltagelse i København. Institut for Forskning i Idræt og Folkelig Oplysning (IFO), november 2003. Kultur- og Fritidsforvaltningen, Københavns Kommune.
- Idrætspolitisk Redegørelse 2004, Københavns Kommune, Kultur og Fritidsforvaltningen, Fritid og Idræt, 2004.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sund hele livet – De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. København 2002.
- Iversen L. o.a. Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom. Munksgaard 2002.
- Jacobsen A.T. og Mosekilde L. Ugeskr læger 167/1, 2005
- Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. In: American Journal of Preventive Medicine 2002;22.
- Kamper-Jørgensen, Finn. Forebyggende Sundhedsarbejde. 3. udgave. Munksgaard, 1998.
- Kjøller M, Rasmussen NK. Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, København 2002.
- Lambrechtsen J. Development of cardiovascular risk factors from childhood to adulthood with special emphasis on blood pressure. The Odense Schoolchild Study. S. 1-97. Eget forlag, Odense 2000.
- Larsen K. Befolkningens idrætsdeltagelse. En analyse af befolkningens idrætsdeltagelse baseret på Socialforskningsinstituttets kultur- og fritidsundersøgelser. Gerlev, Idrætsforsk 2000.
- Lissau I, Thoning H, Poulsen J, Rasmussen NK. Københavns Kommunes Sundhedsprofil År 2000. Rapport til Københavns Kommune udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed 2001.
- Lokalsamfundsanalyse. Københavns Kommune, Sund By (Indre og Ydre Nørrebro) 2002.

Matthiessen J, Rasmussen LB, Andersen LB, Astrup A, Helge JW, Kjær M, Mølgaard C, Nielsen GA, Saltin B, Strube M, Tjønneland A, Ovesen L. Kost og fysisk aktivitet – fælles aktører i sygdomsforebyggelsen. Fødevaredirektoratet. Matthiessen et al. 2003 2003:03, 1. udgave, maj 2003.

Matthiessen J, Andersen NL, Ovesen L. Betydningen af kost og fysisk aktivitet for fedmeudviklingen i Danmark fra 1985 til 1995. Ugeskrift for Læger 2001;163:2941-45.

Ministeriet for Familie- og Forbrugeranliggender og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. En forstærket indsats mod svær overvægt. Januar 2005.

Mygind Erik, Focus Idræt, nr. 3, 26. årgang, 2002

Nielsen, G. A. Ringgaard, L. W. Fysisk aktivitet i dagligdagen blandt 16-20 årige i Danmark, Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, april 2004

Nissen, S.B. & Nielsen, G.A. Unges livsstil og dagligdag 2002 – aldersforskelle i sundhedsvaner og trivsel. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, maj 2004.

Nissen, S.B. & Nielsen, G.A. Unges livsstil og dagligdag 2003 – aldersforskelle i sundhedsvaner og trivsel. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, februar 2005.

Ottesen L, Ibsen B. Idræt, motion og hverdagsliv - i tal og tale. København, Institut for Idræt 1999.

Poulsen J, Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme – i relation til kost og fysisk aktivitet København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2003

Proschaska J.O., Norcross J.C. & DiClemente C.C. Changing for good : The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits. New York: Morrow, 1994.

Rambøll, 2003. Sundhedsstyrelsen. Befolkningens motivation og barrierer for fysisk aktivitet.

Schultz, A. Hverdagslivets sociologi. Tekstudvalg og indledning ved Boel Ulf-Møller, København: Reitzel, 1975.

SIF, 2005. National Monitorering af den officielle anbefaling om fysik aktivitet – et metodestudie. Statens Institut for Folkesundhed, 2005.

Statusrapport, 2005. Statusrapport for de første 8 måneder (april – november 2004) for Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune. Kaya Roessler og Bjarne Ibsen, Syddansk Universitet.

Sundhedsstyrelsen 2003a. Center for Forebyggelse, Befolkningens motivation og barrierer for fysisk aktivitet, 2003.

Sundhedsstyrelsen 2003b. Center for Forebyggelse, FYSISK AKTIVITET – håndbog om forebyggelse og behandling, 2003.

Sundhedsstyrelsen, Krop skal der til, 2003

Sundhedsstyrelsen og Hjerteforeningen. Motionsundersøgelse. København 1998.

SUSY: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000. Statens Institut for Folkesundhed.

Sundhedsforvaltningen 2002, Ældre Københavneres Sundhed i Bydelene – Københavns Kommunes Sundhedsprofiler, Københavns Kommune, Planlægnings- og Folkesundhedskontoret,.

Sundhedsforvaltningen, 2004, Folkesundheden i København 2002-2005, Handleplan for motion, Motionssatsning i Kgs. Enghave og Nord-Vest, Københavns Kommune

Sundhedsforvaltningen 2004, Folkesundhed København, ældreprogrammet; data fra Landspatientregisteret, Statens Institut for Folkesundhed.

Sundhedsforvaltningen 2005, Københavneres sundhed 2005, Københavns Kommune.

Tortzen, Anne 2005. Kost og Motion i Børnehaven – en vidensindsamling i fire københavnske bydele. Anne Tortzen, AtZ Kommunikation, Folkesundhed København, 2005.

Troelsen J., Jensen S. U. og Andersen, T. Evaluering af Odense – Danmarks Nationale Cykelby. Odense Kommune, 2004.

Ung og sund på Vesterbro og i Kgs. Enghave. En kortlægning og analyse af behovet for sundhedsfremmende initiativer blandt 10-15årige børn og unge. Sund By, november 2002.

Ungdomsforskning årg. 3, nr.1-marts 2004; Center for ungdomsforskning)

Young D.R & King A. C. (1995) Exercise Adherence: Determinants of Physical Activity and Applications of Health Behavior Change Theories. Medicine, Exercise, Nutrition and Health. Vol. 4, s. 335-348, 1995.

W.F. Boyce 2001. Disadvantaged persons' participation in health promotion projects: some structural dimensions. Social Science & Medicine, 2001; Vol 52: 1551-1564.

[www.sst.dk](http://www.sst.dk), Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

# Bilag 1

## A. Baggrund

### A.1 Det nationale folkesundhedsprogram

Regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele Livet" danner den overordnede ramme for motionsstrategien. Den nationale strategi for fysisk aktivitet er, at antallet af fysisk aktive skal øges markant, og fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen. Det er væsentligt, at viden om fysisk aktivitets sundhedsfremmende betydning indgår i uddannelse og videreuddannelse af sundhedsprofessionelle, lærere, pædagoger m.v. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002)

### A.2 Den kommunale folkesundhedsplan

I Københavns Kommunes Folkesundhedsplan 2002-2005 (Folkesundheden i København 2000;) samt tilhørende handleplaner, er målene for fysisk aktivitet defineret i forhold til målgrupperne børn-unge, voksne og ældre:

- Børn og unge skal være mere fysisk aktive – særligt i bydelene Kgs. Enghave og Nordvest.
- Voksne: Flere københavnere skal være mere fysisk aktive, det gælder især unge, ældre og etniske minoriteter. Indsatsen kan initieres på arbejdspladsen, i skolen, i lokalområdet, i boligområdet m.v.
- Ældre københavnere skal sikres viden og handlemuligheder, der sigter mod at udvikle og fastholde deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne længst muligt.

Folkesundhedsplanen udløber i 2005, og der er iværksat en ekstern evaluering heraf. Motionsstrategien kan derfor ses som en videre fortsættelse af den strategiske indsats på området vedrørende fysisk aktivitet. Når evalueringen for Folkesundhedsplanen foreligger, vil resultaterne vedr. motionsindsatsningen blive anvendt af styregruppen i forbindelse med prioriteringer af indsatsområder. På nuværende tidspunkt eksisterer der en midtvejsevaluering af motionshandlingsplanen, hvor erfaringerne med interventioner med fysisk aktivitet, som beskrives nedenfor i afsnit E.

### A.3 København - En by i bevægelse

En tredjedel af Københavnerne er overvægtige, og ifølge Sundhedsstyrelsen er 25-30 % af danskerne så fysisk inaktive, at det udgør en forhøjet risiko for livsstilssygdomme og tidligere død. Personer med stillesiddende arbejde kompenserer ikke ved at være mere fysisk aktive i fritiden. Da København beskæftiger flere danskere i stillesiddende arbejde i forhold til resten af landet, er der en ekstra grund til at gøre en indsats for at få københavnere til at bevæge sig mere.

Belægningen på de københavnske idrætsfaciliteter er særdeles høj i forhold til resten af landet og der er mangel på ledig tid i haller og gymnastiksale. Der er ofte ventelister for at få adgang til idrætstilbud i frivillige foreningstilbud. Dette udgør en barriere for idrætsdeltagelsen og mulighederne for at udvikle nye tilbud. (Idrætspolitisk Redegørelse 2004)

Der er med andre ord mange gode grunde til at gøre en yderligere indsats for at give flere københavnere lyst til at bevæge sig mere og at skabe rammerne for det. Motionsindsatsningen er et led i den overordnede målsætning om at øge københavnernes levetid, da københavnernes levetid i dag er den korteste i landet (Københavns Kommunes Sundhedsprofil 2000).

Det kan fx ske ved, at der igangsættes og bygges videre på følgende områder:

- Byens udendørs rum, veje og parker, havne, søer, legepladser og boligkvarterer kan med fordel indrettes, så de appellerer til bevægelse, og også transportforhold kan forbedres og tilskynde flere til at tage cyklen frem for bilen.
- Der kan indgås flere partnerskaber og samarbejdsaftaler med idrætstilbud og patientforeninger, så det sikres, at de fysisk inaktive motiveres og instrueres i at benytte de nye faciliteter.
- Professionelle faggrupper omkring børn, unge, ledige, ufaglærte, faglærte, etniske minoriteter og ældre kan efteruddannes og få mere viden og flere kompetencer til at være gode rollemodeller og igangsættere af fysisk aktivitet.
- Arbejdspladser, skoler og institutioner kan tilskyndes til at vedtage politikker omkring fysisk aktivitet.
- Ifølge WHO skal sundheden fremmes gennem konkrete indsatser i lokalmiljøet, hvor borgerne systematisk inddrages i beslutningsprocesser og udvikling af tilbud som appellerer til dem og har betydning for deres sundhed. Også ressourcerne i lokalsamfundet skal styrkes for at få det bedste potentiale for en forbedring af folkesundheden, da sundheden påvirkes af det sted hvor vi bor (Boyce 2001).

## B. Fysisk aktivitet

### B.1 Definition af fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet, motion, træning, idræt og sport. Begrebernes betydning diskuteres ofte i forbindelse med fremme af fysisk aktivitet. I denne sammenhæng har vi defineret betydningen således:

#### *Fysisk aktivitet*

Ved fysisk aktivitet forstås enhver bevægelse, der øger energiomsætningen i kroppen. Fysisk aktivitet er et overbegreb for både dagligdags bevægelser, fx rengøring og havearbejde, målrettet træning, fx stavgang eller kondicykling, og idræt/sport som er dyrkelse af særlige discipliner såsom badminton eller fodbold.

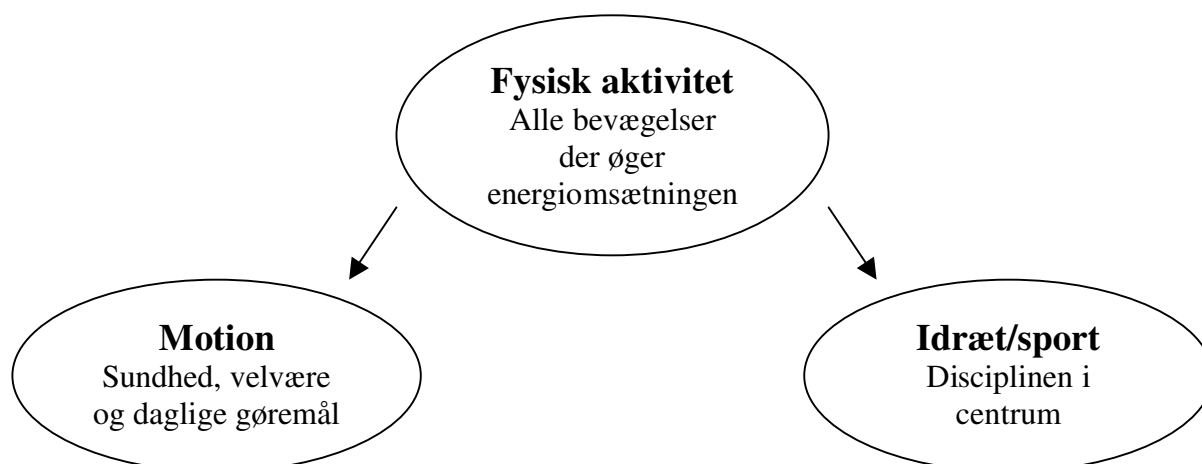
#### *Motion*

Ved motion forstås en mere struktureret og målrettet træning med sundhed for øje. Motionen kan både foregå i organiseret regi eller være selvorganiseret. Også daglige gøremål såsom at cykle til arbejde kan kategoriseres som motion.

#### *Idræt/sport*

Idræt/sport differentieres fra motionsbegrebet ved, at det er disciplinen, der er i centrum for aktiviteten. Konkurrence-elementet kan spille en større eller mindre rolle alt afhængig af, hvilket niveau idrætten/sporten dyrkes på. Sport kan også omhandle discipliner, hvor der ikke foregår meget fysisk aktivitet, der øger energiomsætningen (fx skak eller billard). Man kan naturligvis godt have ønsket om sundhed eller en veltrænet krop som et bagvedliggende motiv for at dyrke en idræts- eller sportsdisciplin.





Figur 1: Forskellige former for fysisk aktivitet.

Det er bredt anerkendt, at fysisk aktivitet har en stor betydning for folkesundheden. Fysisk aktivitet fremmer og bevarer et sundt helbred og forebygger sygdomme som fx hjerte-kar sygdomme, type 2 diabetes, osteoporose og visse kræftformer.

Fysisk inaktive har dobbelt så stor risiko for tidlig død end fysisk aktive, og i dag er 20-30 % af befolkningen så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsrisiko.

Ifølge Ernæringsrådet er 40 % af de danske mænd, 26 % af kvinderne og ca. 1/10 af børnene i Danmark i dag overvægtige<sup>2</sup> eller fede. En indsats mod overvægt kræver både forbedrede madvaner og mere bevægelse i hverdagen. Fysisk aktivitet forøger energiforbruget, og kortere interventioner har også vist større fedtmassetab. Der er desuden evidens for, at fysisk aktivitet er vigtig for at forebygge overvægt og for at bevare kropsvægten efter et vægttab. (Ernæringsrådet 2005)

At være fysisk aktiv virker ikke kun sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende, men kan også anvendes i behandling af en lang række livsstilssygdomme.

Motion forbedrer vores fysiske og psykiske velvære, ligesom modstandskraften overfor stress styrkes ved at holde sig i god fysisk form. Desuden oplever mange mennesker hver dag glæde ved at være fysisk aktive sammen med andre, og motion fører ofte til dannelse af netværk, hvilket er en væsentlig faktor for fremme og bevarelse af sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2003b).

## B.2 Danskernes fysiske aktivitetsniveau

Større befolkningsundersøgelser af danskernes fysiske aktivitetsniveau giver samlet set et billede af en befolkning, hvor ca. 4/5 er fysisk aktive i fritiden i mindst 2-4 timer (let til moderat) pr. uge (Kjøller & Rasmussen 2002, Matthiessen et al. 2001). Socialforskningsinstituttet (SFI) har, i deres omnibusundersøgelser, vurderet deltagelse i sports- eller motionsaktivitet i befolkningen siden 1964 (Larsen 2000, DIKE 1994). SFI's undersøgelser viser, at andelen af den danske befolkning, der er fysisk aktiv i fritiden, er steget igennem de seneste årtier. Men det er ikke ensbetydende med, at en stor andel af befolkningen er fysisk aktiv i den udstrækning, det anbefales, svarende til mindst 30 minutters moderat aktivitet hver dag.

<sup>2</sup> Klassifikation af overvægt og fedme hos voksne er baseret på kropsmasse indekset (Body Mass Index =BMI). Man er overvægtig ved BMI > 25. Et BMI på 30 og derover klassificeres som fedme. Der er ikke international enighed om BMI-standarder for børn. (Ernæringsrådet 2003)

Resultaterne fra Sundhedsstyrelsens undersøgelse (Sundhedsstyrelsen 2003a) viser, at 58 % af danskerne har svaret, at de lever op til de nye anbefalinger hver dag og yderligere 16 % svarer næsten hver dag (5-6 dage om ugen). Imidlertid fastslår selv samme undersøgelse, at kun godt 3 % af befolkningen rent faktisk kender til den nye anbefaling, hvorfor tallene nok bør tages med et vist forbehold. De divergerende resultater gør det vanskeligt at komme med et godt estimat for, hvor stor en del af befolkningen, som er aktive i det omfang, der anbefales (Matthiessen et al. 2003). I et nyligt offentliggjort metodestudie fra Statens Institut for Folkesundhed konkluderes, at der endnu ikke er international konsensus om en valideret metode til at teste 30-minutters anbefalingen. Og at der, uanset hvilken formulering af 30 minutters spørgsmålet der vælges, i værste fald kun er 25 % af befolkningen, der lever op til anbefalingerne og i bedste fald 50 % (SIF, 2005). Opfattelsen af, hvad idræt og motion er, har også ændret sig, så mange af de daglige gøremål, så som havearbejde, hundeluftning, transport på cykel mm. af flere i dag regnes som ”motion” (Idrætspolitisk Redegørelse 2004).

### **Kønssforskelle i fysisk aktivitet**

Stort set lige mange danske mænd og kvinder dyrker regelmæssigt motion. Det er dog først op gennem 90'erne, at kvinderne er kommet op på samme aktivitetsniveau som mændene. Mænd deltager i højere grad i foreningsidræt end kvinder, som til gengæld i større omfang er fysisk aktive i aftenskoleregi og på private centre (Larsen 2000, Ottesen & Ibsen 1999). Kvinder tilpasser de idrætslige udfoldelser til familielivet, især i den periode hvor de har mindre børn. Mænd er tilsyneladende ikke lige så bundet af pligter og arbejdstider, da de i højere grad end kvinder dyrker idræt på forskellige tidspunkter, bl.a. på arbejdspladsen (Ottesen & Ibsen 1999).

### **Aldersbetingede forskelle i fysisk aktivitetsniveau**

Tendensen er, at jo ældre man er, jo mere bredt favnende er ens definition af fysisk aktivitet og motion. Hvor yngre aldersgrupper især forbinder motion med, at man klæder om og sveder, kan det at gå en tur ligeså vel være motion for de ældre aldersgrupper.

Det er dobbelt så udbredt at dyrke idræt i den yngste aldersgruppe (16-19 årige), hvor ca. 80 % dyrker idræt i forhold til den ældste aldersgruppe (70+), hvor knap 40 % dyrker en eller anden form for idræt. Alligevel fremgår det, at andelen af ældre, der dyrker idræt, er steget markant - den var i 2002 oppe på 38 % - i forhold til i 1993, hvor kun 18 % af de ældre dyrkede idræt. Andelen af idrætsudøvere falder gradvist med alderen.

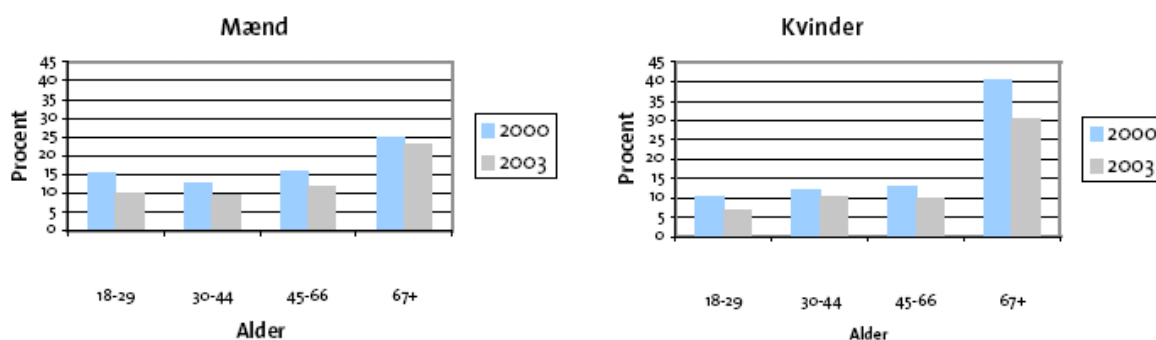
Mere end halvdelen af de 50-69-årige og mere end hver tredje i alderen fra 70 år og opefter dyrker en eller anden form for idræt. Det er således blevet langt mere almindeligt, at ældre dyrker idræt i dag end tidligere.

Dobbelt så mange 50-60-årige dyrker organiseret idræt i forhold til i 1993. Den markante udvikling i forhold til organiseringsgraden, der ikke ses på samme måde indenfor de andre aldersgrupper, skyldes delvist en stærkt stigende interesse for golf. (Larsen 2000)

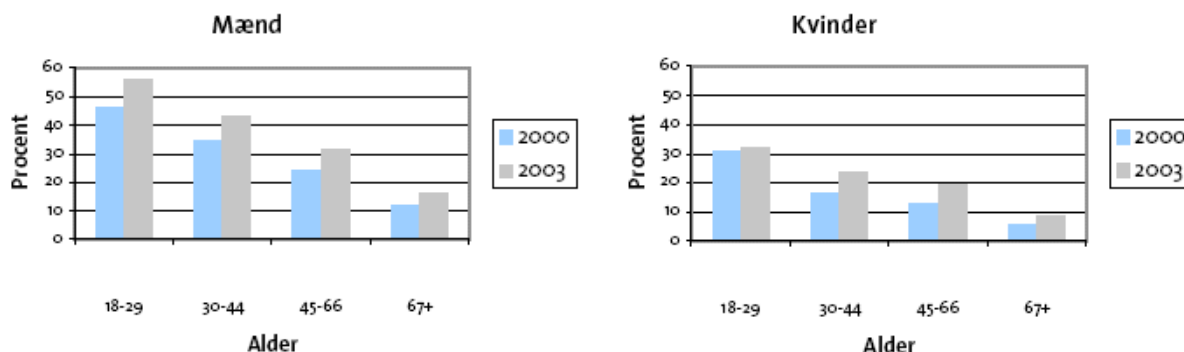
### **B.3 Fysisk aktivitet i fritiden**

Andelen af danskere der er fysisk aktive i fritiden er stigende, og andelen der har stillesiddende aktiviteter i fritiden er faldende. Det fortæller de seneste tal fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY) fra 2003, som Statens Institut for Folkesundhed har offentliggjort i 2005 (SIF 2005). Både for mænd og kvinder er der siden den sidste SUSY undersøgelse i 2000 sket et fald i alle aldersgrupper i stillesiddende fritidsaktivitet. I SUSY 2003 ses der også en større andel af de aktive, der karakteriserer deres fritidsaktivitet som hård/mellemhård, sammenlignet med SUSY 2000. Også her gælder det både mænd og kvinder i alle

aldersgrupper. Fødevaredirektoratets undersøgelser understreger, at det er de fysisk aktive, der er blevet endnu mere aktive i fritiden (Matthiessen et al. 2003). Generelt er mænd mere aktive i fritiden end kvinder, og yngre mennesker er mere fysisk aktive end ældre i fritiden. (SIF 2005)



Figur 2: Andel der har stillesiddende fritidsaktivitet (SIF 2005, s. 29).



Figur 3: Andel der dyrker hård/mellemhård fysisk aktivitet i fritiden (SIF 2005, s. 29).

#### B.4 Fysisk aktivitet under arbejde

Fælles for SIF's sundheds- og sygelighedsundersøgelser og Fødevaredirektoratets kostundersøgelser er, at andelen af personer med stillesiddende arbejde er steget. Det kan først og fremmest forklares med, at computere har vundet indpas på arbejdspladsen. I 1999 brugte 60% computer på arbejde, hvilket er mere end en fordobling siden 1990 (Burr 2000), og stigningen kan genfindes i samtlige jobgrupper (Borg & Burr 1997). Stillesiddende arbejde findes ikke overraskende mest i kontor- og administrationsjob. På skandinaviske arbejdspladser er der flere computere pr. ansat end i nogen anden del af verden (Burr 2000).

Stigningen af personer med stillesiddende arbejde er især markant blandt mænd. I SIF's undersøgelser (Kjøller & Rasmussen 2002) har der således været en jævn stigning i perioden mellem 1987 og 2000 blandt mænd i alle aldersgrupper, mens det samme kun er tilfældet blandt de 45-66-årige kvinder.

I den seneste SUSY opgørelse fra SIF i 2003, ses der en tendens til, at andelen med stillesiddende arbejde er faldende hos mænd i forhold til SUSY 2000, men det er ikke statistisk signifikant. (SIF 2005).

I forbindelse med transport til arbejde har en stor dansk undersøgelse påvist at folk, der cykler til arbejde, har 28 % lavere dødelighed end gennemsnittet - efter korrektion for forskelle i bl.a. erhverv, rygning, fritidsaktiviteter og BMI (Cykling, Motion og sundhed, 2005).

## **B.5 Social ulighed**

Der er en tendens til social ulighed inden for fysisk aktivitet i fritiden. Således er der en stærk sammenhæng mellem uddannelse, beskæftigelse eller indkomst og deltagelse i fysisk aktivitet - jo højere uddannelse eller indkomst, desto højere deltagelse i motionsaktiviteter (Larsen 2000, DIKE 1994, Ottesen & Ibsen 1999). Deltagerniveauet varierer ganske meget mellem de forskellige socioøkonomiske grupper i befolkningen. Idrætsudøvelse er næsten dobbelt så udbredt blandt højere funktionærer end blandt ufaglærte arbejdere, ligesom der er en tendens til, at arbejdsløse er mere inaktive end resten af befolkningen (Larsen 2000, DIKE 1994). Den skæve sociale fordeling slår stærkere igennem hos kvinder end hos mænd (Ottesen & Ibsen 1999), og den viser sig også i børns deltagelse i fysisk aktivitet. Kun 54 % af alle børn i familier med en årsindkomst på under 300.000 kr. dyrker regelmæssigt foreningsidræt mod 88% af børn i familier med en årsindkomst på 600.000 kr. eller mere (Larsen 2000, Ottesen & Ibsen 1999).

For unge drenge er den største andel, der har under to timers fritidsaktiviteter om ugen, kendetegnet ved, at de er: 17 – 20 år, ikke troende, under- eller overvægtige, har dårlig kondition, er dagligrygere og ofte er ensomme.

For piger, der har under to timers fritidsaktiviteter om ugen, kendetegnes den største andel heraf ved at være bosiddende i byer med flere end 10.000 indbyggere, at være muslimer, at gå på erhvervsuddannelser, og at have forældre, der har gået i skole i 10 år eller derunder, at være dagligrygere, undervægtige, have et dårligt helbred, dårlig kondition og ofte at være ensomme. (Nielsen 2004)

## **B.6 Konklusion - danskernes fysiske aktivitetsvaner**

Det er vanskeligt at estimere omfanget af fysisk inaktive danskere, da der er forskellige opfattelser af, hvornår man er fysisk aktiv. Men Sundhedsstyrelsen skønner, at 20-30 % procent af danskerne er så inaktive, at det udgør en sundhedsrisiko.

Antallet af personer med stillesiddende arbejde er steget. Personer med stillesiddende arbejde kompenserer ikke herfor ved at være mere fysisk aktive i fritiden (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002).

Folk der tager cyklen til arbejde har 28 % lavere dødelighed end gennemsnittet.

Både for mænd og kvinder er der, siden den sidste SUSY undersøgelse i 2000, sket et fald i alle aldersgrupper i stillesiddende fritidsaktivitet. I SUSY 2003 ses der også en større andel af de aktive, der karakteriserer deres fritidsaktivitet som hård/mellemhård, sammenlignet med SUSY 2000. Dette gælder både mænd og kvinder i alle aldersgrupper.

Der er stærk sammenhæng mellem socioøkonomiske forhold og fysisk aktivitetsniveau, således er idrætsdeltagelse blandt højere funktionærer næsten dobbelt så udbredt som blandt ufaglærte arbejdere.

Personer, bosiddende i større byer, med kort uddannelse, lav indtægt, arbejdsløse, børn i familier med lav indtægt eller af anden etnisk og kulturel baggrund end dansk, er mere fysisk inaktive end befolkningsgrupper med bedre sociale og økonomiske forhold. Den skæve sociale ulighed slår stærkere igennem hos kvinder end hos mænd.

For børn og unge er idrætsdeltagelsen relateret til forældrenes uddannelsesniveau og frafaldet i deltagelsen i fritidsaktiviteter er stigende med alderen, og særlig udtalt blandt unge muslimske piger i større byer.

Op gennem 90'erne er der sket en udvikling, så kvinderne er kommet op på stort set samme aktivitetsniveau som mændene. Mænd deltager i højere grad i foreningsidræt end kvinder, som til gengæld i større omfang er fysisk aktive i aftenskoleregi og på private centre.

Generelt er mænd mere aktive i fritiden end kvinder, og yngre mennesker er mere fysisk aktive end ældre i fritiden. (SIF 2005)

Andelen af ældre, der dyrker idræt, er mere end fordoblet i løbet af 12 år. Der er dog stor forskel på idrætsdeltagelsen i forhold til alder, således at idrætsdeltagelsen er faldende med alderen.

Generelt sker der en polarisering, så det er de i forvejen fysisk aktive, der er blevet endnu mere aktive og de inaktive stadig mere stillesiddende.

## **B.7 Anbefalinger for fysisk aktivitet fordelt på målgrupper**

### *B.7.1 Anbefalinger for børn og unge*

Danske børn er i historisk ringe form. Ifølge European Youth Heart Study er de ni-åriges kondital<sup>3</sup> faldet med 15 % siden 1980'erne. Ganske vist er der flere børn i dag, end for tyve år siden, der går til idræt i fritiden, men der er samtidig flere børn, der er fysisk inaktive. Der er sket en polarisering, så det er de fysisk inaktive børn, der er blevet endnu mere inaktive og de aktive mere aktive (Andersen et.al 2003).

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

*”Børn og unge i skolealderen skal være fysisk aktive 60 minutter om dagen” ( [www.sst.dk](http://www.sst.dk)).*

På [www.sst.dk](http://www.sst.dk) uddybes anbefalingen således:

*”Aktiviteten kan ligesom hos voksne godt stykkes sammen af flere korte perioder. Hvis børn er fysisk aktive 30 minutter kontinuerligt er det tilstrækkeligt, men erfaringen viser, at børns lege og aktiviteter foregår mere ujævnt. Derfor regner man hele den tid med, som barnet har leget i f.eks. skolegården, dvs. inklusiv pauserne.*

*Børn og unge som i øjeblikket er fysisk inaktive, bør starte aktivitet af mindst moderat intensitet i en halv time om dagen. Mindst to gange om ugen bør aktiviteterne fremme og vedligeholde muskelstyrke, bevægelighed og knoglesundhed” ( [www.sst.dk](http://www.sst.dk)).*

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at de 16-20 årige skal dyrke 30 minutters fysisk aktivitet daglig.

Det er vigtigt, at børn bevæger sig, da motion af forskellig sværhedsgrad er afgørende for en normal udvikling af motoriske færdigheder, fysisk udholdenhed, muskelstyrke samt optimal opbygning af knogletæthed:

- Træning af motoriske færdigheder kan med fordel opnås ved forskellige motionsaktiviteter, og motorisk kompetence vil have betydning for barnets selvværd, status, popularitet og sociale udvikling.
- Træning af almen udholdenhed og muskelstyrke kan udføres med god effekt hos børn og unge, selvom alder og kønsudvikling vil have betydning for den målbare effekt.

---

<sup>3</sup> Konditalet er et udtryk for ml O<sub>2</sub> optaget i blodet pr. kg. legemsvægt pr. minut.

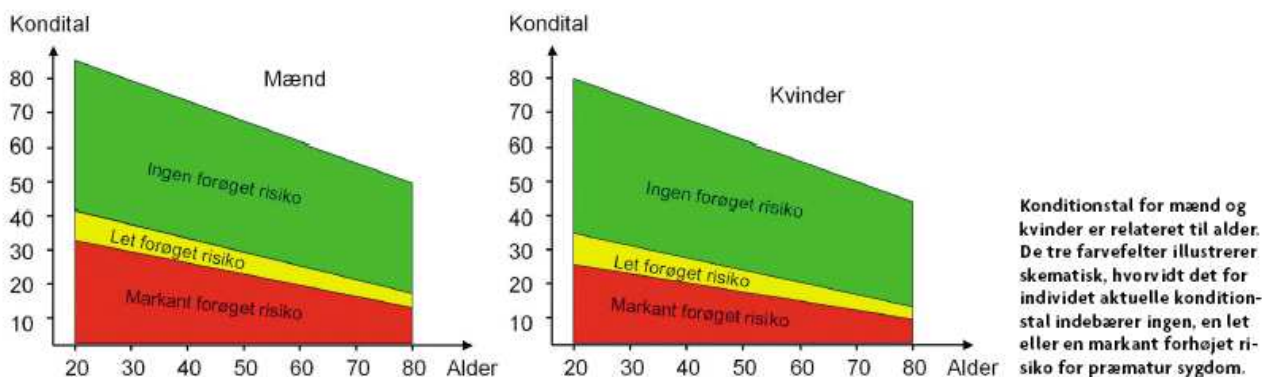
- Fysisk aktivitet i børns vækstfase forstærker opbygningen af knogle og andet bindevæv (sener, ledbånd, ledbrusk) og har derved en indirekte betydning for det aldersbetingede fald i vævsstyrke af eksempelvis knogler og led i voksenlivet.

Selvom den forebyggende effekt på udvikling af livsstilssygdomme forsvinder, hvis man ophører med at dyrke motion, så har motionsaktivitet hos børn og unge en betydning for dannelse af vaner, og kan skabe forudsætning for vedholdende og livslang motionsaktivitet. ([www.sst.dk](http://www.sst.dk))

### B.7.2 anbefalinger for voksne

Siden 1987 er antallet af overvægtige danskere steget med 75 %, og på landsplan er 30-40 % af den voksne befolkning overvægtige, mens 10-13 % er svært overvægtige (Ministeriet for Familie- og Forbrugeranliggender og Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005).

I løbet af de sidste to årtier er konditallet for de 40-50årige faldet med ca. 20 %, hvilket indikerer, at der er et stigende antal danskere, som ikke er tilstrækkeligt aktive. Det anslås, at 30-40 % af danske mænd og kvinder i 40-50 års alderen i dag har så lave kondital, at de ligger i zonen for markant forøget risiko for sygelighed og død (Sundhedsstyrelsen 2003b).



Figur 4 (Kilde Sundhedsstyrelsen, 2003b, s. 75)

Som nævnt tidligere har fysisk aktivitet en forebyggende effekt på adskillige livsstils-betingede sygdomme.

For personer, der allerede har symptomer på livsstilssygdomme, vil et øget fysisk aktivitetsniveau også være af stor sundhedsmæssig betydning, idet regelmæssig fysisk aktivitet kan indgå som et led i behandling af flere livsstilssygdomme. Hos personer med type 2 diabetes er der dokumenteret en mere markant effekt af samtidige ændringer i kost og fysisk aktivitet end af medicinsk behandling (Matthiessen et al. 2003). Der er desuden særdeles god evidens for effekten af fysisk træning af patienter med iskæmisk hjertesygdom. Fysisk træning forbedrer overlevelsen og antages at have en direkte positiv effekt på sygdomsforløbet. Ligeledes kan fysisk aktivitet også reducere et forhøjet blodtryk med mindsket medicinforbrug til følge (Sundhedsstyrelsen 2003b).

Øget muskelstyrke beskytter desuden mod overbelastningsskader i forbindelse med arbejde og fritidsaktiviteter, og træning af udsatte muskelgrupper kan sammen med ergonomiske foranstaltninger forebygge muskel- og rygmerter.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at voksne skal være fysisk aktive mindst 30 min. hver dag. På [www.sst.dk](http://www.sst.dk) uddybes anbefalingen således:

*”Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne er fysisk aktive mindst 30 minutter af moderat intensitet, helst alle ugens dage. De 30 minutter kan opdeles i mindre perioder, f.eks. 15 minutter om morgenen og 15 minutter senere, eller 3 gange 10 minutter i løbet af dagen” (www.sst.dk).*

### **B.7.3 Anbefalinger for ældre**

Det er vigtigt at være fysisk aktiv hele livet, og det er aldrig for sent at gå i gang. Den procentvise nedgang i fysisk ydeevne er mindre end mange tror. Hovedårsagen til nedgang i kondition, muskelstyrke mv. med stigende alder skyldes et fald i det fysiske aktivitetsniveau. De "rene" aldersbetingede forandringer sker først i 65-70 års alderen, og er bl.a. forbundet med nedsat syn og nedsat reaktionshastighed. (www.sst.dk)

Aldring medfører en reduktion af fysisk formåen, og en betydelig del af dette fald kan forklares ved tabet i muskelmasse som følge af en aldersrelateret aftagende motionsaktivitet. Evnen til at kunne reagere hurtigt (eksplosive bevægelser) svækkes. Hvis man samtidig er inaktiv, svækkes den fysiske formåen yderligere, og risikoen for bl.a. faldulykker og knoglebrud stiger. Svag muskelstyrke i kombination med dårlig kondition kan føre til, at man ikke kan klare de fysiske udfordringer, som en almindelig hverdag kræver (rejse sig fra stol, trappegang etc.). Dette gør det svært at være fysisk aktiv, og den fysiske form forringes yderligere.

En vigtig forudsætning for fysisk aktivitet hos ældre er sufficient D-vitamin indtag. Mange nyere undersøgelser viser, at mange ældre har udtalt D-vitamin mangel. Symptomerne på manglen giver sig udtryk i træthed og muskelsmerter og sjældnere knoglesmerter. Tilstanden er ofte ledsaget af depressive tanker og uoverkommelighedsfølelse. Dette medfører naturligt nedsat fysisk aktivitet og dermed en øget risiko for nedsat knogletæthed, især hos kvinder. Problemet er størst blandt etniske ældre (og yngre), samt plejehjemsbeboere og svage ældre, da de ofte ikke er nok ude i sollyset, eller er tildækkede (Jakobsen & Mosekilde 2005).

Studier har vist, at ældre med meget forskellige forudsætninger og alder (fra plejehjemsbeboere til raske, selvhjulpne, hjemmeboende) og på trods af kroniske sygdomme ved fysisk træning forbedrer deres udholdenhed og muskelstyrke på lige fod med yngre personer. Det daglige funktionsniveau styrkes, og daglige aktiviteter såsom personlig pleje, almen husholdning og evnen til at deltage i sociale aktiviteter uden for hjemmet osv. kan overkommes i højere grad. (www.sst.dk)

Det aldersbetingede tab af knogletæthed hos midaldrende, primært kvinder, afhænger af en række faktorer, hvor vægtbærende fysisk aktivitet kan modvirke processen. Samtidig vil øget muskelstyrke og forbedret balanceevne reducere risikoen for faldulykker. Undersøgelser har vist, at fysisk aktive har mindre risiko for brud på lårbenshalsen end inaktive, og man har fundet en halvering i antallet af fald hos deltagere i et fysisk aktivitetsprogram (Beyer 2002).

Sundhedsstyrelsen skriver følgende anbefalinger for ældre:

*”For ældre gælder de samme anbefalinger som for voksne.*

*Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne er fysisk aktive mindst 30 minutter af moderat intensitet, helst alle ugens dage. De 30 minutter kan opdeles i mindre perioder, f.eks. 15 minutter om morgenen og 15 minutter senere, eller 3 gange 10 minutter i løbet af dagen” (www.sst.dk).*

### **B.8 Konklusion: Anbefalinger til børn, unge, voksne og ældre**

- Alle aldersgrupper bør dagligt være fysisk aktive mindst 30 minutter ved moderat intensitet. For børn viser erfaringen, at lege og aktiviteter foregår mere ujævnt. Derfor regner man hele den tid med, som barnet har leget i fx skolegården, dvs. inklusiv pauserne, og det anbefales derfor, at børn under 16 år dagligt bør være fysisk aktive mindst 60 minutter om dagen.

- De 30 minutter kan stykkes sammen af kortere perioder og kan indgå som en naturlig del af hverdagen fx cykle til/fra skole eller arbejde, tage trappen, gå ture og lege.
- Et par gange ugentligt bør man udover de 30 minutter være fysisk aktiv ved en højere intensitet, og aktiviteterne bør fremme og vedligeholde muskelstyrke, bevægelighed og knoglesundhed.
- Måltrettet motion eller idræt, hvor de store muskelgrupper aktiveres hyppigt og kraftigt, vil sikre de bedste sundhedsmæssige resultater, men mindre gavner også (www.sst.dk).

## **C. Status for københavnernes fysiske aktivitetsniveau**

Hvor det har været muligt at finde data, der beskriver københavnernes status er disse inddraget i dette afsnit. Hvis der ikke er fundet specifikke undersøgelser, der afdækker forholdene for målgruppen i København, er der taget afsæt i landsdækkende undersøgelser.

### **C.1 Børn og unge i Københavns Kommune**

#### **Børneforældre**

Børnenes levekår og livsstil er afgørende for deres fremtidige sundhedsstatus, ligesom vi ved, at forældrene i høj grad er rollemodeller for deres børns sundhedsadfærd og livsstil.

Københavns Kommunes Sundhedsprofil beskriver børneforældrenes (forældre til børn 11-17 år) fysiske aktivitet og inaktivitet. Her oplyser 14 % af børneforældrene, at de dyrker idræt mindst fire timer ugentligt. Desuden dyrker lidt over halvdelen af forældrene lettere motion (gåture, cykling m.m.). 82 % af børneforældrene ville gerne være mere fysisk aktive, men over en tredjedel benytter aldrig de tilgængelige idrætsanlæg. 17 % af forældrene dyrker aldrig sport, og har ingen ønsker om at være mere aktive. (Lissau et al. 2001)

#### **Førskolebørn**

Den stigende forekomst af overvægt og fedme blandt børn allerede ved skolestart forbindes bl.a. med ændringer i børnenes livsstilsvaner i den tidlige opvækst, heriblandt fysisk inaktivitet (Matthiessen 2003; Sundhedsstyrelsen 2003a). En dansk befolkningsundersøgelse viser, at børn som er overvægtige ved indskolingen har stor risiko for at forblive overvægtige. Inaktivitet er medvirkende til at vedligeholde fedme hos børn, og risikofaktorerne ophober sig hos denne gruppe (Lambrechtsen 2000).

I 1998 var forekomsten af overvægt hos de 5-7-årige hhv. 7 % hos pigerne og 5,5 % hos drengene, mens forekomsten af fedme var 2 % blandt piger og 1 % blandt drenge (Ernæringsrådet 2003).

I en rapport om kost og motion i børnehaven undersøges, hvilke erfaringer personalet i københavnske dagtilbud har med arbejdet med kost og fysisk aktivitet. Undersøgelsen er kvalitativ og beror på 15 interviews med personale og ledere fra 12 dagtilbud i 4 bydele, nemlig Kongens Enghave, Sundby, Bispebjerg og Ydre Nørrebro.

I rapporten konkluderes følgende:

- Flertallet af institutionerne har faste rutiner omkring bevægelse, fx en ugentlig rytmikdag, turdag eller tur i svømmehallen.
- Udendørsliv og frisk luft er en naturlig del af hverdagen i institutionen.
- Det er de ansatte, der er drivkræfterne bag motion og bevægelse og det kan være tungt, hvis ikke der er mange bevægelses-mindede pædagoger i institutionen.
- Det giver inspiration med workshops, idrætskonsulentbesøg og nye ideer til området.



- En barriere for bevægelse kan være manglende viden og inspiration hos personalet.
- En stram normering og sygefravær sætter grænser for aktiviteter ud af huset.
- De fysiske rammer og faciliteter spiller en rolle. De kommunale legepladser i København er kedelige og dårligt vedligeholdte.
- Der er stort behov for inspiration og nye input til, hvordan bevægelse kan bygges ind i hverdagen. Både udendørs og indendørs. Konkrete ideer efterlyses og mere viden om børns fysiske udvikling. (Tortzen 2005)

## **Skolebørn**

### *Idrætsdeltagelse*

De yngste børn dyrker mest motion (Ung og sund 2002). Børnene er generelt meget aktive, og 48 % blandt de 10-15årige dyrker sport flere gange om ugen.

Institut for Idræt og Folkelig Oplysning (IFO) foretog i maj 2003 en undersøgelse af københavnske børns idrætsdeltagelse (Ibsen 2003). Den viste at 57 % af børnene i 5. klasse og 39% af børnene i 9. klasse går til idræt i en forening. Især på 9. klassetrin er der flere drenge end piger, der går til idræt. Københavnske børn og unge med anden etnisk baggrund end dansk er oftere fysisk inaktive sammenlignet med etnisk danske børn (Ibsen 2003).

### *Overvægt*

I 1998 var 10 % af pigerne og 7 % af drengene i alderen 14-16 år overvægtige med et BMI over 25. Af disse var henholdsvis ca. 4 % og ca. 3 % fede med et BMI over 30 (Ernæringsrådet, 2003).

En ny undersøgelse "Sundhed i 8. klasse" fra Børnerådet viser, at især overvægtige piger har en helt fejlagtig opfattelse, af hvad deres krop kan klare. 40 % af de overvægtige piger bryder sig ikke om at blive forpustede eller svedige, og de prøver at undgå det. Samtidig er de bekymrede for, om deres krop kan holde til kraftige fysiske anstrengelser (Børnerådet 2005).

### *Idrætsfaget i skolen*

Idrætsfaget i folkeskolen har netop været genstand for en evaluering, som Danmarks Evalueringsinstitut har publiceret i november 2004. Heraf fremgår det, at mange af de lærere, der underviser i idræt, ikke er liniefagsuddannet i faget, og derfor ikke har den nødvendige faglige ballast til at sætte fysisk aktivitet og glæden ved at bevæge sig i centrum for idrætsundervisningen. Desuden forankres undervisningen ikke teoretisk i tilstrækkeligt omfang. Rapporten viser også, at 13% af skolerne bryder loven, da de ikke underviser eleverne i svømning. Dette er primært på små skoler eller i små kommuner.

Idrætsfaget skal give eleverne deres kropslige dannelse, viden og sundhed, men det kræver, at faget styrkes, og at der sættes mål for undervisningen, eleven og klassen. Evalueringen foreslår derfor, at skolelederne sikrer, at de lærere, der underviser i faget, har den tilstrækkelige faglige kompetence og at de ældste elever motiveres til at deltage mere i idrætstimerne, end det er tilfældet. Endvidere foreslås, at idrætslærerne i højere grad inddrages i skole/hjem samarbejdet, så forældrene gøres opmærksomme på vigtigheden af faget og bliver bedre til at støtte deres børn i at deltage i idrætstimerne, end tilfældet er i dag. Denne proces kan desuden understøttes via skolebestyrelserne, der har en vigtig rolle at spille i relation til forældrenes manglende opbakning til idrætsfaget (Danmarks Evalueringsinstitut 2004).

### *Cykling*

Med hensyn til cykling som transportmiddel anfører Sundhedsstyrelsen, at andelen af børn på landsplan, der cykler til skole, er faldet med 30 % fra 1993 til 2000 (Sundhedsstyrelsen 2003c).

Samtidig er der stadig flere børn, der bliver kørt til skole i bil. Mange børn giver, når de bliver spurgt, udtryk for, at de hellere vil cykle til skole end køres. I en stor norsk undersøgelse er det påvist at børn, der køres til skole har meget større rygproblemer og generelt er dårligere til at klare moderate, fysiske udfordringer end børn, der cykler til skole (Cykling, Motion og sundhed 2005).

Kampagner for at få børn til at cykle har vist sig at have stor effekt. I Dansk Cyklist Forbunds kampagne; "Alle børn cykler" i 2003, deltog 70.000 skolebørn. Heraf var 15.000 nye cyklister, og det lykkedes at fastholde 5000 af disse som cyklende efter kampagnen (Cykling, Motion og sundhed 2005).

### **De større børn og unge (16-20årige)**

Der findes (endnu) ikke specifikke undersøgelser, der afdækker denne målgruppe i København. Den landsdækkende MULDRapport viser imidlertid, at 68% af drengene og 58% af pigerne i denne aldersgruppe er fysisk aktive ved fritidsaktiviteter mindst 3 timer om ugen. Med hensyn til fysisk inaktivitet, så er omkring en fjerdedel af de unge "stillesiddende". 23% af drengene og 22% af pigerne når aldrig op på et moderat intensitetsniveau (rask gang, cykling, dans, der får pulsen op). 42% af drengene og 33% af pigerne siger, at de aldrig er fysisk aktive i forbindelse med deres daglige transport (Nissen & Nielsen 2005). Kun lidt over halvdelen af gymnasieeleverne cykler hver dag (Cykling, motion, miljø og sundhed 2005).

### **C.2 Voksne i Københavns Kommune**

Københavns Kommunes Sundhedsprofil 2001 beskriver de voksnes (18-66 åriges) selvvaluerede sundhedstilstand (Lissau et al. 2001). Følgende data er fra denne undersøgelse.

To tredjedele af københavnere vurderer, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred. Knap en fjerdedel gør ikke noget specielt for at bevare eller forbedre helbredet.

### **Københavnernes aktivitet i fritiden**

Sundhedsprofilen viser, at 23 % anvender 4 timer ugentligt eller mere af fritiden på hård/mellemhård fysisk aktivitet. 28 % af mændene og 18 % af kvinderne dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Det fysiske aktivitetsniveau er aftagende med alderen. Flere mænd end kvinder dyrker hård motion. Samtidig er der flere mænd end kvinder, som er stillesiddende i deres fritid.

62 % af de, der er fysisk aktive i deres fritid, dyrker motion på moderat niveau, såsom at spadsere, cykle til og fra arbejde og lettere havearbejde.

### **Københavnernes arbejde og fysisk aktivitet**

Knap halvdelen af de 18-66 årige har stillesiddende arbejde. Blandt de københavnere, som har et stillesiddende arbejde, er 87 % fysisk aktive mindst 4 timer om ugen. De resterende 13 % med et stillesiddende arbejde betegner også deres fysiske aktivitetsniveau i fritiden som stillesiddende.

### **Fysisk aktivitet i Københavns Kommunes bydele**

Opdeles spørgsmålet om livsstil i de enkelte bydele, fremgår det, at signifikant flere i Indre by og Indre Østerbro er mere fysisk aktive, sammenlignet med de voksne i Kongens Enghave, Bispebjerg og Sundby.

Der eksisterer dog en kulturgeografisk opdeling af motions- og idrætsdeltagelsen, da borgere i hovedstadsregionen generelt er mindre aktive end borgere i bykommuner og øvrige kommuner. Voksne, som bor på landet, er generelt mere aktive end øvrige borgere (Sundhedsstyrelsen 2003a).

### **Etniske minoriteters sundhedstilstand og fysiske aktivitetsvaner**

Viden om etniske minoriteters sundhed og livsstil er sparsom både på landsplan og i Københavns Kommune. Mange af kommunens borgere med anden etnisk baggrund end dansk er velintegrerede – både på arbejdsmarkedet og i samfundet generelt. Men det er også velkendt, at levevilkårene for etniske minoriteter som helhed er ringere end for en gennemsnitsdanske. De københavnske bydele, som har den største andel af etniske minoriteter, hører samtidig til de bydele, der har den ringeste sundhedstilstand.

Undersøgelser på livsstilsområdet viser, at forekomsten af diabetes og hjerte-kar sygdomme er stigende blandt etniske minoriteter, og nogle undersøgelser tyder endog på, at risikoen for at få disse sygdomme er højere for etniske minoriteter end for danskere. Andre undersøgelser viser, at især kvinder med anden etnisk baggrund end dansk motionerer langt mindre end danske kvinder (Handleplan for etniske minoriteter, 2003).

En undersøgelse foretaget af Sund By (Lokalsamfundsanalyse, 2002) peger på, at det ikke kun er forhold som tradition, motivation, dårlige danske sprogkunderskaber og viden, som holder kvinderne tilbage. Forhold som tid, ”frihed”, tryghed og lokalefaciliteter er også væsentlige forhold for kvinders deltagelse i motionsaktiviteter og aktiviteter generelt.

Andre undersøgelser viser desuden, at københavnske børn og unge med anden etnisk baggrund end dansk oftere er fysisk inaktive sammenlignet med etnisk danske børn (Ibsen, 2003).

Undersøgelser peger desuden på, at etniske minoriteter ikke altid sikres optimal sygdomsbehandling og sygdomsforebyggelse i lighed med resten af befolkningen. For at udnytte de informationer og tilbud, som kommunen giver i forhold til sundhed, er der behov for særlige tiltag, som tager højde for manglende sprogkunderskaber eller anderledes opfattelse af sundhed hos den del af de etniske minoriteter (Handleplan for etniske minoriteter, 2003).

På trods af den manglende overordnede viden om etniske minoriteters sundhedsforhold generelt, er der i de senere år igangsat en række initiativer i forskellige københavnske bydele, som retter sig mod forbedring af folkesundheden blandt disse grupper. Aktiviteterne henvender sig især til kvinder og omhandler kost og motion.

I Folkesundhed København arbejdes der i øjeblikket på at udvikle ”Etniske sundhedsformidlere”, som kan formidle viden om sundhed gennem målgruppens egne netværk og kulturforståelse.

### **C.3 Ældre i Københavns Kommune**

I Københavns Kommune udgør de ældre over 67 år 13 % af borgerne (Københavns Kommunes Sundhedsprofiler 2002). Det svarer til, at andelen af ældre borgere er næsten lige så høj som andelen af unge under 18 år. Københavns Kommunes Sundhedsprofiler (2002) viser generelt store forskelle i ældres sundhedstilstand, især i forhold til geografi, køn, alder, uddannelseslængde og samlivsformer. Fx har de ældre på Østerbro en langt bedre sundhedstilstand end ældre borgere på Nørrebro.

De ældre mænd har ligeledes en langt bedre sundhedstilstand end kvinderne på samme alder på trods af, at kvindernes middellevetid er væsentlig længere end mændenes (77 versus 71 år). Dette gælder både i forhold til selvvurderet helbred, funktionsevne og fald, hvor mændene klarer sig bedst. Derudover ses det, at de yngste ældre (64-74årige) klarer sig væsentlig bedre end de ældste ældre over 85 år. Generelt klarer ældre med en længerevarende uddannelse samt ældre, der lever i et parforhold sig bedre end henholdsvis ældre med en korterevarende uddannelse og enlige.

De ældre udgør ikke en homogen gruppe, men spænder fra raske ældre med høj livskvalitet og ingen begrænsninger i dagligdagen til svage ældre med dårligt funktionsniveau, meget sygdom og forringet livskvalitet.

Sundhedsprofilen viser yderligere, at 52,4 % af de ældre over 67 år angiver, at de er fysisk aktive i hverdagen og fx spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst fire timer om ugen. 30,7 % angiver, at de mest bruger deres tid på at læse, se fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse. Knap halvdelen af de ældre ønsker at være mere fysisk aktive og 24 % af de ældre svarer, at de er fysisk aktive for helbredets skyld (Københavns Kommunes Sundhedsprofiler 2002).

I forhold til de ældres livsstil er der også andre væsentlige faktorer, der har stor betydning for de ældres trivsel og sundhed i hverdagen, bl.a. kropsvægt, indtag af sovemedicin samt graden af det sociale netværk.

Københavns Kommune har i Ældrehandleplanen for 2004-05 fokus på faldforebyggelse, fysisk aktivitet og kost. Der har siden 1995 været fokus på den multifaktorielle faldforebyggelse. Samlet har indsatsen nedbragt forekomsten af lårbrud med 21 % i perioden 1995 til 2004, hvor det på landsplan er nedbragt med 5% (Sundhedsforvaltningen 2004).

#### **C.4 Konklusion - københavnernes fysiske aktivitetsniveau**

##### *Børneforældre*

Børneforældrene er rollemodeller for børnene, og de fleste københavnske forældre dyrker lettere motion. Kun en fjerdedel af forældrene dyrker idræt mindst 4 timer om ugen. Tre fjerdedel af forældrene lever således ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om ½ times motion daglig for alle voksne. Dog er 82 % interesseret i at blive mere fysisk aktive.

##### *Førskolebørn*

Der mangler lokale undersøgelser om fysisk aktivitet for denne målgruppe.

Fysisk aktivitet er en integreret del af førskolebarnets adfærd og er med til at give barnet mange forskellige oplevelser af de fysiske omgivelser. Bevægelse skal indarbejdes som en naturlig del af dagligdagen gerne gennem leg, og en målrettet indsats rettes mod de 3-6 årige småbørn for at forebygge udvikling af livsstilssygdomme.

For at børnene skal kunne udvikle de grundlæggende motoriske kompetencer, kræves der tilstrækkeligt med tid og tilgængelig plads, og børn som vokser op i storbyer har ikke altid samme adgang til faciliteter og grønne områder, som børn i mindre byer.

Pædagoger og ledere i dagtilbud fra 4 bydele i København efterlyser viden, inspiration og bedre fysiske rammer for at få mere bevægelse ind i hverdagen med de 3-6årige.

##### *Skolebørn*

Halvdelen af de københavnske skolebørn dyrker idræt i fritiden flere gange om ugen. Den organiserede idræt er mest populær blandt de midterste klassetrin. Aktiviteten daler, når børnene kommer op på 9. klassetrin, dette gælder især for pigerne, især blandt piger med anden etnisk baggrund end dansk. Men for begge køn gælder, at skolebørn med anden etnisk baggrund end dansk er mere fysisk inaktive end etniske danskere.

Flere skolebørn køres til skole og færre cykler. Cykelkampagner for at få flere børn til at cykle, har vist sig effektive også i forhold til at fastholde nye cyklister efter endt kampagne.

Børn der bruger cyklen til transportmiddel er, ifølge en stor norsk undersøgelse, bedre til at klare moderate fysiske udfordringer og har færre rygproblemer, end børn der køres.

7-10 procent af skolebørnene er overvægtige og mangler grundlæggende oplysning om anatomi og fysiologi, så de får viden, om hvordan kroppen reagerer, når man er fysisk aktiv. Samtidig er der behov for mere bevægelse i skolen, hvor børnene får positive oplevelser forbundet med at bruge kroppen aktivt. Idrætsfaget i folkeskolen har en lav status. Det kommer til udtryk ved, at faget ofte

varetages af lærere uden den faglige kompetence. Der er desuden behov for at øge motivationen blandt de ældste elever for at deltage i undervisningen, og skole/hjem samarbejdet skal styrkes, så forældrene får indsigt i fagets vigtighed for elevernes kropslige dannelse, glæden ved at bevæge sig og deres viden om faget og sundhed.

### *Større børn og unge*

Den med alderen stigende inaktivitet samt den dokumenterede dalende interesse for fysisk aktivitet generelt udgør en fare for udvikling af livsstilssygdomme blandt børn og unge.

68 % af drengene og 58% af pigerne er fysisk aktive ved fritidsaktiviteter mindst 3 timer om ugen. Med hensyn til fysisk inaktivitet, så er omkring en fjerdedel af de unge "stillesiddende". 23 % af drengene og 22% af pigerne når aldrig op på et moderat intensitetsniveau (rask gang, cykling, dans, der får pulsen op). 42 % af drengene og 33% af pigerne siger, at de aldrig er fysisk aktive i forbindelse med deres daglige transport. Kun lidt over halvdelen af gymnasieeleverne cykler hver dag.

### *Voksne københavnere*

En del voksne københavnere yder ikke noget for at bevare et godt helbred; men en del dyrker dog lettere motion. Flere mænd end kvinder er fysisk aktive.

De fleste voksne med stillesiddende arbejde er fysisk aktive i fritiden, dog er en lille gruppe også inaktive i fritiden.

Der er forskel på københavnernes fysiske aktivitet i de forskellige bydele i Københavns Kommune, der er således flest inaktive i Kongens Enghave, Bispebjerg, Nørrebro og Sundby.

I de bydele, hvor der bor flest etniske minoriteter, er der også den dårligste sundhedstilstand. Det drejer sig om Ydre Nørrebro, hvor knap 1/3 har anden etnisk baggrund end dansk, og desuden er der i bydele som Indre Nørrebro, Bispebjerg, og Kongens Enghave mange borgere med anden etnisk baggrund (mellem 1/4 og 1/5) (Handleplan for etniske minoriteter 2003).

Derfor hører en stor del af de etniske minoriteter til den gruppe af borgere, som kommunen bør gøre en særlig indsats overfor, hvis den sociale ulighed i sundhed skal mindskes.

### *Ældre*

De ældre udgør ikke en homogen gruppe, men spænder fra raske ældre med høj livskvalitet og ingen begrænsninger i dagligdagen til svage ældre med dårligt funktionsniveau, meget sygdom og forringet livskvalitet.

Ældre mænd har en bedre sundhedstilstand end ældre kvinder på samme alder

Der er stor forskel på ældres sundhed afhængig af bydel. Ældre på Østerbro har bedre sundhedstilstand end ældre borgere på Nørrebro.

52,4% af de ældre over 67 år angiver, at de er fysisk aktive i hverdagen og fx spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst fire timer om ugen. 30,7 % angiver, at de mest bruger deres tid på at læse, se fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse. Knap halvdelen af de ældre ønsker at være mere fysisk aktive og 24 % af de ældre svarer, at de er fysisk aktive for helbredets skyld.

Ældre har stor helbredsmæssig gevinst ved fysisk aktivitet og træning. Bl.a. er det muligt at reducere eller udskyde funktionsnedsættelse og mindske risikoen for faldulykker. Også ældre med nedsat funktionsevne – fx som følge af sygdom – kan have stort udbytte af regelmæssig fysisk træning. Det er derfor vigtigt, at tilbud om fysisk aktivitet og træning til ældre udbredes.

## D. Teoretisk grundlag bag ”København - En by i bevægelse”

### Tre-strengt strategi

En strategi, som Folkesundhed København arbejder ud fra i forbindelse med sundhedsfremme og forebyggelse, er blandt andet inspireret af diffusionsteorien (Rogers), Health Belief modellen (Hochbaum & Rosenstock), Social Cognitive Theory (Albert Bandura), Stages of Change (Prochaska & DiClemente) samt Theory of Planned Behavior (Fishbein & Ajzen)<sup>4</sup>. Motionsstrategien, der er præsenteret i kapitel 3, er udformet med inspiration i denne trestrengede strategi.

En tre-strengt strategi (viden, træning af færdigheder, miljøændringer) tager udgangspunkt i, at der ofte skal ske noget på alle tre niveauer for, at det skal lykkes at ændre adfærd og at kunne fastholde ændringen i arbejdet med sundhed og adfærdsændringer. Ændringerne kan både være i forhold til livsstil f.eks. ændring af motions- og spisevaner og i forhold til arbejdsmiljøet f.eks. brug af hjælpemidler til tunge løft og ændring af arbejdsteknik.

**Viden** kan tjene mange formål. Det kan være at give de professionelle lærere, sundhedsplejersker, pædagoger med flere en større forståelse for en given indsats, så flere opfatter en intervention som et positivt aktiv. Det kan være at give den enkelte borger information om sundhed, så borgeren bliver motiveret for selv at kunne handle og ændre adfærd. Det kan være kurser, temadage og kampagner, som både kan have til formål at give viden, skabe debat, sætte et emne på dagsordenen, ændre holdninger og styrke det sociale netværk.

**Træning** handler om at få mulighed for at omsætte sin viden og motivation til konkret handling. Her er den enkelte i centrum, enten individuelt eller som en del af en gruppe på arbejdspladsen, uddannelsesinstitutionen, i lokalmiljøet eller, hvor interventionen nu iværksættes. Den sundhedsfremmende aktivitet iværksættes inden for kendte rammer, hvor man i beskyttede omgivelser får mulighed for at træne sine færdigheder og nye adfærd.

**Miljøet** handler om rammerne for den sundhedsfremmende adfærd. Det kan være faciliteter i nærmiljøet, på legepladsen, arbejdspladsen, sund mad i kantinen, relevante motionstilbud, regler om flexetid, rygeregler med mere. Rammerne kan med fordel nedfældes i forskellige politikker i den arena, hvor målgruppen færdes – fx arbejdsmiljøpolitik, motionspolitik, rygepolitik og meget andet.

### Lokalsamfundet

Et ressourcestærkt lokalsamfund er essentielt for, at den tregrenede strategi kan finde sted. Det område man bor i, kan gennem økonomisk og social ulighed påvirke sundhedsadfærd, helbred og dødelighed, og et lokalområde kan både fremme og hæmme effekten af forebyggelse og sundhedsfremme (Iversen et al. 2002). Selve lokalområdets karakter kan medvirke til dannelsen af sociale netværk i området og den mængde social kapital, som produceres i disse sociale netværk (Cattell, 2001). Social kapital er en ressource for sundheden og kan påvirke sundhedsadfærden i positiv retning ved en god human infrastruktur; eksempelvis et godt fungerende offentligt sundhedsvæsen og gode faciliteter inden for idræt og kultur.

### Individet

Der er mange forskellige grunde til, at mennesker ikke ændrer adfærd og fx følger de officielle sundhedsråd. Grunden til, at man ikke ændrer adfærd, er ikke kun manglende viden. Det bunder

---

<sup>4</sup> Læs en kort introduktion til disse teorier i Dalum et al. 2000.

også i, at det er svært at ændre ved indgroede vaner. At skulle handle på en anden måde, fx. holde op med at ryge eller begynde at spise sundere, er ikke blot en enkelt vane, der skal ændres, men en stor del af dagligdagen. Man skal ændre flere vaner. Men man skal også ændre alle de normer, vaner, forestillinger m.v., der er knyttet til adfærden, og som opleves naturlige. En indsats på hvert enkelt niveau er ikke altid nok til at skabe ændring, da der er store forskelle i individers muligheder for at omdanne ny viden til konkret handling. Derfor skal sundhedsfremmende indsatser initieres på flere niveauer, under hensyntagen til målgruppens behov og ressourcer, så de tre niveauer komplimenterer hinanden og giver en synergieffekt.

### **Effektiv formidling af ”København - En by i bevægelse”**

I sin diffusionsteori har Everett M. Rogers fremhævet fem karakteristika som særligt fremmende for effektiv formidling af budskaber (Jørgensen 2000).

De fem karakteristika omhandler bl.a. *relativ gevinst*, hvilket betegner den subjektive vurdering af budskabet sammenlignet med de alternativer, der skal konkurreres med. Det antages, at jo større subjektiv oplevelse af nytte, des større er sandsynligheden for, at budskabet vil spredes hurtigt blandt målgruppen. Trods det at de fleste sundhedsbudskaber og sundhedsfremmende aktiviteter lover relativ gevinst på langt sigt, kan det være svært for den enkelte at se nytten her og nu.

Fordelene ved at bevæge sig mere (nyttens) viser sig hurtigt ved bl.a. øget velbefindende og energi, og det er et vigtigt budskab at formidle, da det måske virker mere overkommeligt at afprøve en ny sundhedsadfærd, som fx at cykle til arbejde, i to uger og dernæst vurdere nytten.

Et andet karakteristika vedrører *kompatibilitet*, der er et mål for, hvordan budskabet opfattes af målgruppen med dens nuværende erfaringer. Hvis en nytænkning ikke er i overensstemmelse med de gængse normer og holdninger, vil et budskab have sværere ved at blive udbredt. F.eks. hvis det ikke passer ind de kulturelle og sociale sammenhænge, hvori de sundhedsfremmende aktiviteter skal indgå.

For at sikre at de igangsatte aktiviteter passer til målgruppens ønsker og behov, er det derfor vigtigt at kende til befolkningssammensætningen i de enkelte lokalområder.

Tredje karakteristika handler om *kompleksitet*, der ligeledes kan være med til at hæmme formidlingsprocessen. Hvis målgruppen har svært ved at forstå budskabet, eller finder det besværligt at handle derefter, indvirker det på udbredelsen af den pågældende aktivitet. Det sunde valg skal være det lette valg.

”København - En by i bevægelse” må derfor fokusere på, at det skal være nemt at integrere fysisk aktivitet i hverdagen. Dette kan medvirke til, at den enkelte får nogle nemme redskaber til at komme i gang med at dyrke motion.

Det fjerde karakteristika handler om *afprøvelighed*, hvilket vil sige, at det skal være muligt at afprøve nye handlemuligheder på forsøgsbasis uden på forhånd at være bundet til at lægge sine vaner fuldstændigt om. Det medvirker til, at der er større chance for, at budskabet vinder accept samt udbredes.

Sidst men ikke mindst er *synlighed* af stor betydning. Jo lettere det er for målgruppen at se resultaterne af den sundhedsfremmende indsats, jo mere vil de være motiverede for selv at forsøge sig. I forhold til dette kan ”København - En by i bevægelse” med fordel videregive andres gode eksempler på indsatser, der gør byen mere fysisk aktiv såsom ”Friday night skating”, som de har i

Paris, Amsterdam, Berlin og London m.fl., ligesom lysløjper, træningspavillioner, gå-busser osv. er med til at gøre fysisk aktivitet mere synligt.

Diffusionsteoriens hovedpointe er, at sundhedsfremmende budskaber må udformes på baggrund af et sociologisk kendskab til forskellige målgruppers objektive interesser og subjektive motivation.

De nævnte karakteristika er som sagt med til at forklare, hvilke aspekter der har positiv eller negativ indvirkning på, hvorvidt målgruppen tager det sundhedsfremmende budskab til sig. Opfyldelse af de fem karakteristika er dog ikke alene nok til, at vi som sundhedsformidlere kan forvente en ændring af folks sundhedsadfærd. Ifølge Bandura (1997) handler det i høj grad ligeledes om den enkeltes egne forventninger til, om man kan magte en given opgave eller en bestemt adfærd – begrebet self-efficacy<sup>5</sup>.

### **Børn og leg**

Børn har gennem leg en naturlig tendens til at være fysisk aktive, hvis rammerne herfor er til stede. Meget tyder på, at børn finder glæde i de aktiviteter, de selv finder på – altså fri leg. Det er derfor afgørende, at børn har mulighed for at lege. Børn vælger typisk aktivitet ud fra deres forudsætninger og dermed muligheden for at opleve mestring. Det er derfor vigtigt at fokusere på, at små børn får erfaring med mange forskellige aktiviteter og bevægelser, så omfanget af mestningsoplevelser bliver så stort som muligt. Barndommens erfaringer med fysisk aktivitet kan være af betydning for troen på, at man kan finde ud af at være aktiv i voksenlivet (Armstrong & Welsman 1997).

### **Gruppedynamik og individuelle indsats**

Folkesundhed København tilstræber at tilgodese både den enkelte borger og grupper af borgere ved at tilbyde individuel rettede tilbud (fx individuelle rygestop-samtaler, individuelle samtaler om motion og kost og personlige sundhedsprofiler) og tilbud rettet mod grupper (fx nærgymnastik og walk'n talk). Hovedvægten lægges på grupper, idet der her er mulighed for at nå en større målgruppe. Desuden kan gruppen skabe et trygt og dynamisk forum, der muliggør udnyttelse af de ressourcer, der findes i gruppen og samtidig tilgodeser den enkelte. Gruppeaktiviteter kan også give mulighed for at udveksle erfaringer, synspunkter og viden om det at ændre livsstil, og gruppen kan dermed udgøre et vigtigt socialt netværk. I flere af Folkesundhed Københavns indsatser kombineres gruppe- og individrettede tilbud, hvor gruppesamtaler/gruppetræning suppleres med individuelle samtaler eller testning. Indsatser der inkluderer individniveauet er mere omkostningstunge, men kan være nødvendige af hensyn til emner af privat eller følsom karakter.

### **Kommunalt versus nationalt niveau**

København er landets største kommune, landets hovedstad og indtager derfor på mange måder en særstatus. Ofte skal Københavns Kommune give høringssvag på nationale lovforslag, og der gives nationale midler til at udvikle og afprøve nye metoder blandt andet på baggrund af kommunens størrelse, befolkningssammensætning og økonomi. Når der derfor er foreslået indsatser, der rækker ud over det kommunale niveau, som for eksempel at vi skal arbejde for at indføre mere fysisk aktivitet i voksenpædagogiske uddannelser, skal det ses i lyset af denne særstatus.

## **E. Fysisk aktivitet - metoder og erfaringer**

Indsatser med fysisk aktivitet i forbindelse med folkesundhed er stadig forholdsvist nyt, og der er ikke mange erfaringer på området. Der er dokumentation for, at fysisk aktivitet gavner folkesundheden men viden om, hvordan indsatserne skal udformes for at få størst effekt, er stadig

---

<sup>5</sup> Self-efficacy er et begreb, der fortæller om et individs tro på egen mestring/ egne evner.



sparsom. I dette afsnit redegøres for de erfaringer, der er gjort i Københavns Kommune i forbindelse med Motionshandlingsplanen, der er udsprunget af Folkesundhedsplanen 2000. Motionshandlingsplanen blev midtvejsevalueret i sommeren 2004, og der blev gjort status over indsatserne.

Desuden beskrives erfaringer vedrørende skiltning til fremme af fysisk aktivitet og et internationalt litteraturstudie af Motion på recept.

Afslutningsvis opsummeres resultaterne fra en større spørgeskemaundersøgelse vedrørende befolkningens motiver og barrierer for fysisk aktivitet.

I prioriteringer og valg af fremtidige indsatser, er det hensigtsmæssigt at bygge videre på denne viden.

### **E.1 Erfaringer fra interventioner med fysisk aktivitet**

Motionshandlingsplanen for Kgs. Enghave og Nordvest, der blev omtalt i afsnit 2.2, fungerer fortsat og udløber ved udgangen af 2005.

Tilgangen i motionssatsningen er baseret på borgerinddragelse, lokal involvering, ”bottom up” planlægning frem for ”top down” planlægning. Det betyder blandt andet, at Motionssatsningen er baseret på at arbejde gennem lokale samarbejdspartnere.

#### **Målgrupper**

De projekter, der er iværksat i de to bydele, fordeler sig på følgende målgrupper:

- Børn og unge
- Familien
- Arbejdspladsen
- Ældre

Erfaringerne viser, at *Børn-og unge målgruppen* er nemmest at nå for et projekt som Motionssatsningen, fordi der er mange lokale samarbejdspartnere i institutioner og skoler. Desuden har der været mange erfaringer med idrætsindsatser rundt omkring i byen, der har været nemme at overføre til andre bydele, fx fairfodbold, idrætscontainer og street basket (GAM3).

*Familien* har været en svær målgruppe, når der ses bort fra festival og eventprægede aktiviteter. Dette skyldes, at far, mor og børn sjældent tiltrækkes af den samme form for fysisk aktivitet. Derfor skal motionsindsatser rettet mod familien rumme mange typer af aktiviteter. En undtagelse er forældre-barn gymnastik. Projektet Familien, motion og mad går netop ud på, at der er forskellige aktiviteter for familien på samme tid. Mens barnet dyrker sport, kan mor og far dyrke noget andet, i stedet for at sidde i hallen og vente.

*Arbejdspladsen* har været vanskelig at få kontakt til med den lokale tilgang som metode. Der har været kontakt til erhvervsnetværk i bydelene, uden at det har afstedkommet projekter. I evalueringen peges der på at en metode, som Folkesundhed København benytter i deres arbejdspladsstrategi, og indsatser i samarbejde med Dansk Firma Idræts Forbund, muligvis er mere hensigtsmæssig for at nå de voksne via arbejdspladsen.

*Ældre*: Motionskonsulenten i Nordvest har oplevet, at motionssatsningen har været et ekstra krydderi på et i forvejen godt organiseret ældremiljø. Øvrige aktiviteter for ældre var i forvejen iværksat i begge bydele og er muligvis blevet styrket af motionssatsningen.

*Etniske minoriteter:* Det har været nyttigt at definere etniske minoriteter som en særlig målgruppe og arbejde med særlige aktiviteter for disse. Dette har været hensigtsmæssigt både ud fra kønsperspektivet (at idrætten var kønsadskilt) og ud fra identitetsinteresser (fx golf for etniske ældre).

### **Synergieffekt**

Det ser ud til, at der skabes en synergieffekt, når der foregår mange samtidige og synlige tiltag i et lokalområde, hvor flere som konsekvens heraf stiger på vognen, og også vil være med. Det er i Motionsstatsningen kommet til udtryk ved, at det har været lettere at igangsætte nye projekter i Nordvest, hvor der samtidig var Kvartersløft end i Kgs. Enghave, hvor Kvartersløftet blev lukket.

### **Lokal tilstedeværelse**

Endelig peger midtvejsevalueringen på, at en synlig lokal tilstedeværelse for motionskonsulenten har været gavnlig. Nordvest-konsulenten har haft større lokal tilknytning via Kvartersløft, men motionskonsulenten i Kgs. Enghave har arbejdet ud fra Sjællandsgade.

### **Projekter der får fat i målgruppen af inaktive**

Som særligt perspektivrige projekter i forhold til handleplanens målsætning om involvering af fysisk inaktive gennem projektyper, der kan få fat i nye målgrupper, fremhæver de to motionskonsulenter følgende projekter:

#### Børn & Unge:

- Containeridræt (i gang i begge områder)
- Fairfodbold (i gang i begge områder)

#### Familien/voksne

- Familien, mad og motion/Far og Mor til sport (i gang i Kgs. Enghave)
- Nord-Vestløbet (i gang)
- Svært overvægtige kvinder (i gang i Nord-Vest)

#### Ældre

- Stavgang (i gang i begge områder)
- Sarcopeni center / Styrketræning for Ældre (afventer finansiering)

#### Etniske minoriteter

- Cykelkursus for etniske minoritetskvinder (i gang i Kgs. Enghave)
- Etnisk pige/kvinde gymnastik/svømning (i gang i begge områder)

### **Andre erfaringer**

#### **Skiltning**

Synliggørelse af mulighederne for fysisk aktivitet i de allerede eksisterende rammer bl.a. via oplysningsvirksomhed har i et litteraturstudie vist sig at være effektivt. En gennemgang af seks udenlandske studier, hvor skilte i indkøbscentre, tog- og busstationer samt et bibliotek gjorde opmærksom på sundhedsmæssige fordele ved at benytte trappen viste, at man i fem ud af seks studier gennemsnitligt øgede brugen af trapper med 53,9% (Kahn et al. 2002).

Et eksempel herpå i Danmark er opfordringen til at tage trappen frem for elevatoren i forbindelse med Sundhedsstyrelsens kampagne "Rør dig 30 minutter om dagen".

## **Internationalt litteraturstudie af motion på recept**

I september 2004 udgav Institut for Sundhedsvæsen, DSI, en rapport om Motion på recept, der gennem et litteraturstudie ser på effekten af at ordinere motion som lægemiddel. I rapporten understreges, at der findes meget få videnskabelige studier af motion på recept, og desuden at det er vanskeligt at sammenligne indsatserne, der ofte organisatorisk er meget forskellige fra den danske model. Med disse forbehold konkluderes at:

- Der mangler studier, der måler indsatsernes effekt efter længere tid (efter 12-24 måneder)
- Ordninger med motion på recept, der typisk etableres for fx at påvirke blodtryk og vægt, viser sig reelt at have effekt på andre områder som fx psykosociale forhold.
- Der er klare fordele ved at bruge objektive metoder til at måle aktivitetsniveau, frem for selvrapporeret fysisk aktivitetsniveau, hvor omfanget ofte overestimeres.
- Det er mere kostbart at motivere patienterne til at opnå det anbefalede niveau for fysisk aktivitet, end at motivere patienten til at opnå små gradvise ændringer.
- Interventioner med konkrete træningsforløb er populære blandt deltagerne og giver bedre selv vurderet helbred. Der kan opnås positive effekter af personlig og social karakter (selvværd, socialt netværk, og selvtillid).
- Mundtlig rådgivning kan give forøgelse i patienternes fysiske aktivitetsniveau.
- Ændringer i fysisk aktivitetsniveau kan give patienten anledning til at ændre på andre livsstilsvaner som fx kost og/eller rygning.
- Befolkningens opmærksomhed om motions betydning for helbredet skærpes pga. den store medieomtale som motion på recept har fået og stadig får.
- Udfordringerne ligger i at få patienterne til at fortsætte med motion efter interventionens afslutning.
- Hjemmebaseret træning (fx gåture i lokalmiljøet eller andre lokale selvorganiserede aktiviteter) fører tilsyneladende til mere fastholdelse end deltagelse i planlagt træningssessioner. Årsagen hertil er, at det er mere bekvemt. Der stilles spørgsmålstegn ved, om dette også gælder for danskere, der har en anden tradition for foreningsdeltagelse.
- Rådgivning om motion der er struktureret efter patientens parathed til at ændre adfærd kan fremme aktiviteten.
- Når der etableres social støtte under det konkrete træningsforløb er fastholdelsen større. Fx makkerordninger ("buddy-systems"), par der træner sammen, eller når træningen foregår i mindre hold.
- Opfølgning via regelmæssige telefonopkald har vist sig at give en positiv effekt i interventioner med selvorganiseret/hjemmebaseret træning.
- Den geografiske afstand fra deltagerens hjem til træningsstedet kan udgøre en barriere. (DSI 2004)

## **E.2 Befolkningens motiver og barrierer for fysisk aktivitet**

Ifølge en undersøgelse som Rambøll foretog for Sundhedsstyrelsen i 2003, baseret på 2000 respondenter, er de primære motiver for fysisk aktivitet:

- At bevare eller forbedre sit helbred
- At være i form
- Give overskud til resten af hverdagen.

I forhold til barrierer for fysisk aktivitet oplyser respondenterne at:

- Hver tredje dansker prioriterer arbejde eller studie højere
- Knap hver tredje oplever ikke sig selv som "en sporty type"
- Knap hver fjerde har ikke overskud, fordi de skal passe børn eller ældre, eller foretrækker at se tv eller læse en bog.

Undersøgelsen viser, at der er sammenhæng mellem, hvor aktiv man er, og hvor store barrierer man oplever. Jo mindre aktiv man er, desto større barriere oplever man. Generelt oplever befolkningen ifølge denne undersøgelse dog ikke de store barrierer. (Rambøll 2003)

Disse forhold er vigtige at være opmærksomme på, når man overvejer, hvordan man skal argumentere overfor befolkningen i forbindelse med kampagner for fysisk aktivitet. Eller når man skal tilrettelægge konkrete interventioner.

## **Bilag 2**

### **Indstilling om København - En by i bevægelse**

SOU 232/2005 J.nr. 35/2005

#### **INDSTILLING**

Sundhedsforvaltningen indstiller, at Sundheds og Omsorgsudvalget godkender,

at indsatser for at gøre København til En by i bevægelse særligt rettes mod børn, inaktive voksne, ældre og etniske minoriteter.

at indsatserne særligt prioriteres i bydele, hvor der er social ulighed i sundhed og hvor der tages udgangspunkt i lokalområdets ressourcer fx i områder med Områdefornyelser og Kvarterløft.

at den tværsektorielle styregruppe for En by i bevægelse får mandat til at operationalisere indsatser skitseret i nærværende indstilling.

at indstillingen sendes i høring i Familie- og Arbejdsmarkedsudvalget, Uddannelses- og Ungdomsudvalget, Kultur- og Fritidsudvalget, Bygge- og Teknikudvalget, Miljø- og forsyningsudvalget, Økonomiudvalget og ældrerådene.

#### **RESUME**

I budgetforliget 2005 vedtog Borgerrepræsentationen at København skal være en by i bevægelse. Motion skal indtænkes bredt i alle forvaltninger som et forebyggende element.

På den baggrund nedsatte de administrerende direktører i Københavns Kommune en tværsektoriel styregruppe med repræsentation fra alle forvaltninger og med Sundhedsforvaltningen som tovholder.

Denne styregruppe har på dette stadie behov for en politisk godkendelse til prioritering af målgrupper, arenaer og konkrete indsatsområder for at kunne gå videre i arbejdet med en yderligere konkretisering og detaljering af budgetter til de foreslåede indsatsområder.

I forhold til målgrupper og arenaer foreslås, at indsatser særligt fokuserer på

Småbørn i dagtilbud, hvor den grundlæggende motoriske indlæring skal finde sted og danne gode vaner og forudsætninger for et fysisk aktivt skole og voksenliv.

Skolebørn- særligt de 6-9-årige, fordi der ses et tydeligt fald i aktivitetsniveauet ved overgangen fra børnehaven til skolelivet; og de ældste klassetrin – fordi der her ses et frafald i deltagelsen i idrætstimerne og i det organiserede idrætsliv i fritiden.

Unge – særligt de unge på tekniske skoler, produktionsskoler og Sosu-skolerne, fordi der er ikke nogen idrætsundervisning her, i modsætning til gymnasierne, og fordi der blandt voksne er særligt mange inaktive blandt faglærte og ufaglærte.

Forældre til børn i dagtilbud, indskoling og børn i ældste klassetrin. Der skal gøres en særlig indsats for at forældrene støtter børnene i at være fysisk aktive.

Inaktive voksne - særligt på arbejdspladser med mange lavere funktionærer, faglærte og ufaglærte. Desuden skal indsatsen rettes mod borgere udenfor arbejdsmarkedet fx via boligsociale områder, arbejdsformidlingen, daghøjskoler og Revacentrene.

Ældre - for at vedligeholde funktionsniveauet hos ældre skal der fortsat ske en styrket indsats for at træne de ældre. Arenaerne for indsatsen er i nærmiljøet i boligområdet og i ældreboligkomplekser, tilbud på plejehjem og styrketræningstilbud på træningscentre.

Særlige grupper - inaktive borgere af anden etnisk herkomst end dansk.

Geografisk udvælgelse af indsatsområderne skal medvirke til at reducere den sociale ulighed i sundhed og det kan blandt andet ske ved at placere indsatser i områder med mange sociale boligbyggerier, i områder hvor der er høj koncentration af etniske minoriteter og i områder, hvor der er Kvarterløft og Områdefornyelser.

Der er foreslået konkrete indsatsområder, som styregruppen gives mandat til at prioritere og operationalisere for at gøre København til En by i bevægelse i perioden 2005-2008. Indsatserne er tværsektorielle og er både indsatser, der giver viden, uddannelse og oplysning; indsatser der fremmer de fysiske rammer i København og de strukturelle rammer; samt indsatser der styrker individets handlingsmuligheder.

Sundhedsforvaltningen skønner, at flere af forslagene kan udføres indenfor de nuværende driftsbudgetter, mens en årlig ramme på 3-4 millioner kroner for samtlige forvaltninger i perioden 2006-2009 vil gøre det muligt at iværksætte nye initiativer, som tilfører København væsentlige og synlige forbedringer til fremme af fysisk aktivitet.

Det indstilles samtidigt, at indstillingen sendes i høring i alle de politiske udvalg samt i ældrerådene.

## **SAGSBESKRIVELSE**

### **Baggrund**

Fysisk aktivitet er en vigtig forbyggende faktor og inaktivitet er en risikofaktor for folkesundheden på linie med tobak. I den nyligt offentliggjorte Sundhedsprofil for københavnere 2005 fremgår det, at udviklingen af fysisk aktive københavnere er stagneret siden 1991. Ligeledes ses en stor social ulighed i forhold til, hvem der er mest inaktive. Således er det borgere med de korteste uddannelser eller de arbejdsledige, der er mest inaktive.

Det lave niveau for fysisk aktivitet er et generelt folkesundhedsproblem. Afgørende forbedringer på området kan kun opnås ved en indsats i alle kommunale sektorer.

I Budgetforliget 2005 blev det vedtaget at ”Parterne er enige om, at der bredt i alle forvaltningers aktiviteter skal indtænkes motion som et forebyggende element. Sundhedsforvaltningen skal sikre den nødvendige koordinering og erfaringsudveksling. Evaluering af indsatsen skal ske sammen med status for det øvrige arbejde med forebyggelse og folkesundhed.”

De administrerende direktører i Københavns Kommune besluttede på den baggrund at nedsætte en tværsektoriel styregruppe for En by i bevægelse, hvor der er repræsentation fra samtlige syv forvaltninger. Denne styregruppe blev etableret i april 2005. Sundhedsforvaltningen er formand for styregruppen og har udarbejdet et oplæg til en motionsstrategi, som blev præsenteret for styregruppen.

Motionsstrategien foreslår en tre-strengt indsats til fremme af fysisk aktivitet og arbejdet med En by i bevægelse, der baserer sig på Sundhedsforvaltningens øvrige sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.

Strategien består af tre grundstrategier: Viden, Muligheder og Handling.

En effektiv sundhedsfremmende og forebyggende indsats på motionsområdet bygger på et samspil mellem disse tre grundstrategier og en række tilknyttede delstrategier.

I forhold til ”Viden” er fx kampagner, oplysning og uddannelse delstrategier, der handler om at oplyse borgeren, og de professionelle faggrupper der har kontakt til borgeren, om vigtigheden af at være fysisk aktiv.

”Muligheder” relaterer til både de fysiske rammer såsom idrætsfaciliteter, både indendørs og udendørs, samt strukturelle rammer, der kan handle om at udforme specifikke politikker på fx arbejdspladser, dagtilbud og i skoler omkring fysisk aktivitet eller politiske målsætninger, der appellerer til øget fysisk aktivitet blandt befolkningen. Det handler om at tilgængeligheden skal være i højsædet, også i nærmiljøet, så det gøres så let for borgeren som muligt, at vælge en fysisk aktiv livsstil

”Handling” sætter individet i centrum for indsatsen og omhandler både ydre og indre motivation for at vælge en fysisk aktiv livsstil og bygger således på en psykologisk forståelse.

En stor gruppe af de københavnske borgere har særligt behov for indsatser på motionsområdet, som rækker ud over de enkelte forvaltningers traditionelle arbejdsområder. Derfor indstilles det, at der arbejdes tværsektorielt med indsatserne i Københavns Kommune, således at alle syv forvaltninger inddrages i operationaliseringen af strategien. Formålet med at etablere en tværsektoriel styregruppe er desuden at sikre at indsatserne koordineres, og at viden og erfaring genereres i forvaltningerne gennem det hidtidige arbejde på området og med byens fysiske rammer inddrages.

Der er behov for at indsatserne skal rettes mod forskellige målgrupper i befolkningen og især tage hensyn til social ulighed i sundhed.

Endelig skal erfaringerne fra udmøntningen af Motionshandlingsplanen i Kgs. Enghave og Nordvest inddrages ved tilrettelæggelsen af fremtidige indsatser.

### **Målgrupper og arenaer:**

For at gøre København til "En by i bevægelse" indstilles hermed at indsatserne særligt rettes mod følgende målgrupper og arenaer:

#### **1. Børn**

Småbørn: En god motorisk udvikling i barndommen, der styrker barnets fysiske udvikling, koncentrations- og indlæringssevne, selvværd og kropslige kompetencer, er en vigtig forudsætning for at man også i skolen og senere i livet vælger at være fysisk aktiv. En indsats overfor småbørn i dagtilbud bør derfor prioriteres.

Skolebørn(6-9-årige og ældste klassetrin): I overgangen fra daginstitution til skolen ses et tydeligt fald i aktivitetsniveauet. Der skal derfor gøres en indsats overfor de 6-9 årige, så der i indskolingen og i skolefritidsordninger er fokus på at stimulere børnene til fortsat fysisk aktivitet. I skolens ældste klassetrin ses et frafald i deltagelsen i idrætstimerne samt i den organiserede idrætsdeltagelse i fritiden. Derfor bør der også fokuseres på indsatser rettet mod de ældste klassetrin. Der kan fokuseres på en styrkelse af idrætstimerne, men også på fysisk aktivitet i den øvrige undervisning.

Unge: Unge på tekniske skoler, produktionsskoler og Sosu-skolen tilhører en vigtig målgruppe. Her er ikke nogen idrætsundervisning, i modsætning til gymnasierne, og der bør gøres en indsats for at øge de unges muligheder for fysisk aktivitet i uddannelsesforløbet, samt for at øge deres kendskab til mulighederne i nærmiljøet for at være fysisk aktiv i det organiserede eller selvorganiserede idrætsliv.

Forældre: Der skal gøres en særlig indsats for at forældrene støtter børnene i at være fysisk aktive. Forældre der har småbørn og/eller børn i indskolingen kan opfordres til at benytte aktive transportformer og/eller kollektiv trafik, frem for at køre børnene til daginstitutionen eller skolen. Forældre med børn i de ældste klasser skal oplyses om vigtigheden i at støtte børnene i deres aktive deltagelse i idrætstimerne og i at de transporterer sig selv aktivt til skole.

#### **2. Inaktive voksne**

Indsatserne skal særligt prioriteres på arbejdspladser med mange lavere funktionærer, faglærte og ufaglærte.

Desuden skal indsatserne rettes mod borgere udenfor arbejdsmarkedet fx via boligsociale områder, arbejdsformidlingen, daghøjskoler og Revacentret.



### 3. Ældre

Med stigende alder ses et faldende aktivitetsniveau med en nedsat funktionsevne til følge. For at vedligeholde funktionsniveauet hos ældre skal der fortsat ske en styrket indsats for at træne de ældre og de nuværende indsatser kan yderligere differentieres i form af indhold og intensitet i træningen. Arenaerne for indsatserne er i nærmiljøet i form af stavgang og nærgymnastik i boligområdet og i ældreboligkomplekser, tilbud på plejehjem og mere intensive træningstilbud på træningscentre.

#### Særlige grupper

Fysisk inaktive borgere af anden etnisk herkomst end dansk skal have særlig prioritet, da der er tydelig forskel på deres motionsvaner, sammenlignet med etniske danskere. Dette gælder især hos voksne og ældre, men også hos børn ses en forskel.

#### Social ulighed

For at indsatserne vedr. En by i bevægelse kan medvirke til at reducere den sociale ulighed i sundhed indstilles det, at de geografiske områder der prioriteres tager højde for dette parameter. Det kan blandt andet ske ved at placere indsatser i områder med mange sociale boligbyggerier, i områder hvor der er høj koncentration af etniske minoriteter, og i områder hvor der er Kvarterløft og Områdefornyelser.

### **Operationalisering af En by i bevægelse**

Såfremt disse målgrupper og arenaer godkendes, foreslås at styregruppen gives mandat til at prioritere blandt følgende konkrete indsatser og operationalisere disse for at gøre København til En by i bevægelse i perioden 2006-2009:

#### **Viden:**

Kampagner for aktiv transport (Hjælp dig og dine børn til en bedre sundhed og en renere luft i byen, lad bilen stå og tag cyklen eller bussen; tag cyklen med toget den ene vej; stå af bussen et stop før; skiltning med opfordring om at tage trappen; information om grønne cykelruter; information om gratis styrketræning i træningspavillonen etc.).

Efteruddannelse og kurser for pædagoger i dagtilbud og skolefritidsordninger; og af lærere på skoler og relevante uddannelsesstilbud.

Støtte/krav til skoler om at idrætsundervisningen varetages af lærere med idræt på liniefag.

Udvikling af kompendier til lærere, der gør det let at integrere fysisk aktivitet i flere fag.

Oplysning til børn, forældre, inaktive og ældre om vigtigheden af fysisk aktivitet.

## **Muligheder:**

### *Fysiske rammer*

Etablering af en motionsrute igennem København (Byens Grønne Puls).

Etablering af styrketræningspavilloner i parker og egnede områder i nærmiljøet.

Idrætscontainere opstilles i egnede områder, hvor foreningsløse børn og unge færdes.

Lysløjper til udendørs løb, traveture og stavgang i parker, grusning og snerydning i vinterhalvåret.

Udvikling af udendørs skoleundervisning i nærliggende grønne områder (udeskoler).

Etablering af rekvisit-depoter (grejbanker) til udendørs undervisning (udeskoler) og andre aktiviteter i byens grønne områder.

Fortsat forbedring af stisystemer til cykling og rulleskøjtøb.

Belægningen på kommunens træningscentre kortlægges og der etableres styrketræning for flere målgrupper i ledige tidsrum.

### *Strukturelle rammer:*

Støtte skoler i at få flere idrætstimer og idræt på flere uddannelsesinstitutioner (tekniske skoler, produktionsskoler, SOSU-skolen).

Støtte til indførelse af motionspolitikker på arbejdspladser med særlige behov.

## **Handling:**

Motionsvejledning med motiverende samtaler og visitering til velegnede motionstilbud.

Børn, forældre, inaktive voksne, arbejdsledige og ældre trænes i at benytte byens faciliteter i netværk blandt ligesindede. Motionsstien (Byens Grønne Puls), lysløjper og træningspavilloner, rekvisitdepoter (grejbanker) mm. skal introduceres for målgruppen.

Pædagoger, lærere, ledere på arbejdspladser, boligsociale rådgivere, plejehjems personale, hjemmehjælpere og andre professionelle faggrupper der omgiver målgrupperne, motiveres og uddannes til være gode rollemodeller, der faciliterer fysisk aktivitet og selv deltager aktivt.

## **MILJØVURDERING**

Sagstypen er ikke omfattet af Sundhedsforvaltningens positivliste over sager, der skal miljøvurderes.

## **ØKONOMI**

På det nuværende stadie i planlægningen af En by i bevægelse er det en forudsætning for styregruppen at få en politisk godkendelse og prioritering af målgrupper og arenaer for de fremtidige indsatser. Derfor eksisterer der endnu ikke detaljerede budgetter for de enkelte indsatsområder.

Det er Sundhedsforvaltningens skøn, at nogle af de her foreslåede indsatser kan integreres i de nuværende driftsbudgetter, mens andre initiativer vil kræve tilførsel af nye midler.

Det er Sundhedsforvaltningens skøn på det nuværende grundlag, at en årlig ramme på kr. 3-4 millioner i perioden 2006-2009 for samtlige forvaltninger vil være en forudsætning for at iværksætte indsatser, der vil betyde en afgørende forskel for københavnernes muligheder for at være fysisk aktive.

## **HØRING**

Det indstilles, at indstillingen sendes i høring i de øvrige politiske udvalg. Høringssvar vil indgå i styregruppens vurdering ved operationalisering af strategien. Ved afgørende ændringsforslag vil Sundheds- og Omsorgsudvalget modtage en revideret indstilling.

## **BILAG**

Grafisk model af motionsstrategien.

IbHaurum  
/Kirsten Lee

## Bilag 3

### Resume af evaluering af Motionshandleplan for Kgs. Enghave og Nord-Vest

#### Det politiske grundlag

Borgerrepræsentationen vedtog den 4. oktober 2001 de overordnede målsætninger og indsatsmål for arbejdet med "Folkesundhed i København 2002-2005" (BR 397/01). Heri indgik, at der skal udarbejdes handleplaner for en række udvalgte indsatsområder, blandt andet *motion*.

**Motionsindsatsning i Kgs. Enghave og Nord-Vest** udgør *handleplanen på motionsområdet*. Der er tale om et 2-årigt projekt udviklet i et samarbejde mellem Kvarterløft Nord-Vest, Sundhedsforvaltningen og Kultur- og Fritidsforvaltningen.

Den 11. juni 2003 godkendte Borgerrepræsentationen motionshandleplanen med en bemærkning om, "at der efter 24 måneder skal foretages en grundig evaluering af projektet." (BR 249/03). På den baggrund har Styregruppen for motionshandleplanen udarbejdet en evaluering, hvor konklusionerne er opřidset nedenfor. Den samlede evaluering kan hentes på [www.folkesundhed.kk.dk](http://www.folkesundhed.kk.dk) under publikationer/voksne.

### Konklusion og perspektivering

#### Evalueringens forudsætninger

I projektbeskrivelsen af "Motionsindsatsning" var der lagt op til, at der i de to udvalgte områder – Kgs. Enghave og Nord-Vest – skulle gennemføres et parallelt udviklingsforløb som beskrevet i den vedtagne handleplan. Af forskellige årsager valgte styregruppen at omorganisere projektdelen i Kgs. Enghave (se afsnit 4.5). Omorganiseringen indebar blandt andet, at indsatsen i Kgs. Enghave i "Motionsindsatsningens" andet år (2004-2005) var koncentreret om 4 kerneprojekter. Den ny projektmodel afveg i en sådan grad fra de idéer og den metode, der var lagt op til i den oprindelige handleplan, at styregruppen har valgt at koncentrere nærværende evaluering om "Motionsindsatsning i Nord-Vest".

Det skal i den forbindelse bemærkes, at styregruppen, især i "Motionsindsatsningens" andet år, har fokuseret på de *erfaringer* der er indhøstet i *begge* lokalområder med henblik på at udvikle fremtidige strategier for, hvordan indsatsen for at gøre *fysisk inaktive* borgere til *fysisk aktive* borgere kan optimeres. Det har blandt andet givet anledning til at indsamle og bearbejde de erfaringer, der indtil videre er gjort med eksempelvis "Containeridræt".

#### Konklusion

Konklusionen på evalueringen af "Motionsindsatsning i Nord-Vest" er

At "kvarterløft" eller "områdefornyelse" udgør en velegnet organisatorisk ramme for afprøvning af udviklingsprojekter som fx "Motionsindsatsning", under forudsætning af at motion er et prioriteret område i de vedtagne kvarterplaner.

At der alene i Nord-Vest er udviklet 32 delprojekter rettet mod "Motionsindsatsningens" primære målgrupper: *inaktive børn og unge, inaktive ældre, inaktive etniske og familien som samlet enhed*.

At de gennemførte delprojekter ikke ville være realiseret uden idræts- og motions-konsulentens aktive medvirken.

At de afviklede delprojekter har ramt en målgruppe (deltagerkreds) som lokalområdet traditionelle aktører på idræts- og motionsområdet ikke tidligere har haft fat i - alternativt udviklet tilbud til.

At en periode på 2 år ikke er tilstrækkelig til, at få skabt et solidt grundlag for projektets "forankring" i lokalområdet.

At udviklingsprojekter af denne type skal ledsages af aktivitetsmidler.

### **Perspektivering**

De erfaringer der er gjort med "Motionssatsning" er indtænkt i den strategi og handlingsplan, som Folkesundhed København har fremlagt for "En by i bevægelse". Heraf fremgår det

At indsatsen for at gøre København til En by i bevægelse særligt rettes mod børn, inaktive voksne, ældre og etniske minoriteter.

At indsatserne særligt prioriteres i bydele, hvor der er social ulighed i sundhed og hvor der tages udgangspunkt i lokalområdets ressourcer, fx i områder med Områdefornyelse og Kvarterløft.

At "Containeridræt", "ISA" og "Sjov Motion for Mænd 40+" er eksempler på projekter der løftes fra "Motionssatsning" over i regi af Folkesundhed København i samarbejde med Københavns Kommunes øvrige forvaltninger.

Er række af "Motionssatsningens" bærende elementer er derfor videreført i det fortsatte arbejde med at gøre flere *fysisk inaktive* borgere til *fysisk aktive* borgere.

Læs hele evalueringen på [www.folkesundhed.kk.dk](http://www.folkesundhed.kk.dk) under publikationer/voksne.