

**Evald Bundgård Iversen,
Bjarne Ibsen og
Jørn Hansen (red.)**

Idrættens og civilsamfundets

knaster

**Kritiske
samfundsvidenskabelige
analyser**

SYDDANSK UNIVERSITETSFORLAG

Evald Bundgård Iversen,
Bjarne Ibsen og Jørn Hansen (red.)

Idrættens og civilsamfundets knaster

Kritiske samfundsvidenskabelige analyser

Syddansk Universitetsforlag 2024

© Forfatterne og Syddansk Universitetsforlag 2024

Sats: Tarm Bogtryk

Omslag: Dorthe Møller

Omslagsfoto: Colourbox

ISBN 978-87-408-3548-9

Udgivet med støtte fra: Center for forskning i Idræt, Sundhed og
Civilsamfund; Forskningsenheden Active Living samt Institut for Idræt
og Biomekanik på Syddansk Universitet.

Publikationen er fagfællebedømt.

Find kontaktoplysningerne til ansatte ved Center for forskning i Idræt,
Sundhed og Civilsamfund på: www.sdu.dk/cisc.

Publikation er 'open source' og kan frit downloades fra universitypress.dk.

Mekanisk, fotografisk, elektronisk eller anden mangfoldiggørelse af
denne bog er kun tilladt med forlagets tilladelse eller ifølge overenskomst
med Copy-Dan.

Syddansk Universitetsforlag

Campusvej 55

5230 Odense M

Tlf. 6615 7999

www.universitypress.dk

Social ulighed i sundhed og idrætsdeltagelse



Den sociale ulighed i sundhed finder man bl.a. blandt udviklingshæmmede. CISC har for nyligt undersøgt projektet HandiLeg, som lykkedes med gennem leg at skabe mere fysisk aktivitet og trivsel blandt udviklingshæmmede på bo-steder.

Fotograf: Lise Specht Pedersen.

Stiafhængighed i statslig sundheds- og idrætspolitik og idrættens mytiske kraft

Jørn Hansen, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Abstract

Kapitlets aktuelle udgangspunkt er en artikel om „Selvforskyldte sygdomme“ i Weekendavisen den 2. september 2022, hvor fire forskere, der alle arbejder med folkesundhed, rejste en kritik af begrebet livsstilssygdomme, der ifølge de fire forskere „ikke sundhedsfagligt har nogen klar betydning eller nytte og er med til at stigmatisere store grupper af mennesker“.

I kapitlet analyseres, hvorledes livsstilsbegrebet for alvor blev introduceret i dansk sundhedspolitik med „Regeringens forebyggelsesprogram“ fra 1989, og hvorledes dette har ført til en stiafhængighed i den efterfølgende statslige sundheds- og idrætspolitik i Danmark, og som foreløbigt kulminerede med de såkaldte KRAM-faktorer. I den sammenhæng bliver der ligeledes set nærmere på de mytiske tilskrivninger, den statslige politik og idrættens hovedorganisationer har tillagt idræt og fysisk aktivitet, herunder hvorledes den statslige sundheds- og idrætspolitik i den grad har vundet indpas i og er blevet italesat af Danmarks Idrætsforbund og DGI i forbindelse med deres fælles projekt 'Bevæg dig for livet'.

Indledning

I en artikel i *Weekendavisen* den 2. september 2022 retter fire ledende folkesundhedsforskere under overskriften „Selvforskyldte sygdomme“ en kraftig kritik af begrebet livsstilssygdomme. Ifølge de fire forskere har begrebet sundhedsfagligt ingen klar betydning eller nytte og er med til at stigmatisere store gruppe af mennesker. Problemet er, at ordet livsstilssygdom typisk bruges „om sygdomme som diabetes, lungekræft og blodpropper – sygdomme som optræder hyppigere hos folk, der ryger, drikker alkohol, spiser usundt eller ikke motionerer“. Forskerne refererer fra patienthåndbogen, hvor følgende fremgår om begrebet livsstilssygdomme: „Livsstilssygdomme er sygdomme, som kan påvirkes af vores livsstil. Du kan øge eller reducere din risiko for at udvikle en sygdom på baggrund af den livsstil, du har. Hvorvidt du udvikler en sygdom, er et komplekst samspil mellem genetik og livsstil. Din genetik kan ikke ændres, men du kan selv vælge din livsstil.“

Som regel forbindes de såkaldte KRAM-faktorer, kost, rygning, alkohol og mangel på motion med livsstil – med adfærd. Men vores adfærd kan ifølge forskerne også have betydning for sygdomme, som ikke betegnes som livsstilssygdomme: „Kvindes risiko for brystkræft afhænger af om de får børn. Din risiko for kronisk stress er højere, hvis du har et arbejde med en lav indkomst end et arbejde med en høj indkomst. Din risiko for at lide af senfølger efter en hjerneskade er større, hvis du er professionel bokser.“ Men da vores adfærd i et eller andet omfang kan påvirke stort set alle sygdomme, kan det være vanskeligt at „afgøre, hvilken del af vores adfærd, der er livsstil, og hvilke der ikke er?“ Denne vanskelighed bliver ydermere mere problematisk, da et forsøg på at definere livsstil „indfanger en adfærd, der ... vil resultere i en definition på livsstil som noget, man rimeligvis kan forvente at undgå eller ændre på.“ I den forstand kan der være tale om selvforskyldte sygdomme. Men også betegnelsen selvforskyldte sygdomme giver kun mening, „hvis det er sandt, at rygere, inaktive, overspisere og alkoholforbrugere selv er skyld i deres øgede risiko for diabetes 2, hjerte-kar-sygdomme, nogle typer kræft osv., mens mennesker, der bor i byen, ikke selv er ansvarlig for at bo i byen, bilister ikke selv er ansvarlige for at være bilister osv.“ På baggrund af denne asymmetri i forhold til, hvad der er livsstilssygdomme, kan det ifølge forskerne undre,

at der i patienthåndbogen står: „I vore dage kan 60 procent af alle dødsfald tilskrives livsstilssygdomme“.

Skyldes dette, at vores livsstil er blevet mere usund? Ikke helt for som det også fremgår af patienthåndbogen, så lever vi i gennemsnit 25-30 år længere end omkring 1900. En øget forekomst af livsstilssygdomme skyldes altså ikke, at den generelle levevis er blevet mere usund. Det skyldes i højere grad, at mange flere bliver gamle nok til at få de sygdomme, vi kalder livsstilssygdomme. Sygdomme vi i dag også kan leve længere med, fordi vi i dag er i stand til at behandle fx diabetes 2, hjertesygdomme og som noget helt nyt stærkt overvægtige. Tidligere døde også de, der blev gamle, af de sygdomme, vi i dag kalder livsstilssygdomme. „Ingens adfærd er således helt optimal i forhold til at undgå sygdomme. De sundeste af os vil også få kræft eller hjerte-kar-sygdomme – de vil bare få det senere.“ (Andersen et al.,2022; Patienthåndbogen, 2023)

Jeg deler i høj grad de fire forskeres synspunkter, men er dog ikke synderligt optimistisk i forhold til at komme begrebet livsstilssygdomme til livs. I det følgende vil jeg påvise, hvorledes livsstilsbegrebet for alvor blev introduceret med 'Regeringens forebyggelsesprogram' fra 1989, hvormed der blev lagt en sti, som de efterfølgende folkesundhedsprogrammer har fulgt op på, og som har ført til en stiafhængighed (Thelen, 1999), der yderligere er blevet 'asfalteret' af tiltroen til, at fysisk aktivitet og idrætten i høj grad evner at medvirke til at hele de problemer, som livsstilssygdomme skulle have ført til.

Regeringens forebyggelsesprogram – livsstil, et sporskifte og en ny stiafhængighed

I løbet af 1980'erne ændredes dansk sundhedspolitik under inspiration af WHO's overordnede strategi 'Sundhed for alle år 2000'. Denne strategi, som Folketinget tilsluttede sig i 1988, fik stor betydning for indholdet i 'Regeringens forebyggelsesprogram', den daværende KVR-regering fremlagde i 1989. I programmet blev det forsøgt at gøre status over en række sundhedsmæssige problemer i det danske samfund. Derudover indeholdt programmet en række overvejelser vedrørende livsstilsbetingede sygdomme og betydningen af motion og fysisk aktivitet i forebyggelses-

øjemed, uden at der dog var tale om et egentligt strategisk fokus i den sammenhæng.

Baggrunden var et såkaldt nyt sygdomsbillede, som den store satsning på hospitalssektoren efter 2. verdenskrig ikke kunne tage højde for. Der var derfor behov for nytænkning og et sporskifte. Hvor de tidligste landvindinger i sygdomsforebyggelsen blev opnået ved forbedret hygiejne, bedre boligstandard, vaccinationer og en generel forbedring af de sociale kår, så stod man i 1980'erne over for en række nye udfordringer i „form af problemer af vidt forskellig art, som: forhøjet blodtryk, rygning, spritbilmisme og andre alkoholulykker. Fælles for disse problemområder og mange andre er, at de mere end noget andet er betinget af vores livsstil og vores sociale relationer“ (s. 14).

Danskerne havde angiveligt valgt en forkert livsstil og derfor pådraget sig en række livsstilssygdomme som hjerte-kar-sygdomme, kræft og muskel- og skeletsygdomme. Ifølge programmet havde danskerne fået dårlige vaner, for „livsstilssygdomme kaldes sådan fordi årsagerne ligger i vores livsstil, i vores vaner“ (Regeringens forebyggelsesprogram, 1989: 13). Der var derfor opstået et „misforhold mellem resultaterne af de i sig selv enstående behandlingsindsatser og de resultater – og den livskvalitet – der kunne fastholdes, hvis den rette forebyggelse var blevet iværksat i tide og vel at mærke var blevet modtaget af befolkningen“. Men muligvis var der håb forude, for måske „har mange taget ved lære, af hvad de har oplevet f.eks. med deres ældre familiemedlemmer eller på anden vis – og har ændret livsstil“ (s. 8).

I forebyggelsesprogrammet var man udmærket klar over, at en ændring af livsstil eller adfærd ikke var helt så ligetil, for „vilje til at ændre vaner opstår først, når den enkelte har viden om problemet og er motiveret til en ændring“ (s. 15). Men viden alene gør det ikke. „Kun når mennesker ændrer adfærd i retning af en sundere levevis har forebyggelse virket“ (ibid.). Vigtigt bliver det derfor at påvirke „den enkeltes holdninger til egen sundhedsadfærd samt at opstille konkrete, praktisable handlemuligheder“ (s. 23). Helt i overensstemmelse med denne opfattelse blev Prochaskas og DiClementes 'Stages of Change-model' fra 1983 ganske populær i folkesundhedssammenhænge i perioden efter offentliggørelsen af 'Regeringens forebyggelsesprogram'.

I forhold til indsatsområder var der især tale om fem områder, hvor den forebyggende indsats skulle styrkes: „forebyggelse af ulykker, forebyggelse af kræftsygdomme, forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme, forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme samt forebyggelse af psykiske lidelser“ (s. 26). Indsatserne mod kræftsygdomme og hjerte-kar-sygdomme ville ifølge programmet i et vist omfang være de samme og vil derfor kræve forebyggelse inden for tre særlige politikområder: ernæringspolitikken, alkoholpolitikken og tobakspolitikken. Områder, hvor der især er tale om livsstilssygdomme (s. 27).

Allerede her kan man se konturerne af tre af de vigtige KRAM-faktorer: kost, rygning og alkohol. I 1989 var motionsområdet endnu ikke tildelt helt så central en rolle, som det blev senere, selvom motion også i programmet tilskrives en vigtig rolle i forhold til forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme.

Det opfattes således som et væsentligt problem, at danskerne dyrker for lidt motion, eftersom en stor del har stillesiddende arbejde og derfor kun bevæger sig lidt i løbet af dagen. „Fysisk aktivitet påvirker blodets kolesterolindhold og blodtrykket på den måde, at jo mere fysisk aktiv en person er, jo lavere er blodtrykket og jo mindre er risikoen for at få symptomer på en hjerte-kar-sygdom“ (s. 35). Som en sidegevinst kommer, at fysisk aktivitet generelt forbedrer den enkeltes livskvalitet og ofte hænger sammen med fraværet af andre risikofaktorer som rygning og stress (s. 36).

For Kulturministeriet, Undervisnings- og Forskningsministeriet samt Sundhedsministeriet bliver det derfor en væsentlig opgave i samarbejde med kommunerne at gennemføre en motionspolitik, som vil få befolkningen til at dyrke mere motion (s. 36). På daværende tidspunkt havde motion og fysisk aktivitet endnu ikke samme centrale placering som senere i forhold til KRAM-faktorerne. Skoleidrætten nævnes som et muligt satsningsområde – med 1 time ugentligt! Og den frivillige idræt omtales, i sammenhæng med at kommunerne skal vedligeholde og opføre idrætsfaciliteter. Endelig henvises der også til radioens pausegymnastik som en forebyggelse og folkeoplysende mulighed (s. 38).

Der var set med nutidens øjne stadig en lang vej at gå, hvilket også fremgik af en konference, som Forebyggelsesrådet havde holdt i 1984 om

'Idræt og sundhed'. Der var især mangel på viden „om idrættens mulighed og betydning for et sundhedsbegreb baseret på en fysisk, psykisk og social dimension af menneskets tilværelse“ ('Idræt og sundhed', 1984: 112-113). På daværende tidspunkt var der især manglende viden om idræt for det, der dengang blev betegnet som ressourcetsvage grupper, hvilket fremgik af 'Betænkning om breddeidrætten i Danmark' fra 1987. I betænkningen blev der udtrykt et ønske at „forbedre vilkårene for de idrætsligt set dårligst stillede grupper af befolkningen,“ som omfatter mennesker uden særlig idrætserfaring, ældre og arbejdsledige“ (Bind III: 345). Befolkningsgrupper, som den organiserede idræt på daværende tidspunkt ikke indtænkte.

Forebyggelsesprogrammet fra 1989 blev grundlaget for en øget forebyggelsesindsats i de kommende årtier med fokus på først og fremmest livsstilssygdomme. En ny sti var blevet lagt i forhold til den foregående periodes fokus på hospitalernes evne til at helbrede sygdomme. En sti, der blev yderligere udbygget med 'Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen' fra 1999. I første omgang var der måske ikke tale om de store indsatser, men om ikke andet så begyndte en kraftig italesættelse af forebyggelse og sundhedsfremme.

Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 – motion kommer på banen

Selvom det var SR-regeringen, der stod bag folkesundhedsprogrammet, byggede dette på en lang række punkter videre på det arbejde, der var blevet iværksat i forlængelse af forebyggelsesprogrammet fra 1989. Men på især et område var der kommet ny viden, som betød øget fokus på sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. For mens forebyggelsesprogrammet i 1989 kunne konstatere, at sundhedstilstanden i Danmark inden for de seneste 100 år havde gjort bemærkelsesværdige fremskridt, så den gennemsnitlige levealder var blevet markant forlænget, samtidig med at befolkningen generelt levede et liv, der var langt mindre præget af sygdom end tidligere, så var det i 1999 blevet klart, at Danmark havde fået et problem i forhold til den forventede middellevetid.

Middellevetiden er et mål for det gennemsnitlige antal år, en person i en given alder kan forvente at leve i, hvis personens dødelighed fremover svarer til den aktuelle dødelighed i befolkningen. Og på det område var det gået kraftigt ned ad bakke for danskerne, fordi stigningstakten i Danmark var meget lavere end i en række andre lande. I 1970 indtog Danmark i international sammenhæng en fjerdeplads for såvel kvinder som mænd efter Sverige, Norge og Holland, som vi gerne sammenligner os med. I 1996 var Danmark dumpet ned på en 16. plads for kvinders vedkommende og på en 15. plads for mænds vedkommende, og for begge køn efter nationer som Italien, Grækenland, Spanien og Irland, som vi sjældent sammenligner os med ('Folkesundhedsprogrammet', 1999: 13). Noget var altså gået galt trods de gode intentioner i forebyggelsesprogrammet, og en ekstra sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsats måtte iværksættes.

Det overordnede mål i folkesundhedsprogrammet blev derfor: Længere liv med højere livskvalitet. I programmet stod: „Danskernes middellevetid skal øges markant. Samtidig skal antallet af gode leveår øges og helbredsbedingede begrænsninger i sociale og fysiske udfoldelsesmuligheder mindskes“ (s. 7). Et mål, der spillede godt sammen med programmets andet overordnede mål om at reducere den sociale ulighed i sundhed mest muligt, som især skulle føres ud i livet ved at forstærke indsatsen for at forbedre sundheden for de dårligst stillede grupper i samfundet (ibid.) Et mål, som især WHO havde fremført på verdensplan. Generelt må man gå ud fra, at en forbedring af sundheden for de dårligst stillede grupper i samfundet ville have en positiv effekt på middellevetiden. I dag ved vi, at det desværre ikke er gået så godt som ønsket med denne forbedring.

Det overordnede problem med middellevetiden betød, at folkesundhedsprogrammet, udover en række mål for risikofaktorer lig de omtalte i forebyggelsesprogrammet, tilføjede en række mål for aldersgrupper, for forebyggelsesmiljøer samt endelig en række strukturmål (stat, amt, kommuner, forskning og uddannelse). I forhold til forebyggelsesprogrammet havde man på risikoområdet dog tilføjet et i denne sammenhæng væsentligt nyt område, nemlig det femte mål 'Kost og Motion' med den hensigt, at „antallet af danskere, som spiser sundt og er fysisk aktive, skal øges, dels gennem klar information, dels gennem lettilgængelige muligheder for sund levevis“ (s. 8). Med lettilgængelige muligheder for sund levevis itale-

sættes for første gang en strukturel tankegang, der med tiden bliver mere fremherskende. Også i forhold til aldersgruppen ældre begyndte fysisk aktivitet så småt at blive indtænkt. Det tiende mål lød: „Ældre skal sikres tilbud, der sigter mod at opretholde deres sociale, fysiske og psykiske færdigheder længst mulig“ (ibid.).

I det hele taget stod motion stærkere i folkesundhedsprogrammet end i forebyggelsesprogrammet. For befolkningen generelt ønskede man, at „en væsentlig større del af befolkningen skal opfylde de officielle anbefalinger for regelmæssig fysisk aktivitet om: – at voksne skal dyrke en halv time fysisk aktivitet dagligt; – at alle børn og unge i skolealderen skal dyrke mindst én times fysisk aktivitet om dagen“ (s. 47). Interessant nok blev bevidstheden om kost og motions betydning for livsstilsændringer også kædet sammen med programmets sjette mål 'Svær overvægt', hvor ønsket var at stoppe stigningen i antallet af svært overvægtige, og hvor flere af de initiativer, der skulle iværksættes, skulle ses i tæt sammenhæng med initiativerne vedrørende kost og motion fra det femte mål (s. 55).

Ligesom i forebyggelsesprogrammet spillede livsstil eller vaner en væsentlig rolle for sundhedsadfærden. Flere sygdomme lå mere eller mindre uden for den enkeltes kontrol. Det gælder f.eks. for „smitsomme sygdomme, egentlige epidemier og miljøpåvirkninger, hvor risikoen for at blive syg afhænger af den samfundsmæssige indsats på det enkelte område, men andre sygdomme hænger sammen med den enkeltes livsstil. Det gælder således for sygdomme relateret til alkohol- og tobaksforbrug, kostvaner og fysisk aktivitet. Disse vaner er socialt og kulturelt betingede, men er også resultat af individuelle valg“ (s. 111). Det bliver derfor vigtigt, at det offentlige stimulerer til ændringer gennem en dialog om risici ved en uhensigtsmæssig adfærd. For at „forbedre folkesundheden kræves ændrede adfærdsmønstre, men ikke nødvendigvis voldsomme ændringer – set ud fra den enkeltes synspunkt. Små ændringer udført af mange giver store resultater“ (ibid.) Om små ændringer så også var tilstrækkelige, kan der med den senere kraftige betoning af KRAM-faktorerne vel nok sættes spørgsmålstegn ved.

Med folkesundhedsprogrammet var motion og idræt kommet på banen som en væsentlig forebyggelses- og sundhedsfremmende aktivitet. I 1999 var den organiserede idræt dog endnu ikke den store medspiller i forhold

til sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. I folkesundhedsprogrammet er det derfor stort set initiativer, der udgår fra forskellige ministerier, som omtales for at fremme sunde motionsvaner. Det var Sundhedsministeriet, der tog initiativ til at oprette et 'Forum for motion', hvor „relevante myndigheder og organisationer skal koordinere initiativer på motionsområdet samt udvikle særlige metoder til at nå udsatte grupper“ (s. 52). Som noget nyt havde Kulturministeriet iværksat et treårigt 'Idrætspolitisk Idéprogram', der skulle „understøtte nytænkning i idrætspolitikken og indtænke nye og anderledes måder at dyrke idræt på – både i foreningerne og uden for disse“ (s. 53). Det var et ønske, at initiativerne skulle inddrage særlige grupper som indvandrere, handicappede og ældre samt udvikle idrætten i storbyerne. I den sammenhæng blev Lokale og Anlægsfondens muligheder for at støtte alle former for byggeri inden for kultur- og fritidsområdet ligeledes omtalt. Egentlig var sigtet med såvel 'Idrætspolitisk Idéprogram' som Lokale og Anlægsfonden først og fremmest at styrke idrættens kulturpolitiske dimension, men bliver alligevel her bragt i spil i en forebyggelses- og sundhedsfremme sammenhæng. (Ibsen, 2002)

Idrætspolitisk Idéprogram fik dog ingen lang levetid, da det umiddelbart efter den nye VK-regerings tiltrædelse i 2001 blev nedlagt af kulturminister Brian Mikkelsen efter pres fra den organiserede idræt. Idrættens hovedorganisation havde endnu ikke helt fornemmet, hvilken vej vinden blæste. Dette skulle dog ændre sig radikalt i løbet af det ny årtusindes første årti. Et væsentlig skub i den retning kom med VK-regeringens nye folkesundhedsprogram 'Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10' fra 2002, der som et helhedsorienteret program ville følge op på linjen fra forebyggelsesprogrammet 1989, samtidig med at det videreførte de overordnede mål fra SR-regeringens folkesundhedsprogram 1999.

Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10 – mangel på motion og fysisk aktivitet bliver en risikofaktor

Overordnet ønsker regeringen med programmet at skabe flere gode leveår for alle – i alle aldre. Det skal ske ved at øge middellevetiden markant, at

øge antallet af år med god livskvalitet og ved at reducere uligheden i sundhed. 'Sund hele livet' er her på linje med folkesundhedsprogrammet, også i forhold til at der udpeges særlige risikofaktorer, som har betydning for folkesundheden, men som noget nyt er der en særlig fokus på indsatsen i forhold til de store folkesygdomme, hvor det er tanken, at der kan opnås „betydelige forbedringer ved en mere systematisk indsats med patientrådgivning, – støtte, rehabilitering m.v. Det handler bl.a. om at give den enkelte den nødvendige viden og de nødvendige redskaber til egen indsats og egen omsorg“ (s. 4). For den enkelte har et stort ansvar for at ændre adfærd.

'Sund hele livet' opererer med ansvar på tre forskellige niveauer. Først spørges der: Hvad kan den enkelte gøre? Aktørerne er i den sammenhæng: Den enkelte, familien og de nære netværk, og målet er handlinger, der fører til sunde levevaner, ændret sundhedsadfærd og etableringen af støt-tefunktioner i nære netværk. Dernæst spørges: Hvad kan vi gøre sammen? Aktørerne er fællesskaberne, forenings- og organisationslivet, der her for første gang for alvor bringes i spil sammen med skolen, arbejds-pladsen og sundhedsvæsenet. Målet er handlinger, der fører til konkrete forebyggende og sundhedsfremmende initiativer samt til at skabe sunde, støttende rammer og netværk. På tredje niveau spørges: Hvad kan det offentlige gøre? Her er aktørerne stat, amt og kommune, og målet er at skabe handlinger, der sætter rammebetingelser for forebyggelse i form af lovgivning, økonomiske rammer, strukturer, redskaber, forskning og vidensformidling. Derudover skal der stilles konkrete forebyggende ydelser til rådighed for befolkningen generelt og for særlige mål- og risikogrupper. Endelig vil det være vigtigt at støtte de svageste (s. 8).

Ifølge 'Sund hele livet' hviler der således et stort ansvar på den enkelte i forhold til livsstils- eller adfærdsændringer. Fællesskabernes og det of-fentliges virke er i høj grad at støtte og stimulere adfærdsændringerne hos den enkelte borger, hvilket ligeledes bliver tydeligt, når man ser nærmere på forholdet mellem risikofaktorerne og de store folkesygdomme, hvor ri-sikofaktorerne netop tager udgangspunkt i de forebyggelige årsager til de store folkesygdomme og dødsårsager.

'Sund hele livet' opstiller følgende risikofaktorer: rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, svær overvægt, ulykker, arbejdsmiljø og miljøfakto-

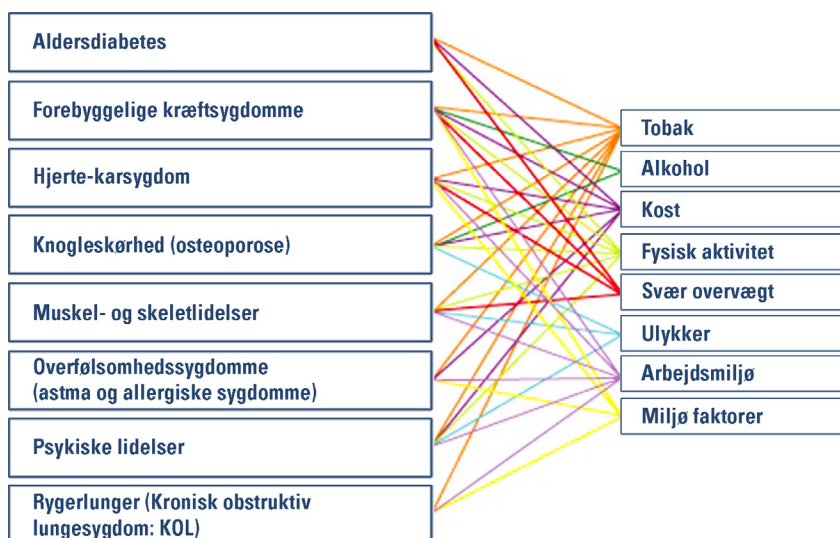
rer, hvor det i den her sammenhæng er interessant, at fysisk aktivitet for første gang tildeles en rolle som en faktor, der har en selvstændig sundhedsfremmende effekt (s. 10.) Derudover er det interessant, at de første fire faktorer, der opstilles, er identiske med de såkaldte KRAM-faktorer.

I forhold til fysisk aktivitet er det sundhedspolitiske mål, at antallet af fysisk aktive skal øges markant, og fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen. Dette skal ses i lyset af, at 20-30 procent af befolkningen er så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsrisiko. At fysisk inaktive har dobbelt så stor risiko for tidlig død end fysisk aktive. At personer med stillesiddende arbejde er voksende, samtidig med at mange af disse ikke kompenserer ved at være mere aktive i fritiden. Endelig er det et problem, at der er stor ulighed i deltagelse i fysisk aktivitet i forhold til uddannelse og indkomst (s. 19).

I forhold til hvad der kan gøres for at fremme fysisk aktivitet, anbefaler *Sund hele livet*, at det enkelte barn skal være en time fysisk aktiv hver dag og den enkelte voksne ½ time hver dag. At børn og unge skal støttes i at forblive fysisk aktive. At den daglige transport foregår aktivt ved at cykle og ved at tage trappen. At fysisk inaktive støttes i at blive aktive. Hvad angår fællesskabet, handler det om at skabe fysiske rammer, der stimulerer til fysisk aktivitet i skoler, i daginstitutioner og på arbejdspladser, samt at skabe tilbud, der motiverer folk, herunder nydanskere, der ikke har tradition for at være aktive. Det offentliges rolle skal være at sikre et højt informationsniveau om fysisk aktivitets betydning for sundheden. At sætte fokus på fysisk aktivitet i forebyggelsen og som led i behandling samt oplyse om betydningen af fysisk aktivitet i uddannelsen af sundhedspersonale og pædagogisk personale (s. 20).

Fremme af fysisk aktivitet var væsentlig, for sammen med de andre risikofaktorer ønskede man i 'Sund hele livet' også at påpege sammenhængen mellem fysisk aktivitet og de store folkesygdomme, som kunne undgås ved forebyggelse. Det drejede sig om aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed (osteoporose), muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme (astma og allergier), psykiske lidelser samt rygerlunger. Forebyggelsesbetydningen fremgår af følgende figur, der viser, hvilke risikofaktorer der har betydning for de omtalte folkesygdomme (s. 33).

Som det fremgår, spiller fysisk aktivitet en forebyggende rolle i forhold til store folkesygdomme som aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser og psykiske lidelser. Seks af de otte store folkesygdomme kan således forebygges gennem fysisk aktivitet, der på den måde havde fået en meget central placering som sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme i det hele taget. Dette var efterhånden også blevet en udbredt opfattelse blandt danske regeringer, og det begyndte gradvist at brede sig til den organiserede idræt i Danmark, hvilket blev særdeles tydeligt i det efterfølgende årti.



Forebyggelse og idræt i 'Mulighedernes Danmark'

Allerede året inden offentliggørelsen af 'Sund hele livet' blev idrætten – for første gang – behandlet i et selvstændigt afsnit i grundlaget for Anders Fogh Rasmussens VK-regering fra 2001 'Vækst, velfærd – fornyelse'. Under overskriften 'Bedre vilkår for idrætten' hed det, at regeringen ved at fjerne en række administrative forhindringer ville styrke den organiserede idræt og fremme det foreningsbaserede idrætsliv i det civile liv, ligesom regeringen ønskede at styrke eliteidrætten. Ønsket om at styrke den or-

ganiserede idræt var formentlig et fingeraftryk fra den daværende konservative kulturminister Brian Mikkelsen, der havde gode relationer til Danmarks Idrætsforbund.

I forhold til denne artikels tilgang var det væsentligt, at idrætten for første gang i et regeringsgrundlag også blev omtalt i en folkesundhedssammenhæng på følgende måde: „For at øge folkesundheden skal der sættes fokus på den sundhedsmæssige dimension i idrætten. Særligt skal den foreningsbaserede idræt og idræt i uddannelsessystemet, især i folkeskolen, styrkes“ (Regeringsgrundlaget, 2001).

Et udsagn, der må opfattes som en af forudsætningerne for bl.a. de initiativer, der efterfølgende blev ført ud i livet i forhold til samarbejdet mellem en række skolefritidsordninger og idrætsforeninger.

I regeringsgrundlaget fra 2001 var idræt eller motion og fysisk aktivitet ikke nævnt i forbindelse med afsnittet 'Bedre sundhed'. Dette skete til gengæld i 2003 i en udbygning af regeringsgrundlaget 'Vækst, velfærd – fornyelse II' fra august 2003, året efter offentliggørelsen af 'Sund hele livet'. I dette regeringsgrundlag gentog man med lidt andre ord, hvorledes idræt skulle medvirke til at fremme folkesundheden, og i afsnittet om 'Bedre sundhed' blev der sat fokus på, hvorledes de enkelte skoler skulle sikre: „at børn hver dag kommer udenfor og får mulighed for fysisk aktivitet“ (Regeringsgrundlaget, 2003).

Både i regeringsgrundlaget fra 2005 og fra 2007, stadig under Anders Fogh Rasmussen, blev der fulgt op på pointeringen af idræts betydning for folkesundheden. Vigtigt var 2007 programmet 'Mulighedernes samfunds' betoning af idræt i en forebyggelsessammenhæng under afsnittet 'Aktiv forebyggelse', hvor der blev lagt op til hele det udredningsarbejde, en ny forebyggelseskommission kom til at udføre samtidig med en begyndende angivelse af, hvorledes en række forebyggelsestiltag skulle føres ud i livet – under hensyntagen til den enkeltes ansvar.

Regeringen vil nedsætte en forebyggelseskommission med henblik på at lancere en national handlingsplan for forebyggelse med klare mål for indsatsen. I forbindelse med arbejdet vil den enkeltes personlige ansvar for egen sundhed blive inddraget. Det er regeringens mål, at den gennemsnitlige levetid skal forlænges med 3 år over de næste 10 år. Herudover vil regeringen

blandt andet forbedre mulighederne for at dyrke idræt og motion for både børn og voksne (Regeringsgrundlaget, 2007).

På det mere konkrete plan ønskede regeringen at se på mulighederne for gratis og skattefri motion til ansatte i såvel det private som det offentlige og i fx fitnesscentre – det var dengang Danmark, ifølge den daværende finansminister Thor Pedersen, ville ende med at eje hele verden! På ønskelisten var også mere bevægelse og motion i børnehaver, skoler og skolefritidsordninger samt renoveringen af kommunale idrætsfaciliteter.

Desuden ønskede regeringen at sammenkæde arbejdet i det af regeringen nedsatte nye breddeidrætsudvalg med arbejdet i den nye forebyggelseskommission og komme med konkrete forslag til forbedring af befolkningens muligheder for at dyrke idræt og motion. Og endelig ønskede regeringen, at byplanlægningen skulle understøtte en aktiv livsstil, „fx ved bedre cykelstier, motionsfremmende arealer og grønne områder i byerne“ (Regeringsgrundlaget, 2007).

Siden 2002 havde regeringen således tydeligt meldt ud, at idræt – især foreningsidrætten sammen med det offentlige – skulle spille en aktiv rolle i forebyggelsessammenhæng, hvorved den enkelte kan yde sit bidrag til folkesundheden. Dette bliver endnu mere tydeligt med offentliggørelsen af forebyggelseskommissionens og breddeidrætsudvalgets betænkninger i 2009. Ifølge en af deltagerne i forebyggelseskommissionens arbejde, Bjarne Ibsen, var der ikke tale om det store samarbejde med Breddeidrætsudvalget – blot et møde blev det til. Som det vil fremgå af det følgende, var der alligevel tale om en del fælles synspunkter i formuleringerne fra de to udvalg.

'Vi kan leve længere og sundere', 'Idræt for alle' og det personlige ansvar

I kommissoriet til forebyggelseskommissionens arbejde blev det pointeret, at usund kost, rygning, alkohol og for lidt motion var årsag til ca. 40 procent af alle sygdomme og tidlige dødsfald, og når det samtidig var klart, at fokus i kommissionens arbejde skulle være på tiltag, der har dokumenteret virkning på forebyggelsen, var det ikke så underligt, at der

skete en så kraftig betoning af de såkaldte KRAM-faktorer i en forebyggelsesammenhæng. På den måde kunne forebyggelsesarbejdet i høj grad pålægges den enkelte borger, eftersom borgerrettet forebyggelse skulle foregå i borgerens hverdag.

Som det ordret stod i betænkningen om kommissoriet, så „skal kommissionen analysere, hvilke sundhedsmæssige udfordringer, samfundet står overfor i dag, og på baggrund heraf vurdere, hvilke indsatsområder der fremover bør prioriteres. I denne prioritering skal der også tages hensyn til, at den enkeltes personlige ansvar for egen sundhed styrkes“ (‘Vi kan leve længere’:15).

Betænkningen formulerede som mål, at danskernes levetid skulle forlænges med 3 år over de næste 10 år, eftersom problemet med det relative fald i danskernes middellevetid stadig ikke var blevet løst. De væsentligste risikofaktorer betydning for dødelighed og middellevetid var rygning, der angiveligt stod for en andel på 23 procent af dødsfald og 9,5 procent i reduktion i middellevetiden for den enkelte. For fysisk inaktivitet drejede det sig om henholdsvis 7,4 procent og 5,3 procent, mens det for alkohol drejede sig om 5,2 procent og 4,5 procent. Kost var den efterfølgende væsentligste faktor, så KRAM-faktorerne tilsammen udgjorde de væsentligste risikofaktorer i forhold til dødelighed og middellevetid (s. 34), med fysisk inaktivitet som den væsentligste efter rygning.

I betænkningens konklusion betones endnu engang det personlige valg af livsstil for sundheden, på trods af at der ellers var fokus på strukturelle tiltag i form af at gøre alkohol og tobak dyrere og sunde vaner lettere. „Det er et personligt ansvar at sikre sunde vaner og et langt og sundt liv“. Dette er dog ikke lige nemt for alle, især for de ressourcetsvage grupper i samfundet, „hvor en usund livsstil er særlig udbredt“, hvorfor samfundet har „et ansvar for at understøtte det personlige ansvar og stille rammer og tilbud til rådighed, der hjælper den enkelte borger med at vælge den sunde livsstil“ (s. 387).

En fysisk aktiv livsstil har stor betydning for sundheden, da „ca. 4.500 dødsfald kan henføres direkte til fysisk inaktivitet“, og selv om mange danskere er fysisk aktive, er der „stadig grupper af danskere, der er fysisk inaktive på arbejde og/eller i fritiden“ (s. 392). Reguleringer, der kan fremme fysisk aktivitet, er derfor væsentlige. Det kan fx være infrastruktur, der

fremmer fysisk transport samt andre initiativer, der kan føre til livsstilsændringer, men også idrætsforeninger og idrætsorganisationer må på banen, da disse modtager støttemidler fra stat og kommune på i størrelsesordenen 3,6 mia. kr. årligt. Ifølge kommissionen „kan en ændret støttemodel få en del af foreningerne til at tilbyde aktiviteter målrettet fysisk inaktive“. Hvorved „potentialt for at løfte folkesundheden ville være stort“ (ibid.). Forslaget om et ændret støttemål blev dog straks afvist af idrætsorganisationerne.

Vi skal efterfølgende se, hvorledes idrætsorganisationer samtidigt med ovenstående udmeldinger i den grad var begyndt at følge op på forebyggelsestankgangen. Et yderligere skub i den retning kom med breddeidrætsudvalgets betænkning 'Idræt for alle'.

I kommissoriet til breddeidrætsudvalgets arbejde stod, at det skulle belyse og stille konkrete forslag i forhold til befolkningens idræts- og motionsvaner i samspillet mellem deltagelse i den organiserede idræt, den kommercielle og den selvorganiserede idræt. Og i forhold til idrættens samfundsmæssige betydning herunder idrættens egen sammenhængskraft belyse betydningen for sundhed, forebyggelse og integration. En særlig opgave var i den sammenhæng at belyse, hvordan man kunne få flere børn til at dyrke idræt med fokus på især de, der ikke er idrætsaktive ('Idræt for alle':10-11). På den måde var det tanken, at breddeidrætten skulle løfte væsentlige samfundsmæssige opgaver på sundheds- og integrationsområdet.

Den væsentligste betoning lå dog tydeligvis på sundhedsområdet, hvilket fremgik af kulturministerens og udvalgsformandens forord, der som overskrift havde „Hvordan styrker vi befolkningens muligheder for at dyrke idræt og motion?“, som i forordet også bliver betegnet som hovedspørgsmålet i rapporten. Indledningsvist følges dette op under overskriften 'Sundhedens kraftfulde entré', hvor der gribes tilbage til breddeidrætsbetænkningen fra 1987, hvor sundhed også blev omtalt i forhold til idræt, men uden at man i den grad kunne henvise til den evidens, man i 2009 havde for idrættens sundhedsmæssige betydning, sådan som det er fremgået af det seneste årtis forebyggelsesrapporter (s. 13-14).

Dette underbygges i den grad i rapportens kapitel 5 'Sundhed og breddeidræt' med udsagnet om, at „inden for de seneste fem til ti år er idrættens sundhedsmæssige kvaliteter i stigende grad kommet i centrum i den

sundhedspolitiske diskussion. Det er en udvikling, der understøttes af en lang række forskningsresultater, og som bl.a. udmønter sig i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet. Samtidig er den fysisk aktive krop blevet et symbol på en fysisk aktiv livsstil“ (s. 327).

At den fysisk aktive krop symboliserer en aktiv livsstil er et væsentligt eksempel på „breddeidrættens fremtrædende rolle som ’leverandør’ af sundhed“, hvilket skal ses i lyset af, „at danskernes mindre fysisk aktive arbejds- og fritidsliv har uheldige konsekvenser i forhold til udviklingen af livsstilssygdomme i dele af befolkningen“ (ibid.). På den måde tilskrives idræt og fysisk aktivitet en særdeles væsentlig, rolle i forhold til at den enkelte selv kan påtage sig ansvaret for at ændre livsstil.

’Vi kan leve længere’ og ’Idræt for alle’ fremstår på sygdomsforebyggelses- og sundhedsfremmeområdet som en symbiose, men som noget nyt tilfører ’Idræt for alle’ tanken om idræts og fysisk aktivitets „frelsende kræfter“ i forhold til livsstilsændringer. Begge rapporter underbygger stiafhængigheden i forhold til livsstilssygdomme og den enkeltes ansvar for adfærdssændringer, men betoningen af idrættens helende kraft giver det hele et ekstra tvist, hvormed idrætten tendentielt sættes ind i en mytisk sammenhæng, der fremmer en særlig vision, som handler om forandring og frelse, baseret på tanker om det gode samfund (Dahlstedt & Ekholm, 2021:345 ff.).

I det følgende skal vi se, hvorledes idrættens hovedorganisationer har grebet tanken om idrættens frelsende kræfter.

Idrættens hovedorganisationer, kursskifte og visionen ’Bevæg dig for livet’

I løbet af det nye årtusinders første årti skete der et regulært kursskifte i den måde, idrættens hovedorganisationer forholdt sig til det offentlige. Indtil da havde idrætten gerne modtaget midler fra det offentlige, men opfattede disse som deres egne midler og fastholdt generelt deres autonome ret til at disponere disse, som de selv ønskede.

Fra 1992 var der med fusionen mellem DDSG&I og DDGU, der førte til dannelsen af DGI, og DIF’s fusion med DOK i 1993, tale om tre hovedorganisationer i Danmark. Danmarks Idrætsforbund var den største, men fusionen i 1992 havde gjort, at DGI i højere grad kunne måle sig med DIF, hvad

angår antallet af medlemmer. Det tredje hovedforbund var det noget mindre Dansk Firmaidræt, der længe havde arbejdet med motion og sundhed.

Kursskiftet kom i første omgang tydeligst til udtryk i DGI i forbindelse med formandsskiftet i 2001. For DGI's første formand Leif Mikkelsen var idræt og den folkelige oplysning det vigtigste, sådan som det også var formuleret i DGI's formålsparagraf i 1992:

Danske Gymnastik- og Idrætsforeningers formål er ved idræt og andet kulturelt virke at styrke det frivillige foreningsarbejde for at fremme den folkelige oplysning (Hansen, 2017:11)

Betoningen af det folkelige var væsentligt for at profilere det nydannede DGI i forhold til det stadig lidt større DIF, der med specialforbundene organiserede såvel eliteidrætten som breddeidrætten, som ifølge Leif Mikkelsen klart adskilte sig fra det folkelige foreningsarbejde: „folkelige idrætsaktiviteter skal give en almen menneskelig udvikling for deltagerne – fysisk, psykisk og socialt“, og stævner skal tilpasses lokale forhold, og ingen skal vælges fra ud fra kvalifikationskrav. Breddeidrætten er derimod „et spejl af eliteidrætten med de samme normer og regler fra top til bund“. I breddeidrætten „gøres foreningen til administrator i stedet for kulturformidler, og den aktive til skakbrik i stedet for et menneske af kød og blod i et socialt samspil“ (Mikkelsen, citeret fra Hansen, 2017:14)

Denne holdning hos Leif Mikkelsen betød også en klar afvisning af kulturminister Jytte Hildens i 1994 iværksatte pengestrømsanalyse af det øgede antal midler, der var tilfaldet idrættens hovedorganisationer efter indførelsen af statslotto i 1989, samtidig med at der blev sat et loft for tildelingen af midlerne til idrætten. Målet med undersøgelsen var bl.a., at idrætten skulle påtage sig en række opgaver af social karakter som en modydelse for de offentlige midler.

Ingen af delene brød Leif Mikkelsen, der dengang også var formand for Idrættens Fællesråd, sig om. Ifølge Mikkelsen var det en utidig indblanding fra statens side, for når tipsmidlerne først er udbetalt til DGI, så er det DGI's formelle ansvar, at pengene bruges fornuftigt. DGI skal ikke vurderes på, om deres indsats er tilstrækkelig social, for „Vi er kulturformidlere og ikke socialarbejdere“ (ibid. s. 18).

Mikkelsens udsagn faldt midt i 1990'erne. I begyndelsen af det nye årtusinde fremstod de ifølge den nye formand for DGI, Søren Møller, dog som ude af trit med virkeligheden. Søren Møller blev i 2001 valgt som ny formand, og i forbindelse med hans første årsberetning i 2002 tog han fat på en nyfortolkning af begrebet folkelig idræt, da „begrebet folkelig oplysning har mistet kraft for mange mennesker i det danske samfund“. Nyfortolkningen kunne ifølge Møller tage udgangspunkt i idrættens tre dimensioner: præstationsdimensionen, sundhedsdimensionen og den sociale dimension, hvor det var opfattelsen, at især sundhedsdimensionen skulle forsøges opprioriteret (ibid. s. 19).

Nyfortolkningen betød, at den nye formand i høj grad havde indoptaget den forståelse af idræt og motion, der gjorde sig gældende i såvel 'Sund hele livet' som i det første regeringsgrundlag for VK-regeringen.

Nyfortolkningen førte også til en ny orientering med visionen 'DGI mod 2010', hvor udviklingen af sund livsstil og folkesundhed for alvor blev programsat, og et af satsningsområderne blev fleksible motionstilbud til voksne. I 2003 blev udvalget DGI Motion etableret, hvortil kom initiativer for børn og unge, fx projekter for overvægtige børn, og endelig blev der rettet fokus mod idræt for 50 plus-generationen.

I 2004 tog DGI skridtet fuldt ud og skrev sundhed ind i en ny formålsparagraf:

„Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger vil styrke de frivillige foreninger som rammen om idræt med vægt på fællesskab, udfordring og sundhed for at fremme foreningens folkeoplysende kvaliteter“ (ibid. s.21).

På den måde faldt sundhed sammen med folkeoplysende kvaliteter, og DGI levede op til regeringernes ønsker til idrætten.

Nyfortolkningen og den nye praksis i DGI gjorde, at et tættere samarbejde med DIF lå lige for. I første omgang førte det til et mislykket fusionsforsøg i 2008, men det tætte samarbejde fortsatte derefter og fandt fra 2013 en mere fast model i form af samarbejdet om visionen 25-50-75, som gik ud på, at 50 procent af den danske befolkning i 2025 skulle være aktiv i en idrætsforening, og 75 procent af befolkningen skulle dyrke en eller anden form for motion.

En væsentlig følge heraf blev, at der fra 2014 kom ro om de offentlige tilskud til idrætten, da et bredt forlig på Christiansborg sikrede, at landsorganisationerne stort set fastholdt den hidtidige tildeling fra det offentlige. Ifølge DIF's daværende formand Niels Nygaard måtte dette forstås som et udtryk for, at det er politikernes opfattelse, at DIF og DGI har forvaltet de offentlige midler effektivt, og at der er stor tilfredshed med organisationerne blandt både medlemsforeningerne og kommunerne (ibid. s. 26).

Fra 2015 blev visionen implementeret under navnet „Bevæg dig for livet“ i et partnerskab mellem DIF, DGI, Nordea-fonden og TrygFonden med DGI og DIF som projektejer og med 78 mio. kr. i støtte. Et initiativ, som V, K og LA-regeringen i 2016 hilste velkommen i regeringsgrundlaget med ordene „regeringen deler DGI's og DIF's fælles vision om, at i 2025 skal 50 procent af danskerne være medlem af en idrætsforening, og 75 procent af befolkningen være idrætsaktive“ (ibid. s. 29).

Breddeidrættens folkesundhedsdimension blev hermed fuldt ud implementeret i såvel sundhedsprogrammerne som i de to store idrætsorganisationer. Om det så er lykkedes at føre visionen fuldt ud i livet, er en anden historie – lige nu ser det ud til at være tvivlsomt, men at breddeidrætten var et væsentligt forventet instrument i bekæmpelsen af livsstilssygdomme, var ikke længere tvivlsomt, hverken i det offentlige eller i idrætten.

Livsstil – stiafhængighed og idrættens mytologi

Med den symbiose, der fra 2009 opstod mellem forebyggelsestanken og breddeidrætten i bekæmpelsen af livsstilssygdommene, medvirkede idrætten til at asfaltere den sti, der med forebyggelsesprogrammet i 1989 blev lagt i bestræbelserne på at komme det nye sygdomsbillede til livs. Den enkeltes ansvar for adfærdsændringer indgår i den grad i breddeidrættens folkesundhedstankegang. Idræt, motion og fysisk aktivitet kræver den enkeltes aktive medvirken mere eller mindre ad frivillighedens vej. Der har været forsøg med motion på recept i forlængelse af sundhedsprogrammerne i forhold til dem, der var hårdt ramt af livsstilssygdommene, men det er aldrig rigtig blevet nogen succes i Danmark. Breddeidræt som sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme og adfærdsændring forbliver den

enkeltes ansvar, og hvis det virker, er det som regel for de ressourcestærke grupper i samfundet.

Med breddeidrættens instrumentalisering som en væsentlig faktor i bekæmpelsen af livsstilssygdommene tilskrives idrætten en mytisk kraft som en særlig vision, som gælder forandring henimod det gode samfund – Bevæg dig for livet!

Forfatterbeskrivelse

Jørn Hansen, professor emeritus, Institut for Idræt og Biomekanik. Primære forskningsområder: idræts historie og sundhedshistorie – idræts politik og sundhedspolitik. Hans seneste publikationer inden for idræts politik og sundhedspolitik:

Hansen, J. (2020) 'En kulturhistorisk tilgang: BMI og myten om det normale gennemsnitsmenneske' i Ravn og Højbjerg Larsen (red.), 'Krop og Bevægelse i idræt og sundhed. Kulturanalytiske tilgange'. Syddansk Universitetsforlag: 27-40.

Hansen, J. (2017) 'DGI 1992-2017 – fra modkultur til sundhedsvisio-ner og forenings-service' i Hansen, J. (red.), 'Folkelig sundhed og forenings-service? DGI: 10-29.

Litteratur

Andersen, M.M.; Vallgård, S.; Varga, S.; Folker, A.P. (2022). „Selvfor-skyldte sygdomme“, Weekendavisen Ideer 2. september s. 13.

Andersen, B. og Hansen, J. (2016). Fra pensionistgymnastik til senior-idræt. Gymnastik- og idrætsaktiviteter for ældre gennem 50 år. Syd-dansk Universitetsforlag

Betænkning nr. 1094 (1987). Betænkningen om breddeidrætten i Dan-mark bd. III.

Dahlstedt, M. & Ekholm, D. (2021) Idrottens mytologi. I: Dahlstedt, M. & Ekholm, D. (red.), Idrottens Kraft? Ungas livsvilkor och ojämlikhetens problem i en segregerad stad. Studenterlitteratur.

DGI og DIF: Bevæg dig for livet. <https://nordeafonden.dk/projekter/bevaeg-dig-for-livet>

- Forebyggelseskommissionen (2009). Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats.
- Forebyggelsesrådet (1984). Rapport fra en konference om idræt og sundhed.
- Hansen, J. (2013). At gøre sig til herre over sit eget liv – idéhistoriske og teoretiske forudsætninger for nutidens bemestringsstrategier i bevægelses- og sundhedsforskningen. I: Ravn, S. og Hansen, J. (red.), Tics, træning og tango – bevæggrunde for bevægelse. Syddansk Universitetsforlag.
- Hansen, J. (2014). Idrættens sundhedspolitiske reference. Og hvorledes idrættens hovedorganisationer er kommet tættere på hinanden. I: Eskelund, K. og Skovgaard, T. (red.). Samfundets idræt. Forskningsbaserede indspark i debatten om idrættens støttestruktur. Syddansk Universitetsforlag.
- Hansen, J. (2017). DGI 1992-2017 – fra modkultur til sundhedsvisioner og foreningservice. I: Hansen, J. (red.), Folkelig sundhed og foreningservice. Et debatskrift om DGI gennem 25. år. Udgivet af DGI.
- Ibsen, B. (2002). Evaluering af Det Idrætpolitiske Idéprogram. Institut for Idræt, KU og Institut for Forskning i Idræt og Folkelig oplysning.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002). Sund hele livet – de nationale mål for folkesundheden 2002-10.
- Kulturministeriet (2009). Idræt for alle. Breddeidrætsudvalgets rapport – baggrund analyse.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
- Statsministeriet (2001). Regeringsgrundlag Vækst, velfærd – fornyelse.
- Statsministeriet (2003). Regeringsgrundlag Vækst, velfærd – fornyelse II.
- Statsministeriet (2007). Regeringsgrundlag Mulighedernes samfund.
- Sundhed.dk (2022). Patienthåndbogen: „Livsstilssygdomme“.
- Sundhedsministeriet (1989). Regeringens forebyggelsesprogram.
- Sundhedsministeriet (1999). Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen.
- Thelen, K. (1999). Historical Institutionalism in Comparative Politics, *Ann. Rev. Polit. Sci.* 1999. 2: 369-404.

I overført betydning er en 'knast' en forhindring eller et problem, som står i vejen for at nå et mål. I nærværende antologi om 'Idrættens og civilsamfundets knaster' går vi tæt på nogle af de problemstillinger inden for idrætten og civilsamfundet, som ofte debatteres. Antologien er inddelt i fire afsnit: Civilsamfundet, Idrætsforeninger, Faciliteter og rum for idræt, bevægelse og leg samt Social ulighed i sundhed og idrætsdeltagelsen. I hvert afsnit behandles aktuelle samfundsvidenskabelige problemstillinger ud fra en kritisk vinkel med henblik på at skabe nye indsigter, der kan bidrage til at overvinde 'knasterne' og skabe forandringer i civilsamfundet og idrætten. Antologien udgives i anledning af Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfunds 20 års jubilæum.

Find kontaktoplysningerne til ansatte ved Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund på: www.sdu.dk/cisc.

Publikation er 'open source' og kan frit downloades fra www.universitypress.dk.