

# HVORDAN HAR DU DET? 2017

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

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



# HVORDAN HAR DU DET? 2017

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

## **UDARBEJDET AF**

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

**DEFACTUM** | Marts 2018

## TITEL

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

## FORFATTERE

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

## COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2018

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

## UDGIVER

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

## DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

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

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

EAN-nr: 9788792400895

## UDGIVELSE

Marts 2018

## OPLAG

2.000

## TRYK

GP Tryk & Zeuner Grafisk A/S

## LAYOUT

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

## FORSIDE

Malene Hald



Svanemærket tryksag  
5041 0826 LaserTryk.dk

## FORORD

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

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

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

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

### Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde

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

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

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

### Bedre mental sundhed og mentalt helbred

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

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

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

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

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

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

## Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom

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

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

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

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

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

- Helbredsrelateret livskvalitet
- Begrænsninger i udførelsen af dagligdagens gøremål

- Stress, ensomhed, depression
- Sundhedskompetence
- Behandlingsbyrde

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

## Social og geografisk lighed i sundhed

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

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

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

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

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

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

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

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

## Referencer

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

## INDHOLDSFORTEGNELSE

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

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



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



## 4. FYSISK AKTIVITET

En fysisk aktiv livsstil fremmer den enkeltes sundhed, forebygger en lang række sygdomme og nedsætter risikoen for tidlig død (1-3). Fysisk aktivitet er desuden virkningsfuld som led i behandling og rehabilitering i forhold til en lang række sygdomme, herunder hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, knogleskørhed, muskel-skelet-sygdomme og visse former for kræft (1-3).

Fysisk inaktivitet har en række negative konsekvenser for blandt andet kredsløb, muskler, knogler og stofskifte (3). I Sundhedsstyrelsens undersøgelse af sygdomsbyrden i Danmark anslås det, at fysisk inaktivitet i fritiden er årsag til ekstraomkostninger til behandling og pleje på 5,3 mia. kr. årligt samt et produktionstab på 12 mia. kr. årligt (4).

Stillesiddende adfærd, som er den del af den vågne tid, der tilbringes siddende eller liggende, bliver mere og mere udbredt i den danske befolkning (5). Vidensråd for Forebyggelse peger på, at stillesiddende adfærd i fritiden er en selvstændig risikofaktor for sygdom og tidlig død, mens der ikke er evidens for, at stillesiddende adfærd på arbejde har samme effekt (5).

### Fysisk aktivitet i dagligdagen

Fysisk aktivitet kan foregå i løbet af hele dagen – i fritiden, på arbejde eller uddannelse samt i forbindelse med transport.

Undersøgelser peger på, at fysisk aktivitet i forbindelse med arbejde ikke har den samme sundhedsfremmende virkning som fysisk aktivitet i fritiden (6-8). Fysisk aktivitet i fritiden virker sundhedsfremmende og forebyggende i forhold til sygdom og tidlig død. Et fysisk krævende arbejde har ikke samme beskyttende effekt og er i visse sammenhænge en risikofaktor for sygdom og tidlig død (6-8). Dette skyldes sandsynligvis, at et fysisk krævende arbejde slider på kroppen, eksempelvis som følge af statisk arbejde i uensigtsmæssige stillinger med ensidige og gentagne bevægelser samt manglende mulighed for pauser og restitution (7, 8). Modsat er fysisk aktivitet i fritiden kendetegnet ved at være dynamisk og med brug af de store muskelgrupper med høj energiomsætning og høj puls samt med mulighed for restitution (7). Fysisk

aktivitet i fritiden reducerer risikoen for sygdom og tidlig død hos både mænd og kvinder uanset de fysiske krav på arbejde (9).

Aktiv transport i form af cykling og gang virker sundhedsfremmende og bidrager til at forebygge sygdom og tidlig død. Et svensk og et dansk studie finder en reduceret sygdomsrisiko som følge af cykling som transportform til daglige gøremål og som fritidsaktivitet (10, 11).

#### Boks 4.1

##### Forebyggelsespakken anbefalinger på grundniveau (link til Forebyggelsespakke) (12)

**Rammer.** Kommunerne skal indarbejde fysisk aktivitet i deres sundhedspolitik og koordinere indsatsen på tværs af forvaltningsområderne. Herudover skal der skabes let adgang til og gode rammer for fysisk aktivitet i fritid, dagtilbud, skoler m.m. Der skal udformes en overordnet strategi for idrætsundervisningen, og skolebestyrelserne skal udarbejde en politik for fysisk aktivitet. Endelig kan kommunale arbejdspladser etablere en informationsplatform til medarbejderne.

**Tilbud.** Dagtilbud og skoler skal have øget fokus på at stimulere børnenes motorik.

**Information og undervisning.** Skoler og kommunale arbejdspladser skal understøtte og deltage i landsdækkende kampagner for fysisk aktivitet.

**Tidlig opsporing.** Der skal være fokus på børnenes fysiske aktivitetsniveau og motorik i eksempelvis ind- og udskolingsundersøgelser. Ved plejebesøg hos ældre skal der være fokus på funktionsniveau og forebyggelse af funktionsevnetab.

## Anbefalede indsatser

Sundhedsstyrelsens *Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet* fra 2012 har til formål at understøtte kommunernes indsats for, at borgerne får gode muligheder for at være fysisk aktive gennem hele livet (12). Forebyggelsespakken indeholder anbefalinger om rammer, tilbud, information og undervisning samt tidlig opsporing (se boks 4.1).

Siden offentliggørelsen af forebyggelsespakken er der kommet en del ny viden om fremme af fysisk aktivitet. Nedenstående er eksempler på ny viden om fremme af fysisk aktivitet, som kommunerne kan inddrage ved planlægning af indsatser (se boks 4.2).

## Anbefalinger for fysisk aktivitet

Sundhedsmyndigheder verden over har udarbejdet anbefalinger til borgerne om, hvor fysisk aktiv man som minimum bør være for at bevare og fremme sin

sundhed (27-31). Det har ført til forskellige anbefalinger fra land til land på trods af, at udgangspunktet har været samme videnskabelige evidens (32, 33). Dette skyldes blandt andet, at man ved udformning af anbefalinger i de enkelte lande har gjort sig forskellige overvejelser om pædagogik, formidling, målgrupper m.m. (28, 33, 34).

Der er to anbefalinger for fysisk aktivitet, der især har præget de nationale anbefalinger i den vestlige verden (32). Den ene er de amerikanske sundhedsmyndigheders anbefaling fra 1995 om mindst 30 minutters fysisk aktivitet af moderat intensitet de fleste af ugens dage (28, 32, 33, 35). Den anden er WHO's anbefaling fra 2010 om, at man hver uge skal være fysisk aktiv i mindst 150 minutter ved moderat intensitet eller mindst 75 minutter ved høj intensitet eller en kombination af de to (28, 32, 33, 35). I Danmark har Sundhedsstyrelsen valgt at bruge anbefalingen om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen som den officielle anbefaling for voksne (34) (se boks 4.3).

### Boks 4.2 Nyere viden om fremme af fysisk aktivitet

- Motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6-årige børn (link til Sundhedsstyrelsens udgivelse) (13)
- Idræt til børn og unge med særlige behov (link til Sundhedsstyrelsens udgivelse) (14)
- Ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger (link til National Klinisk Retningslinje) (15)
- Kampagner om fremme af fysisk aktivitet blandt børn og unge (link til Sundhedsstyrelsens udgivelse) (16)
- Skolebaserede indsatser til fremme af fysisk aktivitet hos børn og unge (link til Cochrane review) (17)
- Fremme af fysisk aktivitet og bevægelse gennem byrumsindretning (links til forskningsartikler link1 link2 link3) (18-20)
- Sammenhæng mellem offentlig transport og aktiv transport (links til forskningsartikler link1 link2) (21, 22)
- E-sundhedsindsatser til fremme af fysisk aktivitet blandt unge (link til systematisk review) (23)
- Aktivitetsmålere til fremme af fysisk aktivitet (link til systematisk review) (24)
- Arbejdspladsindsats mod stillesiddende adfærd (link til projektside) (25)
- Motion i arbejdstiden (link til ph.d.-afhandling) (26)

## Måling af fysisk aktivitet i *Hvordan har du det? 2017*

I *Hvordan har du det?* har der siden 2006 været et spørgsmål, der monitorerer Sundhedsstyrelsens anbefaling om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen.

De senest opdaterede anbefalinger fra de amerikanske sundhedsmyndigheder (38), WHO (39) og EU (40) er mindst 150 minutter om ugen ved moderat intensitet eller mindst 75 minutter ved høj intensitet eller en kombination af de to. De amerikanske sundhedsmyndigheder arbejder på en opdatering af deres fysiske aktivitetsanbefaling, som de forventer at offentliggøre i slutningen af 2018 (41).

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at det også vil være ønskeligt, at man i de danske sundhedsprofiler kan opgøre, hvor mange der lever op til WHO's minimums-anbefalinger (42). På baggrund af dette og i lyset af, at der inden for en kortere årrække måske også sker ændringer i de danske anbefalinger (35), er der som led i det nationale samarbejde om sundhedsprofiler

udviklet to nye spørgsmål om fysisk aktivitet, som indgår i *Hvordan har du det? 2017*. I disse spørges der til forskellige former for fysisk aktivitet i fritiden opgjøret i minutter på ugebasis. Det er derfor muligt at opgøre, hvor mange der lever op til WHO's anbefalinger, dog med den modifikation, at fysisk aktivitet i forbindelse med arbejde ikke medregnes. Resultaterne i *Hvordan har du det? 2017* må derfor forventes at give et konservativt bud på, hvor stor en andel der lever op til WHO's anbefaling.

De nye nationale spørgsmål anvendes i dette kapitel sammen med spørgsmålet om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen til at beskrive befolkningens fysiske aktivitetsniveau. Vi har medtaget det sidste spørgsmål, dels fordi anbefalingen om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen stadig er den officielle danske anbefaling, dels fordi det giver mulighed for at sammenligne med *Hvordan har du det?* fra 2010 og 2013. I kapitlet er endvidere benyttet spørgsmål om idræt og motion i fritiden, om motivation for øget fysisk aktivitet og om råd fra egen læge om motion.

### Boks 4.3

#### Anbefalinger for fysisk aktivitet for voksne mellem 18 og 64 år

##### Sundhedsstyrelsens anbefalinger (34)

Vær fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige, kortvarige dagligdags aktiviteter. Hvis de 30 minutter deles op, skal aktiviteten være mindst 10 minutter.

Mindst to gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 20 minutters varighed for at vedligeholde eller øge konditionen og muskelstyrken. Der skal indgå aktiviteter, som øger knoglestyrken og bevægeligheden.

Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.

##### WHO's anbefalinger (36, 37)

Vær fysisk aktiv mindst 150 minutter om ugen ved moderat intensitet, *eller* mindst 75 minutter om ugen ved høj intensitet *eller* en kombination af moderat og intensiv fysisk aktivitet.

Mindst to gange om ugen skal der indgå muskelstyrkende aktiviteter, der involverer store muskelgrupper.

Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.

Det samlede fysiske aktivitetsniveau måles ved at spørge:

- Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

Besvarelsene opgøres som antal dage om ugen med mindst 30 minutters fysisk aktivitet: 0-1 dag om ugen, 2-3 dage om ugen, 4-5 dage om ugen og 6-7 dage om ugen. Analyser opdelt på køn, alder og sociale forhold samt kommuner har fokus på de personer, der kun er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 0-1 dag om ugen. Disse personer betegnes *fysisk inaktive*.

Fysisk aktivitet i fritiden måles ved at spørge:

- Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?
- På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor du kan mærke pulsen og vejrtrækningen øges. Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet?

De to sidstnævnte spørgsmål, der er de nye nationale spørgsmål om fysisk aktivitet, opgøres på følgende måde: 1) *Lever ikke op til WHO's anbefaling* (det vil sige mindre fysisk aktivitet i fritiden end 150 minutter ved moderat intensitet eller 75 minutter ved høj intensitet eller en kombination af moderat og høj intensitet) og 2) *Lever op til WHO's anbefaling*. Analyser opdelt på køn, alder og sociale forhold samt på kommuneniveau har fokus på de personer, der ikke lever op til WHO's anbefalinger.

Herudover spørges der:

- Vil du gerne være mere fysisk aktiv?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion?

I det følgende beskrives den fysiske aktivitet i hele befolkningen opdelt på køn, alder og sociale forhold samt kommuner. Først undersøges sammenhængen mellem befolkningens fysiske aktivitet opgjort ud fra Sundhedsstyrelsens og WHO's anbefalinger.

## Sammenhængen mellem Sundhedsstyrelsens og WHO's anbefaling for fysisk aktivitet

WHO's mindste, anbefalede daglige fysiske aktivitetstid er lavere end Sundhedsstyrelsens minimumsanbefaling opgjort på ugebasis. Sundhedsstyrelsens minimumsanbefaling er 180 minutter til 210 minutter om ugen svarende til 6-7 dage a minimum 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. WHO's minimumsanbefaling er 75 minutter til 150 minutters fysisk aktivitet om ugen afhængig af intensitet (se boks 4.3). Desuden anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man så vidt muligt er fysisk aktiv hver dag i ugen. Man kan således ikke "spare op" ved at forlænge aktivitetsperioden på enkelte ugedage. Det betyder, at en større andel må forventes at leve op til WHO's anbefaling end Sundhedsstyrelsens anbefaling.

Efterlevelse af WHO's anbefalinger kan underopdeles i kategorierne *fysisk inaktiv* (0 minutter om ugen), *utilstrækkeligt fysisk aktiv* (mere end 0 minutter, men mindre end 150 minutter om ugen), *tilstrækkeligt fysisk aktiv* (mere end 150 minutter, men mindre end 300 minutter om ugen) og *optimalt fysisk aktiv* (mere end 300 minutter om ugen). I tabel 4.1 fremgår det, at kategorierne *tilstrækkeligt fysisk aktiv* og *optimalt fysisk aktiv* svarer til efterlevelse af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet.

Tabel 4.1 viser sammenhængen mellem WHO's anbefaling for fysisk aktivitet målt med de to nye nationale spørgsmål og daglig fysisk aktivitet målt med spørgsmålet om 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. Det fremgår, at 32 % lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling, mens 70 % lever op til WHO's anbefaling (22 % er tilstrækkeligt fysisk aktive, 48 % er optimalt fysisk aktive). Der er således tale om mere end en fordobling af andelen, der lever op til anbefalingerne for fysisk aktivitet, hvis man lægger WHO's frem for Sundhedsstyrelsens anbefalinger til grund for opgørelsen.

Tabel 4.1 viser desuden, at hovedparten af de personer, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling, også lever op til WHO's anbefaling. Ud af de 32 %, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling, er det således kun 4 %, der er ifølge WHO's kriterier er inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive. Alle, der er fysisk aktive 6-7 dage om ugen i mindst 30 minutter om dagen, skulle logisk set også leve op til WHO's lavere anbefalinger. Her skal man imidlertid være

opmærksom på, at der i spørgsmålet om 30 minutter om dagen spørges til fysisk aktivitet både i forbindelse med arbejde og fritid, mens der i de to nye nationale spørgsmål alene spørges til fysisk aktivitet i fritiden.

Tabel 4.1. viser endvidere, at personer, der lever op til WHO's, men ikke til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, fordeler sig med 5 % på 0-1 dag om ugen, 19 % på 2-3 dage om ugen og 19 % på 4-5 dagen om ugen med 30 minutters fysisk aktivitet om dagen.

Fokuserer man udelukkende på de fysisk inaktive, viser der sig også at være store forskelle på de to opgørelsesmetoder. Opgjort ud fra spørgsmålene om 30 minutters fysisk aktivitet om dagen er 19 % af befolkningen fysisk inaktiv (0-1 dag om ugen med 30 minutters fysisk aktivitet). Opgjort ud fra WHO's kriterier er 8 % af befolkningen fysisk inaktiv, det vil sige knap halvt så mange.

Ud over at sammenligne de to metoders klassificering af befolkningen i aktivitetskategorier er det relevant at undersøge, hvor stærk den statistiske sammenhæng er mellem de to mål for fysisk aktivitet. Analyser viser, at der er en moderat statistisk sammenhæng mellem de to opgørelser af fysisk aktivitet (Spearman's rho).

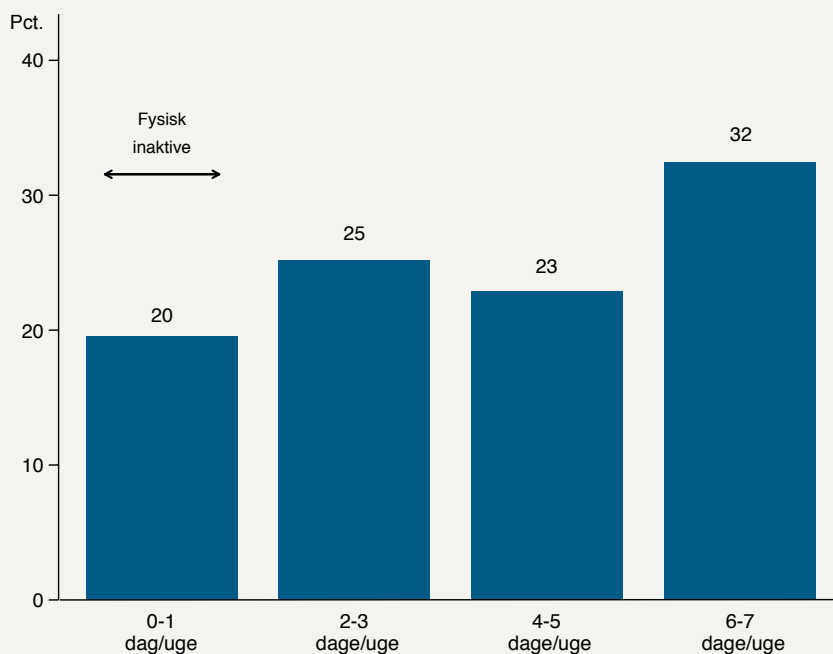
Det foregående og tabel 4.1 viser, at valget af anbefalinger for fysisk aktivitet og måden, man omsætter anbefalingerne til konkrete spørgsmål på, i væsentlig grad påvirker billedet af befolkningens aktivitetsvaner. De efterfølgende analyser i dette kapitel viser dog, at uanset valget af fysisk aktivitetsmål, så er de grupper, der har en høj forekomst af *fysisk inaktive* personer eller personer, *der ikke lever op til anbefalingerne*, i store træk de samme i forhold til køn, alder og sociale forhold. Det betyder, at man ved udformning af kommunale forebyggelsesstrategier, vil få udpeget de samme målgrupper, der i særlig grad vil få gavn af at blive mere fysisk aktive, uanset hvilket mål man bruger for fysisk aktivitet.

**Tabel 4.1**  
Sammenhængen mellem efterlevelse af Sundhedsstyrelsens og WHO's anbefaling for fysisk aktivitet. De sorte markeringer viser de dele af befolkningen, der lever op til henholdsvis Sundhedsstyrelsens og WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet.

Sundhedsstyrelsens anbefaling	WHO's anbefaling				I alt
	Lever ikke op til WHO's anbefaling		Lever op til WHO's anbefaling		
30 minutter om dagen	Inaktiv	Utilstrækkeligt fysisk aktiv	Tilstrækkeligt fysisk aktiv	Optimalt fysisk aktiv	
0-1 dag om ugen	6 %	9 %	3 %	2 %	19 %
2-3 dage om ugen	1 %	6 %	9 %	10 %	26 %
4-5 dage om ugen	1 %	3 %	5 %	14 %	23 %
6-7 dage om ugen	1 %	3 %	5 %	22 %	32 %
I alt	8 %	21 %	22 %	48 %	100 %

**Figur 4.1**

Hvor ofte er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?



### Hvor mange er fysisk inaktive?

Figur 4.1 viser befolkningen inddelt i fire grupper efter, hvor mange dage om ugen man er fysisk aktiv i mindst 30 minutter om dagen: 0-1 dag om ugen, 2-3 dage om ugen, 4-5 dage om ugen eller 6-7 dage om ugen. Spørgsmålet dækker moderat og hård fysisk aktivitet på arbejdet og i fritiden.

Der er 20 %, som er fysisk inaktive, idet de kun er fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen i 0-1 dag om ugen. Det svarer til, at omtrent 190.000 personer i Region Midtjylland er fysisk inaktive. Der er 25 %, som er fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen i 2-3 dage om ugen, og der er 23 %, som er fysisk aktive 30 minutter om dagen i 4-5 dage om ugen. Endelig er 32 % af befolkningen fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen.

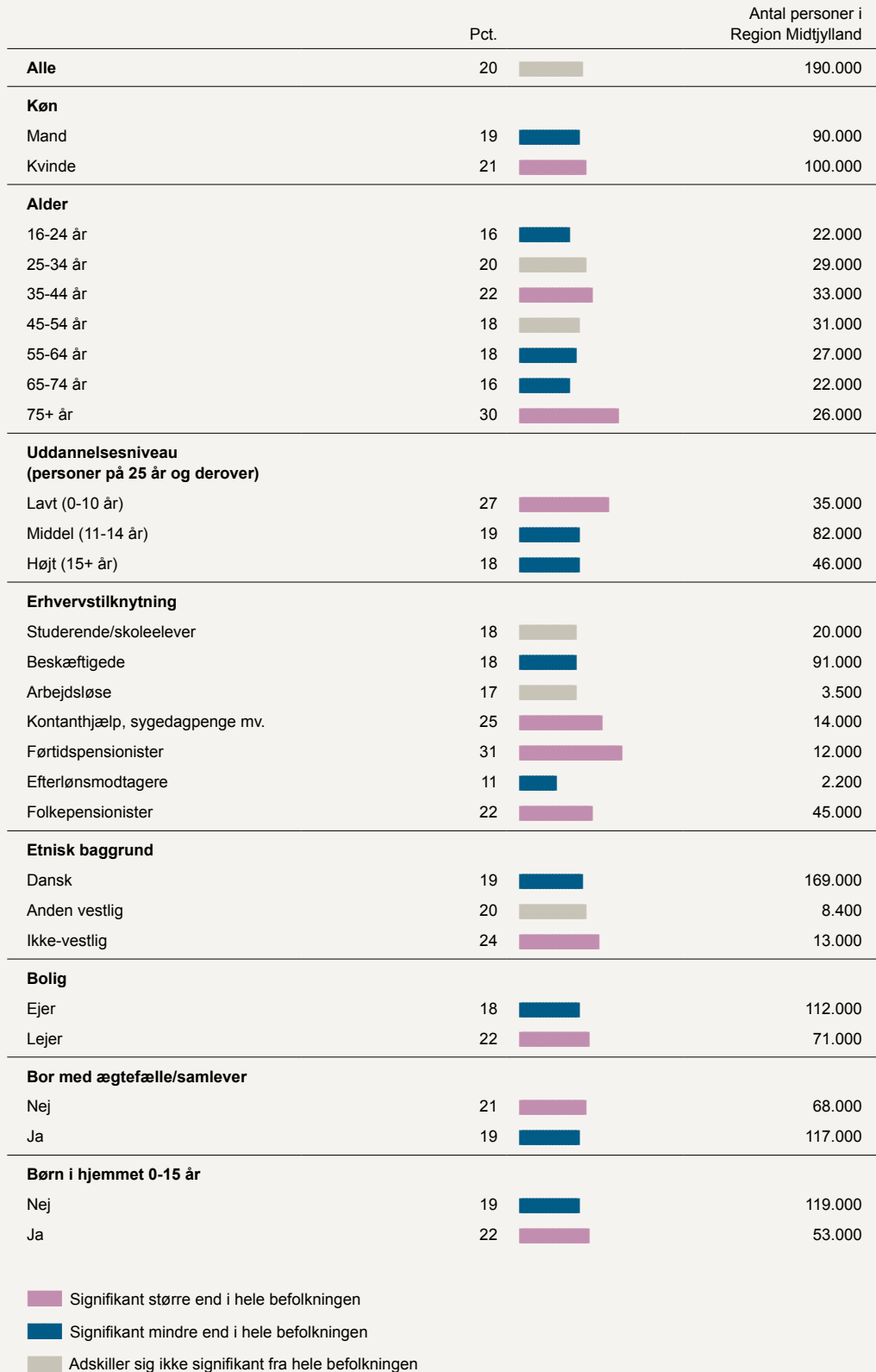
► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er andelen af fysisk inaktive steget fra 17 % i 2010 til 20 % i 2017. Andelen, der er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 2-3 dage og 4-5 dage om ugen, er faldet. Se [figur 4.1.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er andelen af fysisk inaktive steget fra 18 % i 2013 til 20 % i 2017. Andelen, der er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 2-3 og 4-5 dage om ugen, er faldet, mens andelen, der er fysisk aktive 6-7 dage om ugen, er steget. Se [figur 4.1.S i bind 2](#). ◀



**Figur 4.2**

Fysisk inaktive – køn, alder og sociale forhold



## Fysisk inaktive – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.2 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel fysisk inaktive blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 35-44 år og personer på 75 år eller derover
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med en ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

**Køn.** Der er en lidt større andel kvinder end mænd, der er fysisk inaktive.

**Alder.** Andelen af fysisk inaktive er større blandt de 35-44-årige og blandt personer på 75 år eller derover end i hele befolkningen. Samtidig er andelen af fysisk inaktive mindre blandt de 16-24-årige og 55-74-årige end i hele befolkningen.

**Uddannelsesniveau.** Andelen af fysisk inaktive er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, og de mindste andele er blandt personer med et middelhøjt eller højt uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** Andelen af fysisk inaktive er større blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister end i hele befolkningen. Samtidig er andelen af fysisk inaktive mindre blandt personer i beskæftigelse og blandt efterlønsmodtagere end i hele befolkningen.

**Etnisk baggrund.** Andelen af fysisk inaktive er større blandt personer med en ikke-vestlig baggrund og mindre blandt personer med en dansk baggrund end i hele befolkningen.

**Bolig.** En større andel personer, der bor i lejebolig, er fysisk inaktive, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

**Bor med ægtefælle/samlever.** En større andel personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, er fysisk inaktive, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

**Børn i hjemmet.** En større andel personer med børn i hjemmet er fysisk inaktive, end det er tilfældet blandt personer uden børn i hjemmet.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 ses der en stigning i andelen af fysisk inaktive hos begge køn, de 16-24-årige og 35-64-årige samt personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Se [figur 4.2.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 ses der en stigning i andelen af fysisk inaktive hos begge køn, blandt de 16-34-årige og 55-64-årige samt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se [figur 4.2.S i bind 2](#). ◀

## Fysisk inaktive – kommuner

Figur 4.3 viser, at der ikke er signifikante forskelle mellem kommunerne med hensyn til andelen af fysisk inaktive.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er der en stigning i andelen af fysisk inaktive i Ringkøbing-Skjern, Randers, Aarhus, Odder og Syddjurs. Se [figur 4.3.S i bind 2](#). ◀

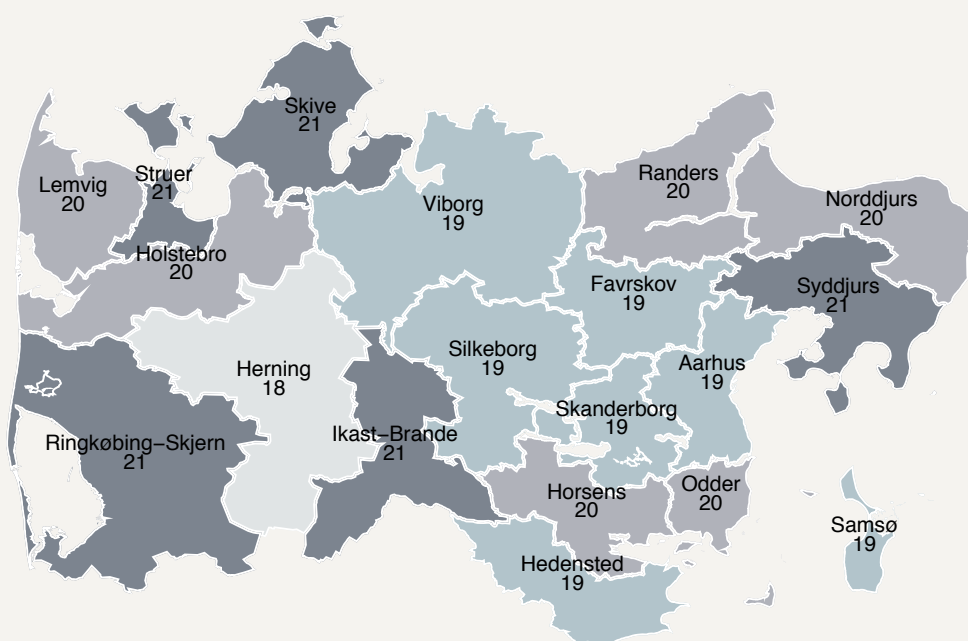
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er der en stigning i andelen af fysisk inaktive i Ringkøbing-Skjern og Aarhus. Se [figur 4.3.S i bind 2](#). ◀

**Figur 4.3**

## Fysisk inaktive – kommuner

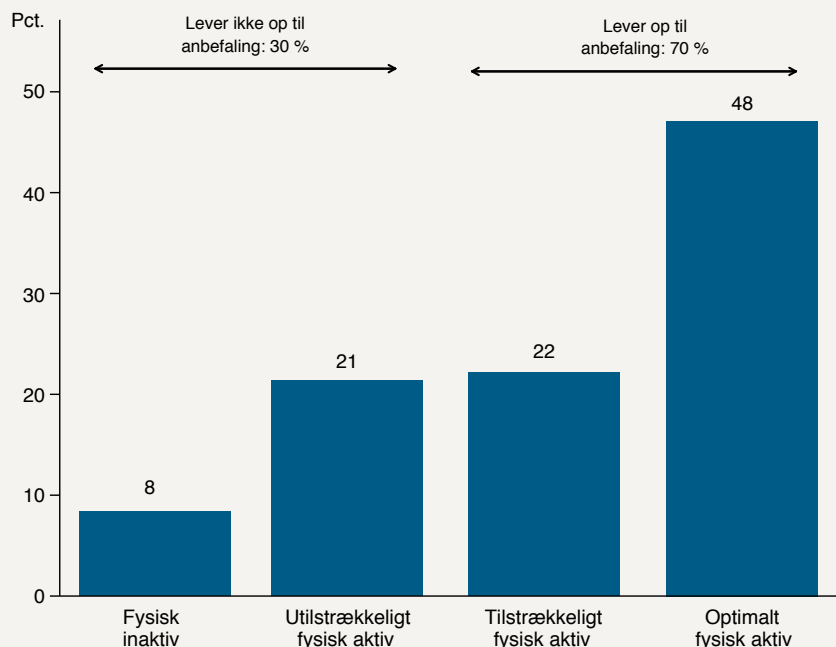
	Pct.		Antal personer i kommunerne
Ringkøbing-Skjern	21		9.000
Syddjurs	21		6.700
Skive	21		7.300
Struer	21		3.400
Ikast-Brande	21		6.200
Horsens	20		13.000
Randers	20		15.000
Lemvig	20		3.100
Holstebro	20		8.600
Odder	20		3.300
Norddjurs	20		5.700
Viborg	19		14.000
Hedensted	19		6.600
Favrskov	19		6.800
Samsø	19		600
Aarhus	19		48.000
Skanderborg	19		8.100
Silkeborg	19		13.000
Herning	18		12.000
Region Midtjylland	20		190.000

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



**Figur 4.4**

Fysisk aktivitet i fritiden og efterlevelse af WHO's anbefalinger



### Hvor mange lever ikke op til WHO's anbefaling?

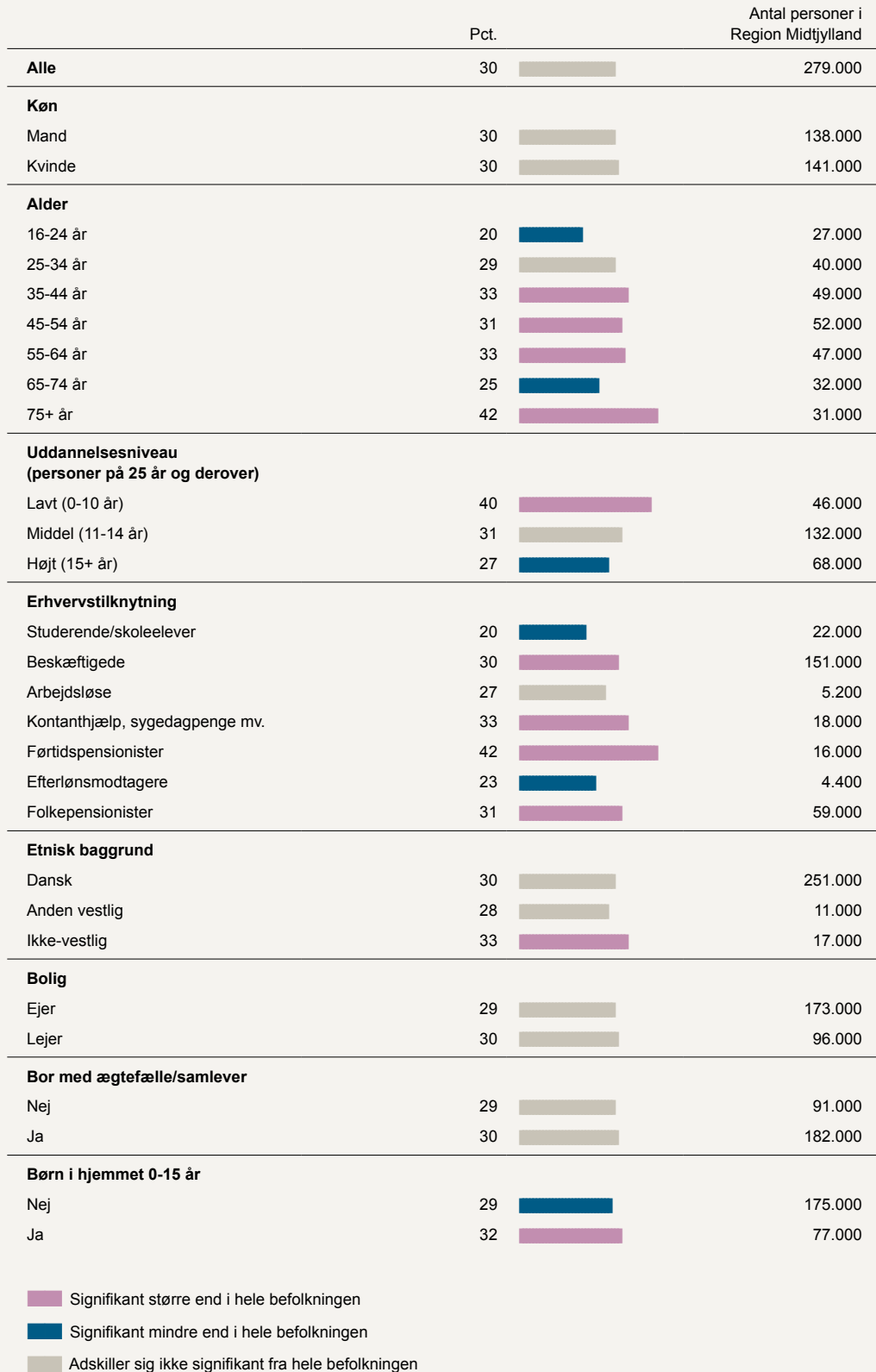
Figur 4.4 viser befolkningens samlede fysiske aktivitetsniveau i fritiden opdelt på kategorierne *fysisk inaktiv* (0 minutter/ugen), *utilstrækkeligt fysisk aktiv* (mere end 0 minutter, men mindre end 150 minutter/uge), *tilstrækkeligt fysisk aktiv* (mere end 150 minutter, men mindre end 300 minutter/uge) og *optimalt fysisk aktiv* (mere end 300 minutter/uge). Kategorierne *tilstrækkeligt fysisk aktiv* og *optimalt fysisk aktiv* svarer til efterlevelse af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet (se boks 4.3).

Der er 8 %, som er fysisk inaktive i fritiden, 21 % er utilstrækkeligt fysisk aktive i fritiden, 22 % er tilstrækkeligt fysisk aktive i fritiden, og 48 % er optimalt fysisk aktive i fritiden. Det er således 30 % af befolkningen, der ikke lever op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet. Det svarer til, at omtrent 279.000

personer i Region Midtjylland ikke lever op til WHO's anbefaling for fysisk aktivitet. Til sammenligning er det omtrent 658.000 personer i Region Midtjylland, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling for fysisk aktivitet (30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen) (resultater ikke vist).

**Figur 4.5**

Lever ikke op til WHO's anbefaling – køn, alder og sociale forhold



## Lever ikke op til WHO's anbefaling – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.5 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der ikke lever op til WHO's anbefaling for fysisk aktivitet, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 35-64 år og personer på 75 år eller derover
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Beskæftigede, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer med børn i hjemmet

**Køn.** Der er ingen forskel mellem mænd og kvinder i forhold til at efterleve WHO's anbefaling for fysisk aktivitet.

**Alder.** Andelene, der ikke lever op til WHO's anbefaling, er størst blandt de 35-64-årige og blandt personer på 75 år eller derover. Andelene, der ikke lever op til WHO's anbefaling, er mindst blandt de 16-24-årige og de 65-74-årige.

**Uddannelsesniveau.** Jo lavere uddannelsesniveau, jo større er andelen, der ikke lever op til WHO's anbefaling. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er det 40 %, der ikke lever op til WHO's anbefaling, mod 27 % blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** Andelen, der ikke lever op til WHO's anbefaling, er større blandt beskæftigede, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister end i hele befolkningen. Andelene, der ikke lever op til WHO's anbefaling, er mindst blandt studerende/skoleelever og efterlønsmodtagere.

**Etnisk baggrund.** Andelen, der ikke lever op til WHO's anbefaling, er størst blandt personer med en ikke-vestlig baggrund.

**Bolig.** Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og efterlevelse af WHO's anbefaling for fysisk aktivitet.

**Bor med ægtefælle/samlever.** Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og efterlevelse af WHO's anbefaling for fysisk aktivitet.

**Børn i hjemmet.** En større andel personer med børn i hjemmet lever ikke op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet, end det er tilfældet blandt personer uden børn i hjemmet.

## Lever ikke op til WHO's anbefaling – kommuner

Figur 4.6 viser andelen, der ikke lever op til WHO's anbefaling, i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der ikke lever op til WHO's anbefaling, i følgende kommuner:













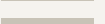
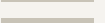
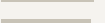
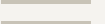

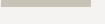


- Ringkøbing-Skjern
- Lemvig
- Hedensted
- Ikast-Brande




I disse kommuner varierer andelen fra 32 % til 35 %.

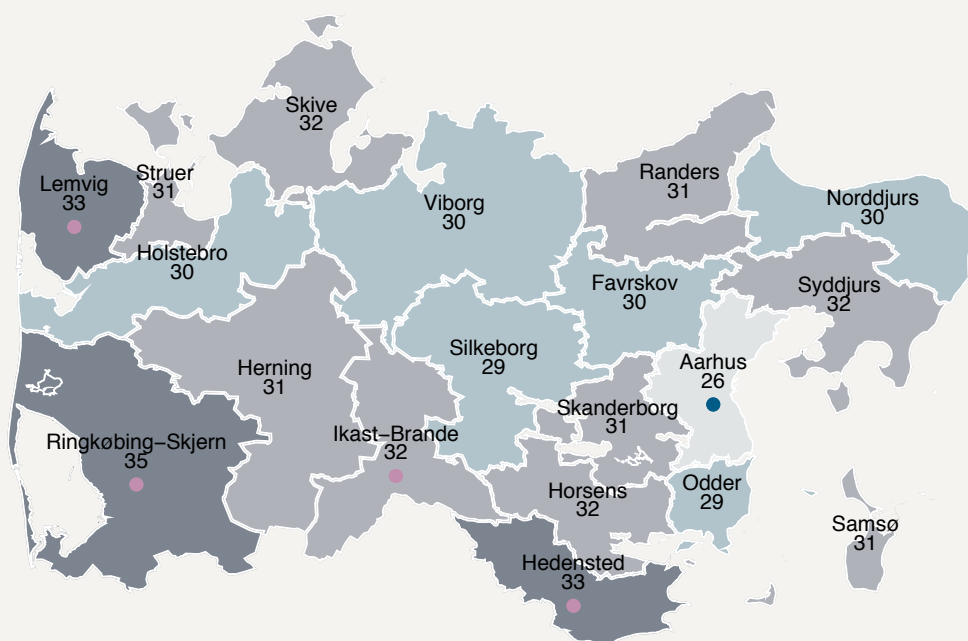
Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der ikke lever op til WHO's anbefaling, i Aarhus Kommune. I Aarhus Kommune udgør andelen 26 %.

**Figur 4.6**

Lever ikke op til WHO's anbefaling – kommuner

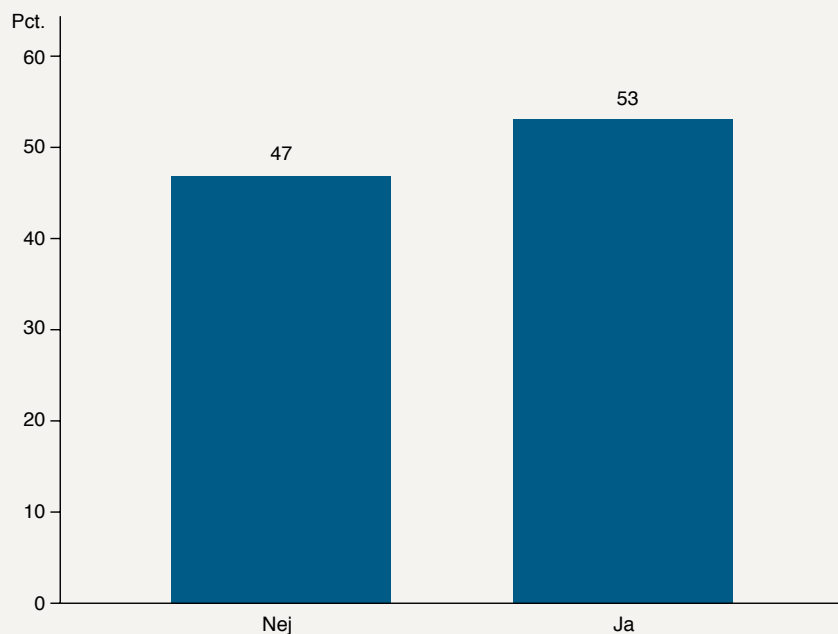
	Pct.		Antal personer i kommunerne
Ringkøbing-Skjern	35		14.000
Lemvig	33		5.000
Hedensted	33		11.000
Ikast-Brande	32		9.400
Syddjurs	32		9.800
Horsens	32		20.000
Skive	32		11.000
Struer	31		4.800
Herning	31		20.000
Skanderborg	31		13.000
Samsø	31		900
Randers	31		22.000
Favrskov	30		10.000
Viborg	30		21.000
Norddjurs	30		8.200
Holstebro	30		12.000
Silkeborg	29		19.000
Odder	29		4.600
Aarhus	26		64.000
Region Midtjylland	30		279.000

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



**Figur 4.7**

Dyrker du idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden?



### Hvor mange motionerer ikke i fritiden?

Figur 4.7 viser, hvor stor en andel af befolkningen der deltager i idræt eller andre regelmæssige motionsaktiviteter i fritiden. Der er 47 % af befolkningen, som ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Tilsvarende er der 53 % af befolkningen, der dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Det svarer til, at omtrent 458.000 personer i Region Midtjylland ikke deltager i idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.

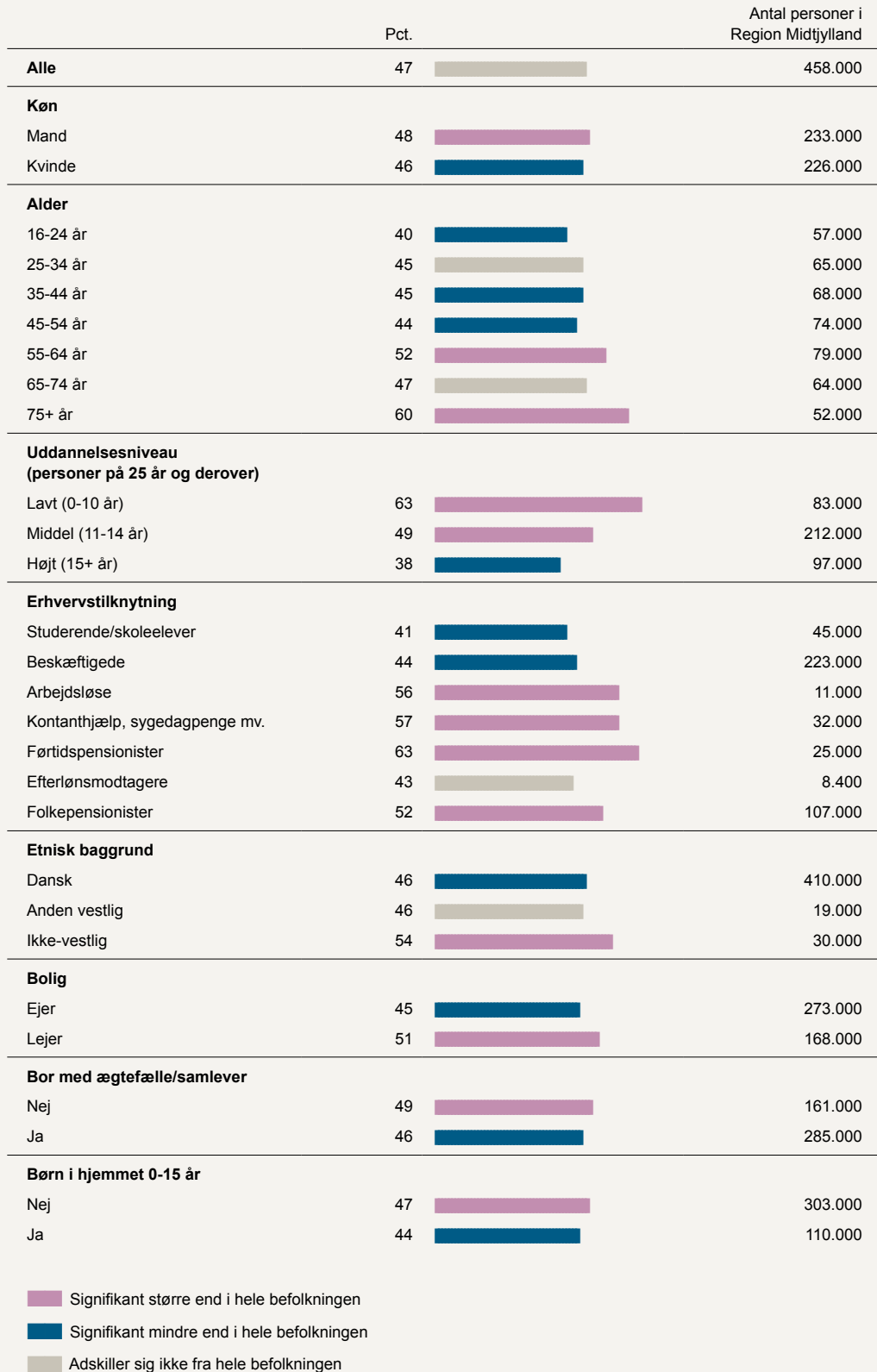
► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, uændret. Se [figur 4.4.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er der en stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden. Se [figur 4.4.S i bind 2.](#) ◀



**Figur 4.8**

Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – køn, alder og sociale forhold



## Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.8 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 55-64 år og personer på 75 år eller derover
- Personer med et lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

**Køn.** Der er en lidt større andel mænd end kvinder, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.

**Alder.** Andelene, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er størst blandt de 55-64-årige og blandt personer på 75 år eller derover. Andelene, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er mindst blandt de 16-24-årige og 35-54-årige.

**Uddannelsesniveau.** Jo lavere uddannelsesniveau, jo større andel, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 63 %, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, mod 49 % med et middelhøjt uddannelsesniveau og 38 % med et højt uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** Andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er større blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister end i hele befolkningen. Samtidig er andelene mindst blandt studerende/skoleelever og beskæftigede.

**Etnisk baggrund.** Andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er større blandt personer med en ikke-vestlig baggrund og mindre blandt personer med en dansk baggrund end i hele befolkningen.

**Bolig.** En større andel personer, der bor i lejebolig, dyrker ikke idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

**Bor med ægtefælle/samlever.** En større andel personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever, dyrker ikke idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, end det er tilfældet blandt personer, der bor med ægtefælle/samlever.

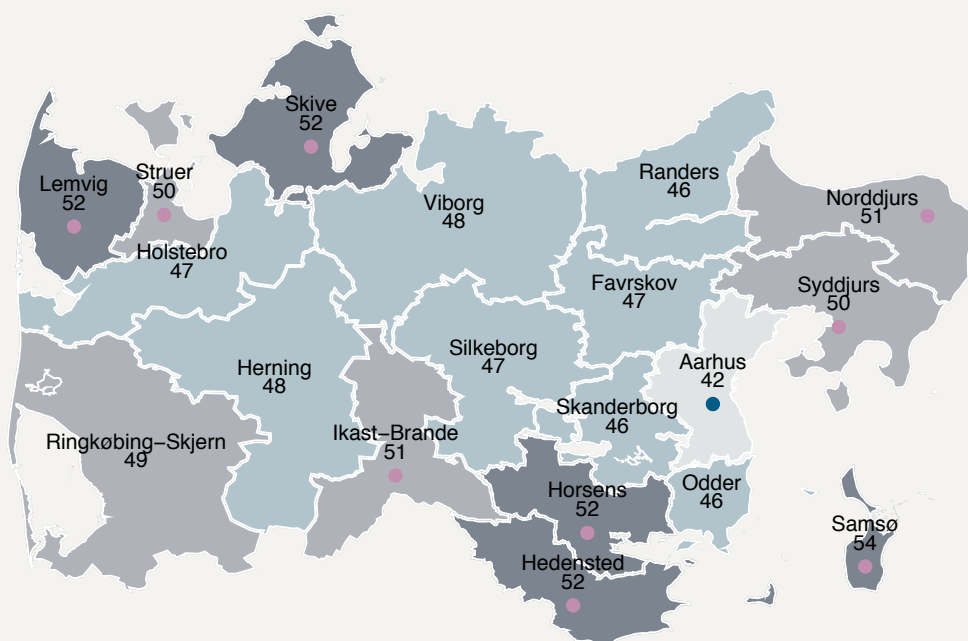
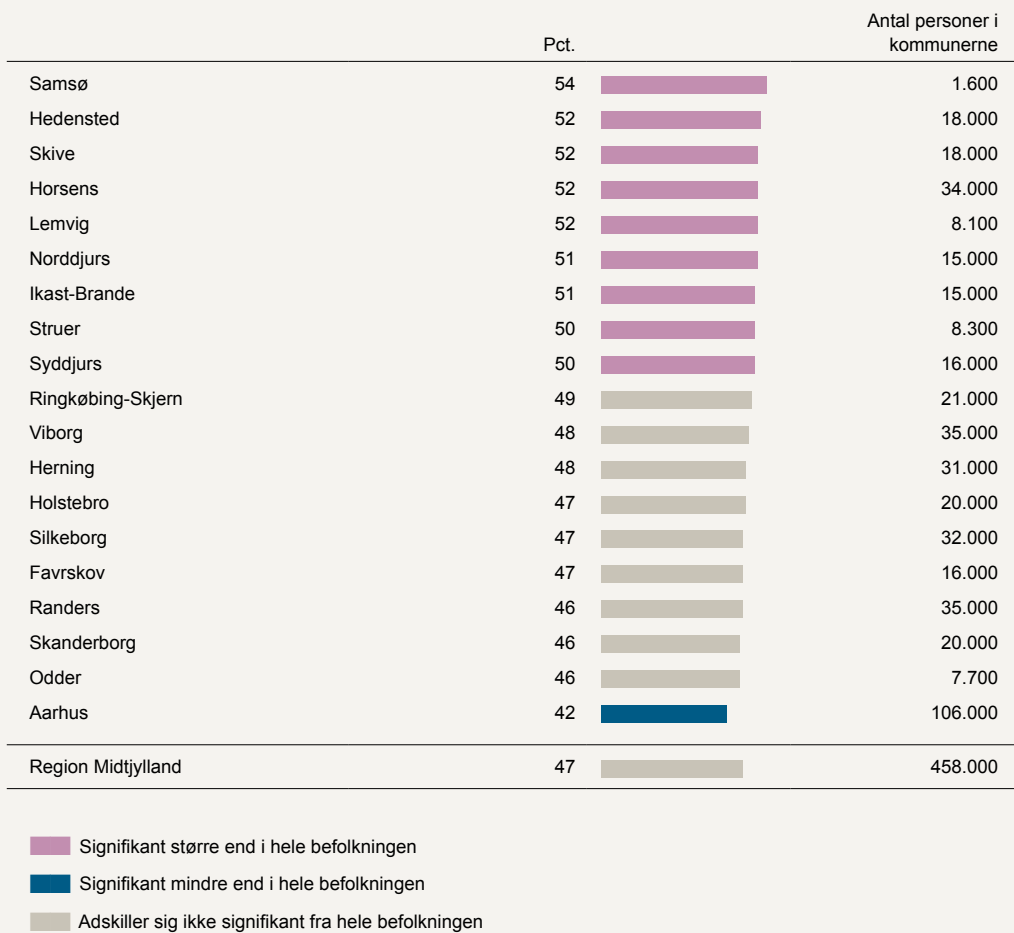
**Børn i hjemmet.** En større andel personer uden børn i hjemmet dyrker ikke idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, end det er tilfældet blandt personer med børn i hjemmet.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er der en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, blandt de 16-34-årige og et fald i andelen blandt de 45-54-årige og blandt personer på 65 år eller derover. Der er også en stigning blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Se figur 4.5.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er der en stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, blandt kvinder, 16-44-årige samt personer med et højt uddannelsesniveau. Der er et markant fald i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, blandt personer på 65 år eller derover. Se figur 4.5.S i bind 2. ◀

**Figur 4.9**

Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – kommuner



## Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – kommuner

Figur 4.9 viser andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, i følgende kommuner:

- Samsø
- Hedensted
- Skive
- Horsens
- Lemvig
- Norddjurs
- Ikast-Brande
- Struer
- Syddjurs

Andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, varierer i disse kommuner mellem 50 % og 54 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, i Aarhus Kommune. I Aarhus Kommune er andelen 42 %.

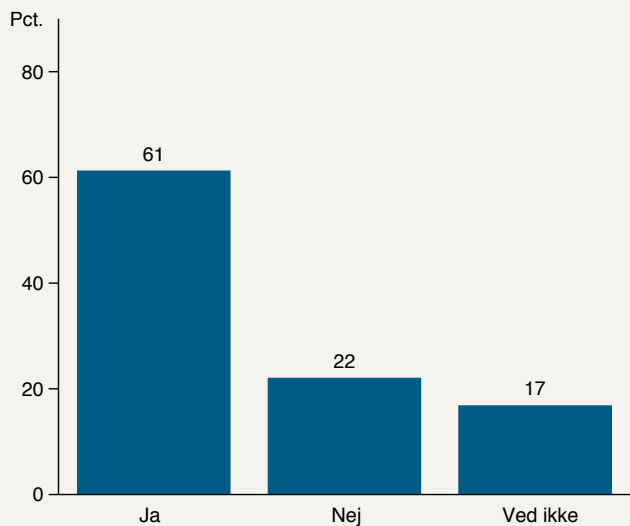
► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, uændret i de fleste kommuner. I Holstebro er andelen steget, mens andelen er faldet på Samsø. Se [figur 4.6.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, uændret i de fleste kommuner. I Horsens og Silkeborg har der været en stigning. Se [figur 4.6.S i bind 2](#). ◀

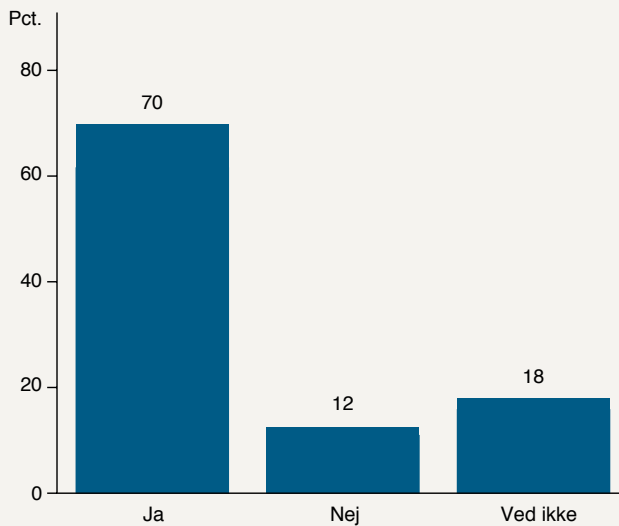


**Figur 4.10, 4.11 og 4.12**  
 Ønske om at være mere fysisk aktiv

**Figur 4.10**  
 Ønske om at være mere fysisk aktiv

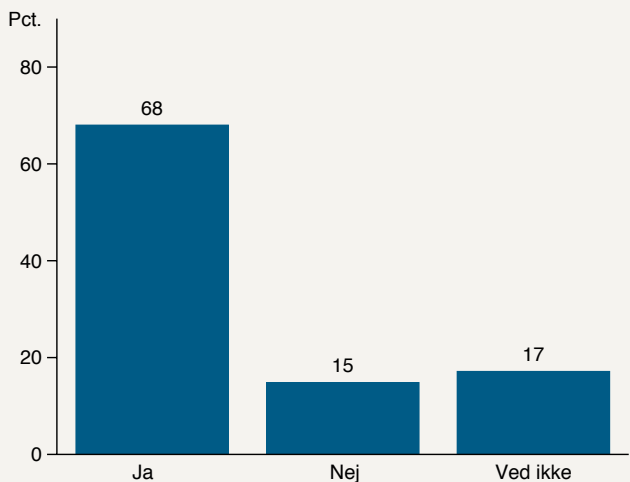


**Figur 4.11**  
 Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive



Note: Opgjort blandt inaktive personer (30 minutter om dagen 0-1 dag om ugen)

**Figur 4.12**  
 Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt dem, der ikke lever op til WHO's anbefaling



Note: Opgjort blandt personer, der ikke lever op til WHO's anbefaling

## Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive?

En meget stor andel borgere i Region Midtjylland ønsker at være mere fysisk aktive. Figur 4.10 viser, at 61 % af befolkningen i Region Midtjylland ønsker at være mere fysisk aktive, mens 22 % ikke ønsker at være mere fysisk aktive, og 17 % er uafklarede. Det svarer til, at omtrent 601.000 personer ønsker at være mere fysisk aktive.

Der er samtidig en meget stor andel af de personer, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive, der ønsker at være mere fysisk aktive. Figur 4.11 viser, at det er 70 % af de inaktive, og figur 4.12 viser, at det er 68 % af dem, der ikke lever op til WHO's anbefalinger, der ønsker at være mere fysisk aktive. Det svarer til, at omtrent 132.000 fysisk inaktive personer og 188.000 personer, der ikke lever op til WHO's anbefaling, ønsker at være mere fysisk aktive.

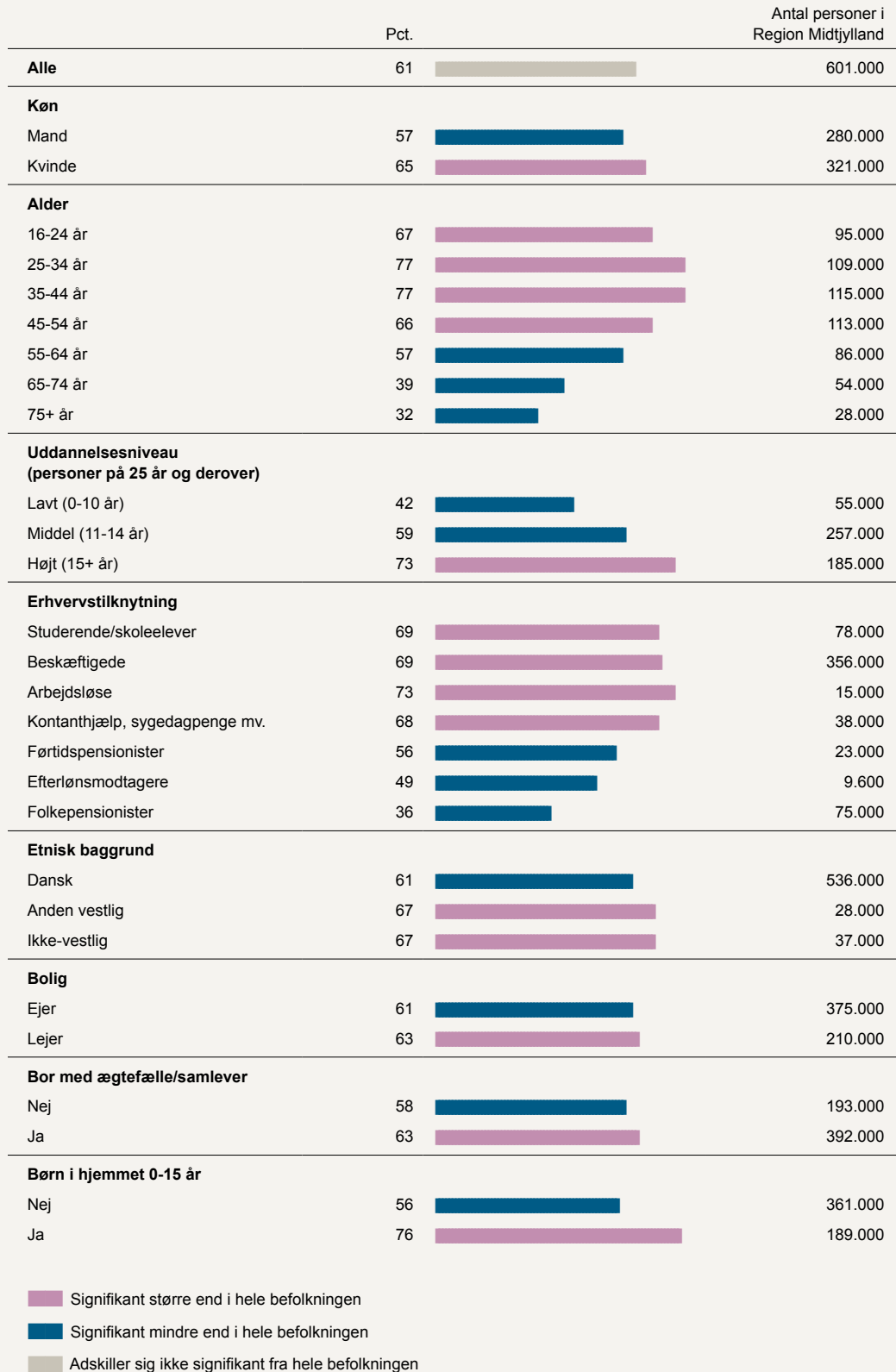
► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, faldet markant. Se [figur 4.7.S](#) og [4.8.S](#) i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, faldet markant. Se [figur 4.7.S](#) og [4.8.S](#) i bind 2. ◀



**Figur 4.13**

Ønske om at være mere fysisk aktiv – køn, alder og sociale forhold



## Ønske om at være mere fysisk aktiv – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.13 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-54 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse samt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv.
- Personer med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

**Køn.** En markant større andel kvinder end mænd ønsker at være mere fysisk aktive.

**Alder.** Med stigende alder er der en faldende andel, som ønsker at være mere fysisk aktive. Der er en større andel blandt de 16-54-årige og en mindre andel blandt personer på 55 år og derover, der ønsker at være mere fysisk aktive, end i hele befolkningen.

**Uddannelsesniveau.** Jo højere uddannelsesniveau, jo større andel er der, som ønsker at være mere fysisk aktive. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er det 42 %, der ønsker at være mere fysisk aktive, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er det 73 %.

**Erhvervstilknytning.** Der er en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse samt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. end i hele befolkningen, mens der er færre blandt førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

**Etnisk baggrund.** Der er en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund end blandt personer med dansk baggrund.

**Bolig.** En større andel personer, der bor i lejebolig, ønsker at være mere fysisk aktive sammenlignet med personer, der bor i ejerbolig.

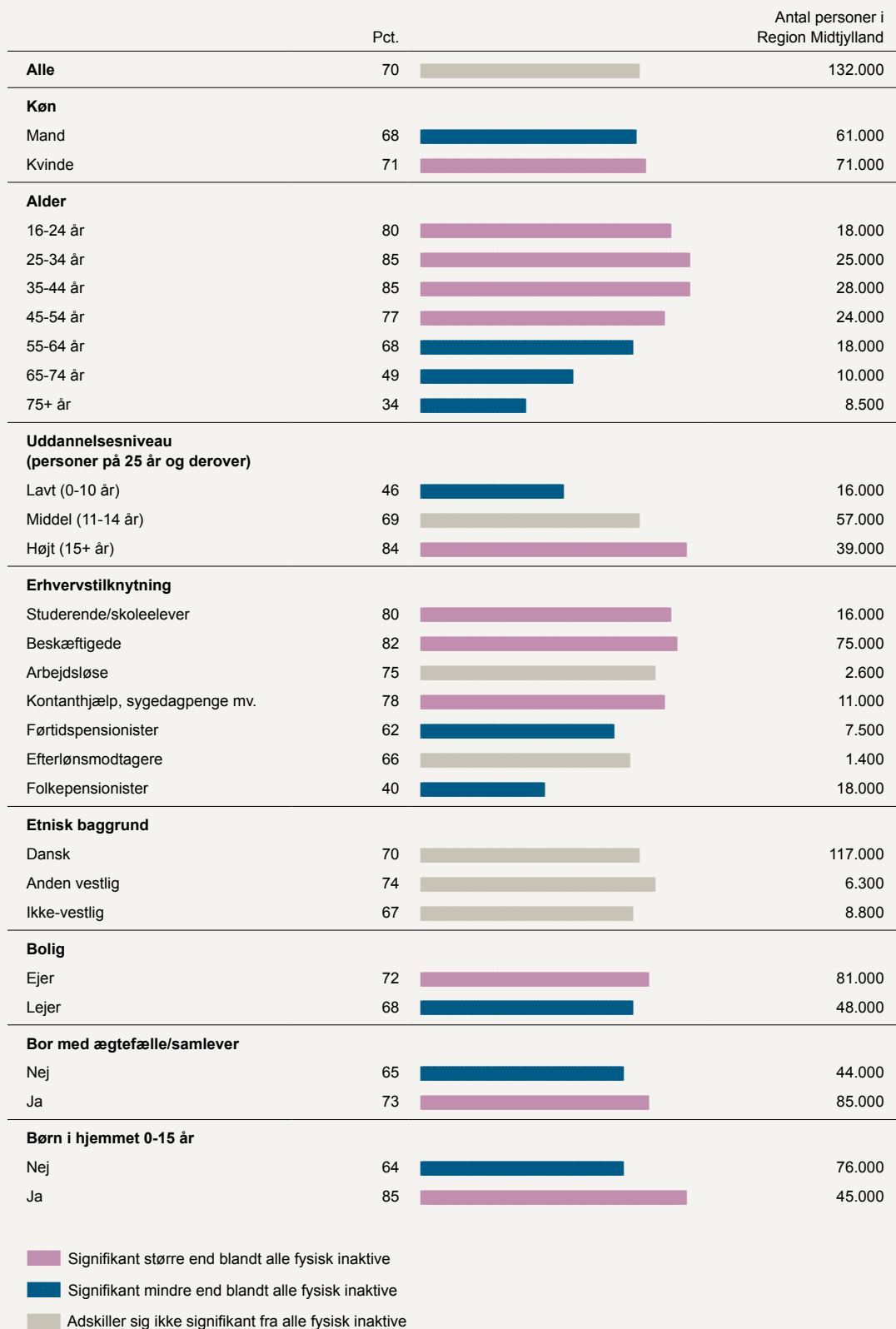
**Bor med ægtefælle/samlever.** En større andel personer, der bor med ægtefælle/samlever, ønsker at være mere fysisk aktive sammenlignet med personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever.

**Børn i hjemmet.** Der er en meget større andel personer med børn i hjemmet, der ønsker at være mere fysisk aktive, sammenlignet med personer uden børn i hjemmet.



**Figur 4.14**

Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive – køn, alder og sociale forhold



## Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.14 viser andelen af de fysisk inaktive, der ønsker at være mere fysisk aktive. Der er en signifikant større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-54 år
- Personer med et højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv.
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

**Køn.** Der er en større andel kvinder end mænd, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt de fysisk inaktive.

**Alder.** Blandt de fysisk inaktive falder andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, med stigende alder. Der er en større andel blandt de 16-54-årige og en mindre andel blandt personer på 55 år og derover, der ønsker at være mere fysisk aktive, end i hele befolkningen.

**Uddannelse.** Blandt de fysisk inaktive falder andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, med faldende uddannelsesniveau. For personer med et lavt uddannelsesniveau er det 46 %, der ønsker at være mere fysisk aktive, mod 84 % blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** Blandt de fysisk inaktive er der en større andel, der ønsker at være fysisk aktive, blandt studerende/skoleelever, beskæftigede og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. end i hele befolkningen, mens der er færre blandt førtidspensionister og folkepensionister.

**Etnisk baggrund.** Der er ingen sammenhæng mellem etnisk baggrund og ønsket om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive.












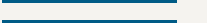
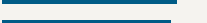

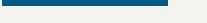

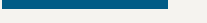
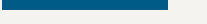

**Bolig.** En større andel fysisk inaktive personer, der bor i ejerbolig, ønsker at være mere fysisk aktive sammenlignet med personer, der bor i lejebolig.




**Bor med ægtefælle/samlever.** Blandt de fysisk inaktive er der en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt personer, der bor med ægtefælle/samlever, end blandt personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever.

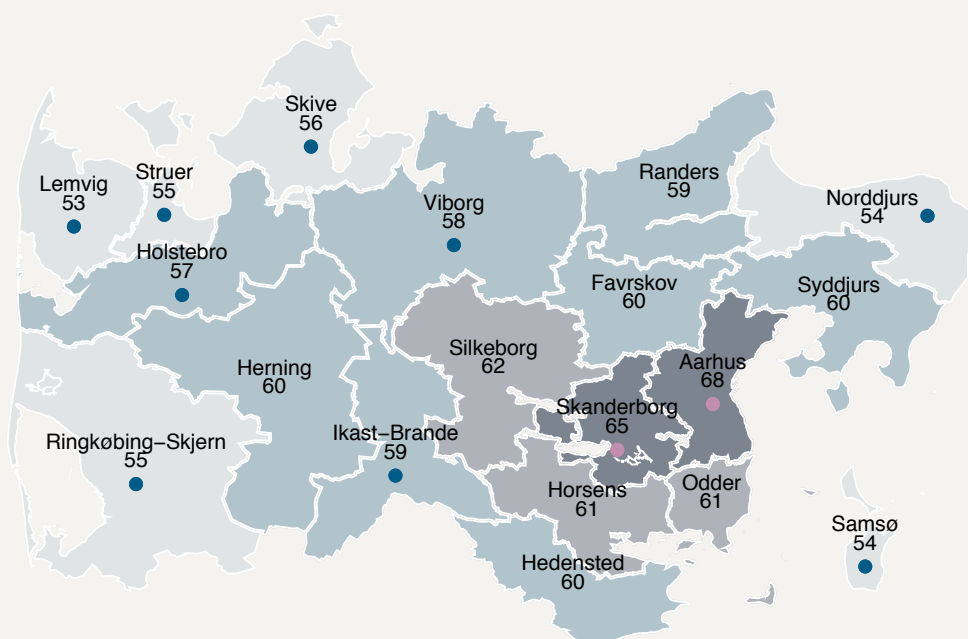
**Børn i hjemmet.** Blandt de fysisk inaktive er der en større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt personer med børn i hjemmet end blandt personer uden børn i hjemmet.

**Figur 4.15**

Ønske om at være mere fysisk aktiv – kommuner

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Aarhus	68		173.000
Skanderborg	65		28.000
Silkeborg	62		42.000
Odder	61		10.000
Horsens	61		40.000
Syddjurs	60		20.000
Herning	60		40.000
Favrskov	60		21.000
Hedensted	60		20.000
Randers	59		45.000
Ikast-Brande	59		18.000
Viborg	58		41.000
Holstebro	57		25.000
Skive	56		20.000
Struer	55		9.000
Ringkøbing-Skjern	55		24.000
Samsø	54		1.600
Norddjurs	54		16.000
Lemvig	53		8.400
Region Midtjylland	61		601.000

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



## Ønske om at være mere fysisk aktiv – kommuner

Figur 4.15 viser andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, i følgende kommuner:

- Aarhus
- Skanderborg

I disse kommuner varierer andelen fra 65 % til 68 %.













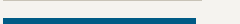


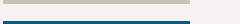

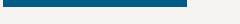


Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der ønsker at være mere fysisk aktive, i følgende kommuner:




- Ikast-Brande
- Viborg
- Holstebro
- Skive
- Struer
- Ringkøbing-Skjern
- Samsø
- Norddjurs
- Lemvig

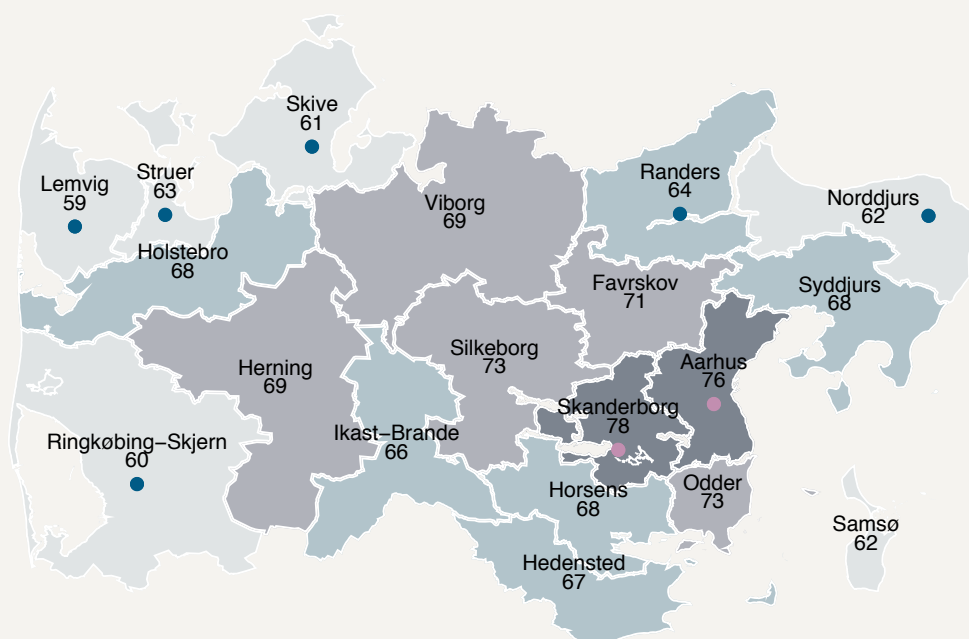
I disse kommuner varierer andelen fra 53 % til 59 %.

**Figur 4.16**

Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive – kommuner

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Skanderborg	78		6.200
Aarhus	76		37.000
Silkeborg	73		9.200
Odder	73		2.400
Favrskov	71		4.800
Herning	69		8.200
Viborg	69		9.500
Holstebro	69		5.900
Horsens	68		9.100
Syddjurs	68		4.500
Hedensted	67		4.400
Ikast-Brande	66		4.100
Randers	64		9.700
Struer	63		2.100
Samsø	62		300
Norddjurs	62		3.500
Skive	61		4.400
Ringkøbing-Skjern	60		5.300
Lemvig	59		1.800
Region Midtjylland	70		132.000

-  Signifikant større end blandt alle fysisk inaktive
-  Signifikant mindre end blandt alle fysisk inaktive
-  Adskiller sig ikke signifikant fra fysisk inaktive



## Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive – kommuner

Figur 4.16 viser andelen, der gerne vil være mere fysisk aktive, blandt fysisk inaktive personer i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en større andel fysisk inaktive personer, der ønsker at være mere fysisk aktive, i følgende kommuner:

- Skanderborg
- Aarhus

I disse kommuner varierer andelen fra 76 % til 78 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en mindre andel fysisk inaktive personer, der ønsker at være mere fysisk aktive, i følgende kommuner:

- Randers
- Struer
- Norddjurs
- Skive
- Ringkøbing-Skjern
- Lemvig

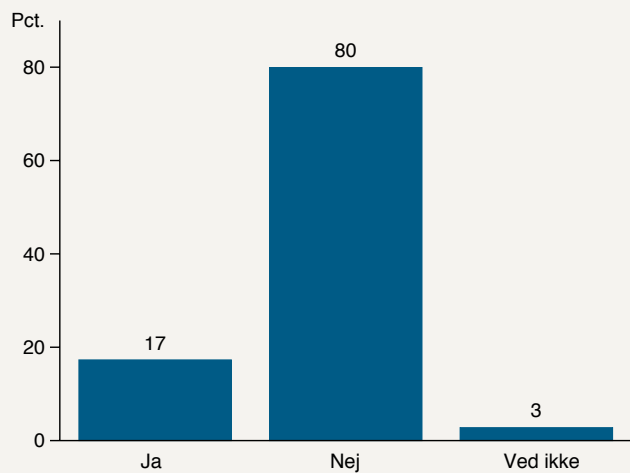
I disse kommuner varierer andelen fra 59 % til 64 %.

**Figur 4.17, 4.18 og 4.19**

## Råd fra egen læge om at dyrke motion

**Figur 4.17**

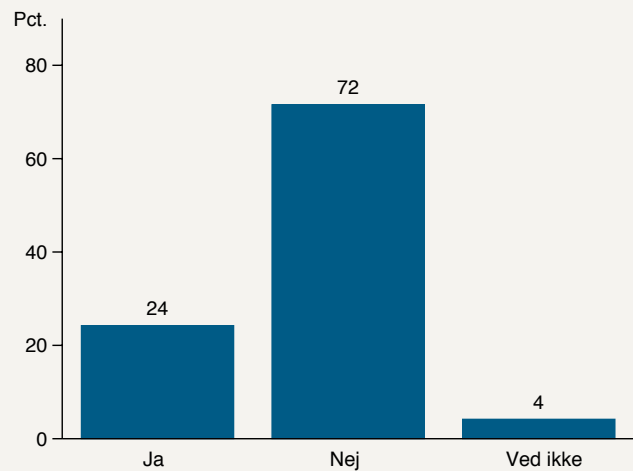
Råd fra egen læge om at dyrke motion



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

**Figur 4.18**

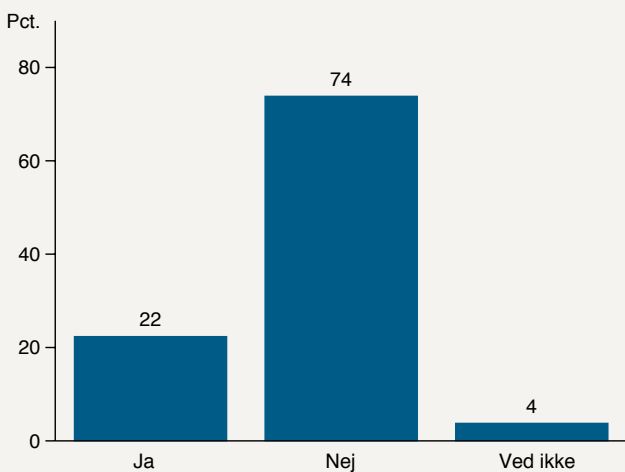
Råd fra egen læge om at dyrke motion blandt de fysisk inaktive



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

**Figur 4.19**

Råd fra egen læge om at dyrke motion blandt dem, der ikke lever op til WHO's anbefaling



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

## Råd fra egen læge om at dyrke motion

Figur 4.17 viser andelen, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge, blandt dem, der har været hos lægen inden for det seneste år. Der er 17 %, som har fået råd om at dyrke motion, 80 % har ikke fået råd om at dyrke motion, og 3 % har svaret 'ved ikke'.

Figur 4.18 og 4.19 viser den andel, der er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion, blandt dem, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive og har været til læge inden for det seneste år.

Figur 4.18 viser, at blandt de fysisk inaktive har 24 % fået råd om at dyrke motion, mens 72 % ikke har fået råd om at dyrke motion, og 4 % har svaret 'ved ikke'.

Figur 4.19 viser, at blandt personer, der ikke lever op til WHO's anbefaling, har 22 % fået råd om at dyrke motion, mens 74 % ikke har fået råd om at dyrke motion, og 4 % har svaret 'ved ikke'.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 er andelen, der er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion, uændret. Se [figur 4.9.S](#) og [4.10.S](#) i [bind 2](#). ◀

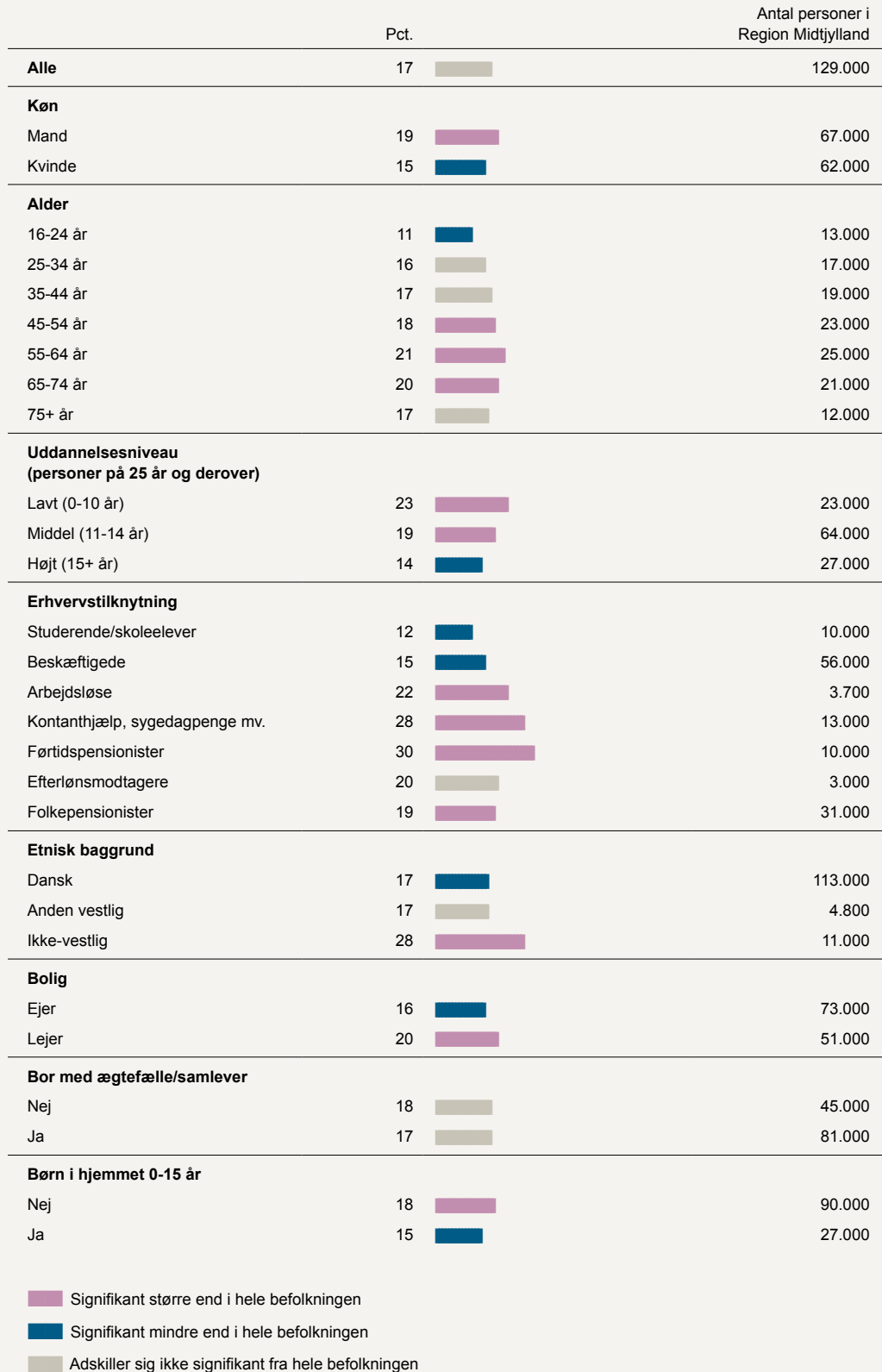
► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er andelen, der er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion, uændret. Se [figur 4.9.S](#) og [4.10.S](#) i [bind 2](#). ◀





**Figur 4.20**

Råd fra egen læge om at dyrke motion – køn, alder og sociale forhold



## Råd fra egen læge om at dyrke motion – køn, alder og sociale forhold

Figur 4.20 viser, at der er en signifikant større andel, der har fået råd fra egen læge om at dyrke motion, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 45-74 år
- Personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer uden børn i hjemmet

**Køn.** Der er en større andel mænd end kvinder, der har fået råd fra lægen om at dyrke motion.

**Alder.** Andelen, der har fået råd fra lægen om at dyrke motion, stiger fra de yngste og op til de 65-74-årige. Der er en større andel blandt de 45-74-årige, der har været hos egen læge det seneste år, og som af lægen har fået råd om at dyrke motion, end i hele befolkningen. En mindre andel blandt de 16-24-årige har fået råd om at dyrke motion af lægen end i hele befolkningen.

**Uddannelse.** Andelen, der har fået råd fra egen læge om at dyrke motion, falder med stigende uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** Der er en større andel, der har modtaget råd fra lægen om at dyrke motion, blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister end i hele befolkningen. Der er en mindre andel, der har modtaget råd om motion, blandt studerende/skoleelever og beskæftigede end i hele befolkningen.

**Etnisk baggrund.** Der er en større andel personer med ikke-vestlig baggrund, der har modtaget råd om at dyrke motion, end i hele befolkningen, og der er en mindre andel med dansk baggrund, der har modtaget råd om at dyrke motion, end i hele befolkningen.

**Bolig.** En større andel af de personer, der bor i lejebolig, har fået råd om at dyrke motion af egen læge i forhold til personer, der bor i ejerbolig.

**Bor med ægtefælle/samlever.** Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og råd fra lægen om at dyrke motion.

**Børn i hjemmet.** En større andel personer uden børn i hjemmet har fået råd om at dyrke motion sammenlignet med personer med børn i hjemmet.

## Råd fra egen læge om at dyrke motion – kommuner

Figur 4.21 viser andelen, der har fået råd fra egen læge om at dyrke motion, blandt dem, der har været hos egen læge inden for det seneste år, i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der har fået råd fra egen læge om at dyrke motion, i følgende kommuner:





















- Struer
- Ikast-Brande




I disse kommuner varierer andelen fra 20 % til 23 %.

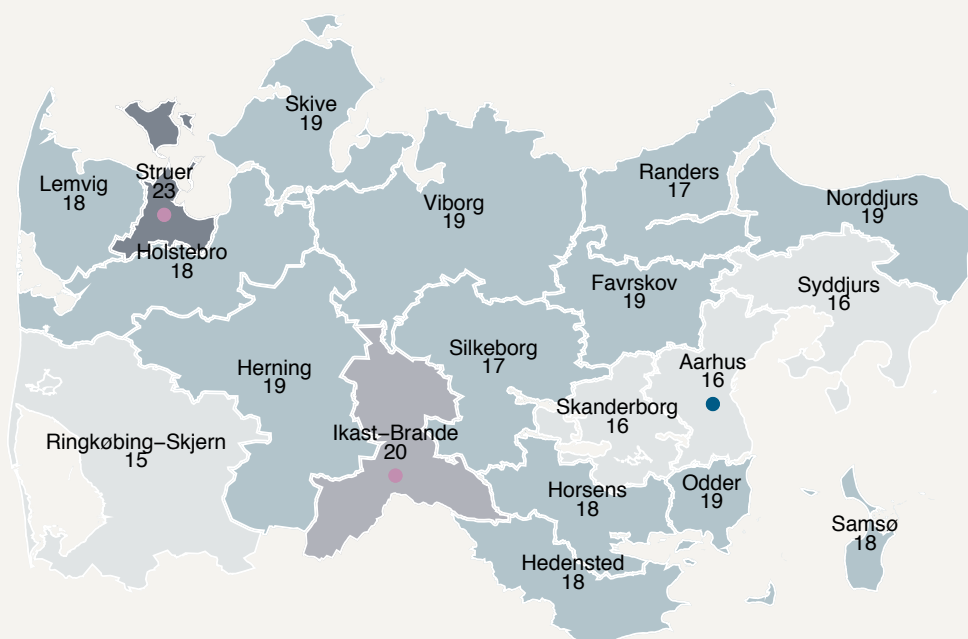
Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der har fået råd fra egen læge om at dyrke motion, i Aarhus Kommune. I Aarhus Kommune udgør andelen 16 %.

**Figur 4.21**

Råd fra egen læge om at dyrke motion – kommuner

	Pct.		Antal personer i kommunerne
Struer	23		2.800
Ikast-Brande	20		4.500
Norddjurs	19		4.300
Viborg	19		10.000
Skive	19		5.100
Odder	19		2.400
Herning	19		9.400
Favrskov	19		4.900
Hedensted	18		4.500
Lemvig	18		2.200
Samsø	18		400
Horsens	18		8.600
Holstebro	18		5.700
Silkeborg	17		8.900
Randers	17		9.500
Skanderborg	16		5.300
Aarhus	16		31.000
Syddjurs	16		3.900
Ringkøbing-Skjern	15		4.600
Region Midtjylland	17		129.000

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



## Sammenfatning

Andelen af fysisk inaktive blandt borgere i Region Midtjylland er 20 % (0-1 dag om ugen med 30 minutters fysisk aktivitet), og 30 % lever ikke op til WHO's anbefaling for fysisk aktivitet (150 minutters moderat eller 75 minutters intensiv fysisk aktivitet eller en kombination af de to om ugen). Næsten halvdelen af befolkningen (47 %) dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden.

Der er en del variation mellem kommunerne med hensyn til fysisk aktivitet og fysisk inaktivitet. Dog er variationen på tværs af køn, alder og sociale forhold væsentligt større end variationen mellem kommunerne.

På tre forskellige mål for fysisk aktivitet og inaktivitet er andelen af personer, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive, højst blandt personer på 75 år eller derover, personer med et lavt uddannelsesniveau, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. samt førtidspensionister.

Der har været en stigning i andelen af fysisk inaktive personer (0-1 dag om ugen med 30 minutters fysisk aktivitet) i perioden 2010 til 2017. Fra 2013 til 2017 har der også været en stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden motion i fritiden.

I perioden 2010 til 2017 er der sket et stort fald i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive – både opgjort blandt alle i Region Midtjylland og blandt de fysisk inaktive. Der er dog fortsat et stort potentiale for at fremme den fysiske aktivitet, da 61 % af befolkningen gerne vil være mere fysisk aktive. Det er især personer, der enten er fysisk inaktive og/eller ikke lever op til WHO's anbefaling, der ønsker at være mere fysisk aktive.

Der er 17 % af befolkningen i Region Midtjylland, der i løbet af det seneste år af egen læge er blevet rådet til at dyrke motion. De praktiserende læger synes at målrette deres rådgivning til de grupper af personer, hvor behovet er størst. Således er andelen, der modtager råd om motion, højere blandt personer, der enten er fysisk inaktive og/eller ikke lever op til WHO's anbefaling.

Der har kun været mindre ændringer i andelen, der har modtaget råd fra egen læge om at dyrke motion, i perioden 2010 til 2017.

## Referencer

1. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015 Dec;25 Suppl 3:1-72.
2. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol*. 2017 Sep;32(5):541-56.
3. Pedersen BK, Andersen LB. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
4. Eriksen L, Davidsen M, Jensen H, Ryd J, Strøbæk L, White E, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
5. Overgaard K, Grøntved A, Nielsen K, Dahl-Petersen IK, Aadahl M. Stillesiddende adfærd - en helbredsrisiko? 2. udgave, 1. oplag ed. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.
6. Li J, Loerbroks A, Angerer P. Physical activity and risk of cardiovascular disease: what does the new epidemiological evidence show? *Curr Opin Cardiol*. 2013 Sep;28(5):575-83.
7. Holtermann A, Hansen JV, Burr H, Sogaard K, Sjogaard G. The health paradox of occupational and leisure-time physical activity. *Br J Sports Med*. 2012 Mar;46(4):291-5.
8. Holtermann A, Krause N, van der Beek AJ, Straker L. The physical activity paradox: six reasons why occupational physical activity (OPA) does not confer the cardiovascular health benefits that leisure time physical activity does. *Br J Sports Med*. 2017 Aug 10.
9. Holtermann A, Marott JL, Gyntelberg F, Sogaard K, Suadcani P, Mortensen OS, et al. Does the benefit on survival from leisure time physical activity depend on physical activity at work? A prospective cohort study. *PLoS One*. 2013;8(1):e54548.
10. Grøntved A, Koivula RW, Johansson I, Wennberg P, Ostergaard L, Hallmans G, et al. Bicycling to Work and Primordial Prevention of Cardiovascular Risk: A

Cohort Study Among Swedish Men and Women. *J Am Heart Assoc.* 2016 Oct 31;5(11):e004413.

11. Blond K, Jensen MK, Rasmussen MG, Overvad K, Tjønneland A, Ostergaard L, et al. Prospective Study of Bicycling and Risk of Coronary Heart Disease in Danish Men and Women. *Circulation.* 2016 Nov 1;134(18):1409-11.

12. von Huth Smith L, Kristensen T. Forebyggelsespakke - Fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

13. Motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6-årige børn. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

14. Tilbud der gør en forskel - idræt til børn og unge med særlige behov. København: Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen; 2015.

15. Ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

16. Aggestrup AS, Troelsen J. Kampagner om fremme af fysisk aktivitet blandt børn og unge - Litteraturstudie af medier, budskaber, målgrupper og virkemidlers betydning for effekt. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

17. Dobbins M, Husson H, DeCorby K, LaRocca RL. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Feb 28;(2):CD007651. doi(2):CD007651.

18. Christiansen LB, Cerin E, Badland H, Kerr J, Davey R, Troelsen J, et al. International comparisons of the associations between objective measures of the built environment and transport-related walking and cycling: IPEN Adult Study. *J Transp Health.* 2016 Dec;3(4):467-78.

19. Cerin E, Cain KL, Conway TL, Van Dyck D, Hinckson E, Schipperijn J, et al. Neighborhood environments and objectively measured physical activity in 11 countries. *Med Sci Sports Exerc.* 2014 Dec;46(12):2253-64.

20. Kerr J, Emond JA, Badland H, Reis R, Sarmiento O, Carlson J, et al. Perceived Neighborhood Environ-

mental Attributes Associated with Walking and Cycling for Transport among Adult Residents of 17 Cities in 12 Countries: The IPEN Study. *Environ Health Perspect.* 2016 Mar;124(3):290-8.

21. Djurhuus S, Hansen HS, Aadahl M, Glumer C. Individual Public Transportation Accessibility is Positively Associated with Self-Reported Active Commuting. *Front Public Health.* 2014 Nov 17;2:240.

22. Djurhuus S, Hansen HS, Aadahl M, Glumer C. The association between access to public transportation and self-reported active commuting. *Int J Environ Res Public Health.* 2014 Dec 5;11(12):12632-51.

23. McIntosh JRD, Jay S, Hadden N, Whittaker PJ. Do E-health interventions improve physical activity in young people: a systematic review. *Public Health.* 2017 Jul;148:140-8.

24. Coughlin SS, Stewart J. Use of Consumer Wearable Devices to Promote Physical Activity: A Review of Health Intervention Studies. *J Environ Health Sci.* 2016 Nov;2(6):10.15436/2378,6841.16.1123. Epub 2016 Nov 30.

25. Danquah IH, Kloster S, Holtermann A, Aadahl M, Bauman A, Ersboll AK, et al. Take a Stand!-a multi-component intervention aimed at reducing sitting time among office workers-a cluster randomized trial. *Int J Epidemiol.* 2017 Feb 1;46(1):128-40.

26. Justesen JB. Workplace Health Promotion: Implementing physical activity at the workplace – a change project [dissertation]. Odense: Institute of Sports Science and Clinical Biomechanics, Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark; 2015.

27. Bouchard C, Blair SN, Haskell W. Physical Activity and Health. 2nd ed. Bouchard C, Blair SN, Haskell W, editors. USA: Human Kinetics; 2012.

28. Oja P, Titze S. Physical activity recommendations for public health: development and policy context. *EPMA J.* 2011 Sep;2(3):253-9.

29. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in

apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc.* 2011 Jul;43(7):1334-59.

30. Blair SN, LaMonte MJ, Nichaman MZ. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? *Am J Clin Nutr.* 2004 May;79(5):913S-20S.

31. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation.* 2007 Aug 28;116(9):1081-93.

32. Kahlmeier S, Wijnhoven TM, Alpiger P, Schweizer C, Breda J, Martin BW. National physical activity recommendations: systematic overview and analysis of the situation in European countries. *BMC Public Health.* 2015 Feb 12;15:133,015-1412-3.

33. Pelclová J. Physical activity in the lifestyle of the adult and senior population in the Czech Republic. Olomouc, Czech Republic: Palacký University; 2015.

34. Anbefalinger om fysisk aktivitet [Internet].: Sundhedsstyrelsen; 2016 [updated 27. januar 2016; ]. Available from: <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/anbefalinger>.

35. Oja P, Bull FC, Fogelholm M, Martin BW. Physical activity recommendations for health: what should Europe do? *BMC Public Health.* 2010 Jan 11;10:10,2458-10-10.

36. Physical activity to stay healthy [Internet]. København: WHO/Europe; 2017 []. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics/physical-activity-to-stay-healthy>.

37. WHO/Europe. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. København: WHO Regional Office for Europe; 2016.

38. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Washington, USA: U.S. Department of Health and Human Services; 2008.

39. Global recommendations on physical activity for health. Schweiz: WHO; 2010.

40. EU Physical Activity Guidelines. Brussels: EU Working Group; 2008.

41. Physical Activity Guidelines. Upcoming Guidelines [Internet].: U.S. Department of Health and Human Services [updated 30.11.2017; cited 30.11.2017]. Available from: <https://health.gov/paguidelines/second-edition/>.

42. Danquah IH, Skov SS, Callesen BR, Voss I, Petersen CB, Tolstrup JS. Validering af spørgsmål om fysisk aktivitet og sidde tid - til brug for national monitoring. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2016.