



Foto: Tobias Nicolai

Danske og Internationale tendenser: Idræt og Sundhed

DET ER POSITIVT, AT..

Beslutningstagere på lokalt, nationalt og internationalt niveau fremhæver fysisk aktivitet som en hjørnesten i konkrete politikker og bredere samfundsorienterede indsatser på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Fysisk aktivitet, idræt, motion – kært barn har mange navne – er blevet et centralt sundhedspolitisk emne (Kulturministeriet, 2009). Det er en udvikling, der skal hilses velkommen: Regelmæssig fysisk bevægelse styrker vores almene trivsel og bidrager til forebyggelse af en række sygdomme og tidlig død. I løbet af de sidste årtier er det tilmed blevet stadig mere klart, at der nødvendigvis ikke kræves hård fysisk aktivitet for at opnå sundheds- og forebyggelses gevinster. Derimod er det vigtige, at legemet jævnlige bevæges og anstreges i moderat grad. Af særlig interesse er det, at de mindst aktive får mest ud af mere fysisk aktivitet. Det betyder, at jo mindre aktiv ens arbejds- og dagligdag er, jo større sundheds- og trivselsfordele får man ved at begynde at motionere (Pedersen & Andersen, 2011; Eime, Young, Harvey, Charity & Payne, 2013). Fremme af motion er altså en farbar vej i de fælles bestræbelser på at få os til at leve længere med flere gode leveår – hvilket ansvarlige beslutningstagere altså også over en bred kam anerkender og til stadighed mindes om af en mængde parthavere.

DET ER FRUSTRERENDE, AT

Mange ikke bevæger sig nok til at sikre helbredsmæssige gevinster. Fokuserer vi på gruppen af voksne europæere viser en de seneste opgørelser, at næsten seks ud af ti aldrig eller sjældent dyrker idræt – det være sig i eller udenfor forening. Det er ligeledes sådan, at blot seks ud af ti jævnligt (forstået som mindst fire dage om ugen) tager en gåtur på minimum ti mi-

nutter, mens lige godt 10 % angiver, at de aldrig slentrer i bare få minutter. Vi kan glædes over, at udviklingen i det mindste ikke er ændret til det værre i de seneste år og regionalt er det vel også tilladt at være tilfreds med, at skandinaverne er blandt de mest fysisk aktive europæere (samtidig med, at vi registrerer en del tid tilbragt i siddende tilstand). Det ændrer dog ikke ved, at en større andel af den voksne europæiske befolkning går glip af de markante sygdomsforebyggende, sundheds- og trivselsfremmende kvaliteter, der er relateret til fysisk aktivitet. Samtidig er det sådan, at europæernes motionsmønstre antyder en social slagside, hvor personer, der har forladt skolen i en tidlig alder eller de, som står uden for arbejdsmarkedet grundet arbejdsløshed i højere grad angiver aldrig at dyrke idræt, mens personer med længere skolegang og/eller i ledende stillinger i noget hyppigere grad dyrker idræt en eller flere gange om ugen (Directorate-General for Education and Culture: EU, 2014).

Den type fund – der jævnt hen genfindes i oplysninger om danskernes motionsvaner (Laub & Pilgaard, 2013) – giver anledning til en generel og en specifik kommentar.

Generelt viser konturerne af voksne europæeres fysiske aktivitetsniveau, hvordan sociale og økonomiske forhold slår igennem på faktorer af betydning for helbredet. En sundhedsfremmende politik – herunder motionspolitik – bør derfor sigte på at bidrage til en generel forbedring af de samfundsmæssige rammer, som påvirker individets helbred og trivsel.

Den specifikke kommentar tager udgangspunkt i, at lige godt en fjerdedel af den voksne europæiske befolkning ikke lever op til verdenssundhedsorganisationens (WHO) basale anbefaling vedrørende motion, der lyder på ikke mindre end 150 minutters moderat fysisk aktivitet

pr. uge (videre oplysninger om WHO's anbefalinger vedrørende fysisk aktivitet for voksne er at finde i ISCA/Cebr, 2015 s. 12). Set ud fra et folkesundhedsperspektiv vil det være formålstjenligt at gøre en ekstra indsats for denne gruppe. Som allerede nævnt er det nemlig sådan, at de mindst aktive får relativt mest ud af mere fysisk aktivitet.

For så vidt angår europæiske børn og unge er billedet heller ikke alt for opløftende. Den seneste internationale opgørelse af resultater fra den såkaldte Skolebørnsundersøgelse (Health Behaviour in School-aged Children: HBSC), der siden midten af 1980'erne har kortlagt børn og



Foto: Tobias Nicolai



AF
THOMAS
SKOVGAARD

unges sundhedsadfærd og helbred, viser dels at størstedelen af de adspurgte 11-15 årige ikke lever op til de internationale anbefalinger om at være fysisk aktiv af moderat til hård intensitet mindst en time om dagen. Dels, at de ældste respondenter (15 årige) i mindre grad lever op til anbefalingen end de yngre (11 og 13 årige). Derudover er der også en markant kønsforskel – på den vis, at drenge i alle aldersgrupper og (næsten alle) lande i noget hyppigere grad end piger angiver at være fysisk aktive (Currie, Zannotti, Morgan, Currie, de Looze, Roberts, Samdal, Smith & Barnekow, 2012). På nationalt niveau er de seneste tendenser med tal frem til 2014 afrapporteret for ganske nylig. Her genfindes nogle af de internationale fund. Samtidig spores positive udviklinger i andelen af meget aktive børn og unge (blandt de 13 og 15 årige) i kombination med en relativt stabil gruppe, der ikke angiver nogen form for hård fysisk aktivitet i fritiden (Rasmusen, Pedersen & Due, 2015 s. 68-70).

I forhold til børn og unge er der bl.a. brug for politikker og konkrete indsatser, der kan øge pigers idrætsdeltagelse. I den forbindelse kan der fx tages afsæt i ny dansk forskning, der viser at piger i højere grad end drenge savner velegnede og tilgængelige (i bred forstand) idrætsfaciliteter samt, at piger af anden etnisk herkomst end dansk i mindre grad er idrætsaktive (Ibsen, Pilgaard, Høyer-Kruse & Støckel, 2015).

Ligeledes skal der gøres brug af den mængde af sociale relationer og sammenhænge som børn og unge indgår i. Sociale relationer indvirker både positivt og negativt på sundhedstilstand og -adfærd. Eksempelvis kan teenagere ved at observere og lytte til jævnaldrende få den opfattelse, at rygning er sejt, giver en voksen fremtoning samt generelt er at betragte som en efterstræbelsesværdig foreteelse. Modsat kan det, at venner og bekendte dropper smøgerne og søger at få andre af deres nærmeste til at gøre det samme føre til en opgivelse af tobaksrygning.

For så vidt angår forholdet mellem fysisk aktivitet og sociale relationer, tegner litteraturen det billede, at sådan noget som social støtte og deltagelse har positiv indflydelse på motionsvaner. For både børn og voksne er det således vist, at det at have nære sociale relationer (defineret som familie, venner, skole- og arbejdskammerater), hvori der lægges vægt på motion og bevægelse – alt andet lige – hænger sammen med en øget grad af fysisk aktivitet (jf. fx Rhodes & Quinlan, 2015; Bauman, Reis, Sallis, Wells, Loos, Martin; Lancet Physical Activity Series Working Group, 2012). Ligeledes er der konstateret et sammenfald mellem karakteren af sociale relationer og niveauet af fysisk aktivitet, der antyder, at de mindst socialt “forbundne” oftere viser sig at være forholdsvis fysisk inaktive. I det hele taget er der rimeligt belæg for, at de fysiske og sociale rammer, som omgiver og former vores dagligdag, medvirker til faktisk og oplevet dannelse af muligheder og begrænsninger for fysisk aktivitet (McCormack & Shiell, 2011; Troelsen, Christiansen, Toftager, Olesen, Højgaard, Brøcker, Ballegaard, Grøn, Ladegaard, Tjørnelund, Linke, 2014, s. 18-20; Sallis, Spoon, Cavill, Engelberg, Gebel, Parker, Thornton, Lou, Wilson, Cutter & Ding, 2015).

Den slags fund bør have politiske konsekvenser. Beslutningstagere på alle niveauer må anerkende, og ikke mindst i handle ud fra, den efterhånden omfattende dokumentation, der påpeger sociale forholds sammenhæng med en vigtig livsstilsfaktor som fysisk aktivitet. Der er behov for at udvikle strategier og skabe sociale rum, der gør det muligt for endnu flere børn, unge og voksne at vælge en fysisk aktiv tilværelse. I den forbindelse er det afgørende at sikre en høj grad af bruger- og borgerinddragelse samt udvikling af medejerskab til nyudviklet praksis. Bæredygtig adfærdsændring er i høj grad betinget af, at involverede målgrupper oplever den nye praksis og de ændrede muligheder som noget, der:

- a) opfylder et erkendt behov
- b) de er med til at udvikle
- c) giver mening for dem og deres livssituation
- d) kan mestres – individuelt og kollektivt.

HVAD KAN DER GØRES?

Når idræt og motion, som her, anskues som et sundhedspolitisk redskab, er det en bestemt type af fysisk aktivitet, der kommer i centrum.

I sit klassiske værk *Sport, Health and Drugs* skelner Ivan Waddington mellem to opfattelser af fysisk aktivitet, der ofte hører hjemme i forskellige politisk-administrative miljøer. Den første opfattelse er den, som promoveres af diverse sundhedsmyndigheder. Udgangspunktet er forsøget på at finde veje til at forbedre sundhedstilstanden på befolkningsniveau. I den sammenhæng er det at opfordre folk til at opretholde eller tilstræbe en fysisk aktiv tilværelse ikke slutmålet. Fysisk aktivitet er derimod et blandt flere midler til at søge forbedringer af folkesundheden. Heroverfor står en anden opfattelse, der interesserer sig for fysisk aktivitet i form af idræt eller sport (Waddington, 2000). Hertil-

lands findes den tilgang mest rendyrket i de større idrætsorganisationer (primært DIF) samt i dele af kulturministeriets idrætspolitiske arbejde (primært knyttet op på Team Danmark).

Det er den første – middelorienterede – opfattelse af fysisk aktivitet, som er på spil i denne artikel. Når fysisk aktivitet anvendes som et sundhedsfremmende redskab handler det ikke om at skaffe ‘Guld til Danmark’ (www.guldtil-danmark.dk). Fokus er derimod på at gøre brug af idrætten i sundhedsfremmende processer “... som giver den enkelte og de lokale samfund mulighed for at øge kontrollen over de bestemmende faktorer for sundhed og derved forbedre sundheden” for nu at citere WHO’s ideale definition af sundhedsfremme, der i forskellige versioner jævnligt optræder i også danske udgivelser vedrørende forebyggelse og sundhedsarbejde (WHO-EURO, 1998; The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2006). Den ambition træder tydeligt frem i fx storstilede initiativer som *Now We Move*, der går efter at få ikke mindre end 100 millioner europæere mere aktive inden 2020 (www.nowwemove.com).

BESTEMMENDE FAKTORER FOR FYSISK AKTIVITET

Der skelnes typisk mellem individuelle, sociale og strukturelle determinanter – et andet ord for ‘bestemmende faktorer’ (jf. ovenstående WHO-citat) – for sundhedsadfærd. Førstnævnte dækker personbundne karakteristika, som har betydning for vores gøren og laden – fx biologisk køn, alder og individuelle færdigheder, vidensmængder, holdninger og erfaringer. De to sidstnævnte udgør en udspaltning af det vi kan kalde miljøforhold relateret til:

- a) sociale relationer (til fx nærmeste familie og venner, øvrige personer, som vi direkte kender og har kontakt med samt organisations-, forenings- og institutionsmedlemskab, der

er udtryk for vores tilknytning til større sociale og samfundsmæssige strukturer)

- b) de fysiske rammer, hvor vi færdes i forbindelse med arbejds-, hjemme- og fritidsliv.

INDIVIDUELLE FAKTORER

Rækkefølgen – individuelle, sociale, strukturelle determinanter – er ikke tilfældig. Indtil for ikke så mange år siden, var fokus overvejende rettet mod at identificere mulige individuelle determinanter for fysisk aktivitet for herefter at sammensætte og evaluere interventionsstrategier tilrettelagt med individet som primært analyseniveau. I den forbindelse er der brugt mange kræfter på at udrede samspillet mellem begreber som viden, holdning og adfærd, samt at udvikle metoder til at understøtte individets tro på, at vaner og rutiner står til at ændre, og at disse ændringer kan fastholdes over tid. På den vis er vi kommet nærmere et godt svar på: Hvorfor nogle mennesker er, og har lyst til at være, fysisk aktive, mens andre ikke føler nær samme trang eller i det mindste ikke vægter fysisk aktivitet særlig højt på deres personlige prioriteringsskala. Samtidig er det dog blevet stadig mere klart, at der er behov for at vurdere, hvorledes de forskellige rammer, der omgiver og former vores dagligdag medvirker i den faktiske og oplevede dannelse af muligheder og begrænsninger for fysisk aktivitet. Udover, at en sådan “rammetænkning” for det første bidrager til at undgå den totale individualisering af ansvaret for livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet – hvilket i negativ form kan føre til det såkaldte “blaming the victim” syndrom – er den ligeledes velegnet til at supplere de individorienterede interventionsstrategier på et punkt, hvor disse ofte kommer til kort – nemlig i bestræbelserne på at “få fat i” og udvikle virkningsfulde motionsstrategier for den inaktive eller mindre aktive del af befolkningen. Den mindre aktive eller inaktive

gruppe er, som allerede nævnt, svær at få fat på når formålet er først at skabe opmærksomhed omkring fordele ved fysisk aktivitet. Dernæst kommer udfordringerne med at skabe en begyndende vilje til adfædsændring henimod mere motion, efterfulgt af egentlig ændring og sluttelig fastholdelse af den opnåede ændring (Ogden, 2012, s. 133-56).

Hvad vi har brug for i den forbindelse er ikke at smide alt det væk vi ved om sundhedsfremme rettet mod enkeltindivider, men derimod at kombinere denne viden med forsøg på at tilrettelægge sociale og strukturelle rammer således de ligeledes stimulerer til fysisk aktivitet (Biddle, Mutrie & Gorely, 2015, s. 159-271).

SOCIALE RELATIONER

At tale om sociale forholds betydning for fysisk aktivitet betyder som oftest at fokusere på det, der almindeligvis kaldes sociale relationer – et begreb, som ifølge forskere som Rikke Lund og Pernille Due indeholder såvel et strukturelt som et funktionelt aspekt. Det strukturelle kan eksempelvis omhandle, hvor mange sociale forbindelser det enkelte individ har, om disse er af formel eller uformel karakter, samt hvorvidt der er tale om permanente eller ad-hoc relationer. Det funktionelle drejer sig om, hvilken støtte, belastning og fornemmelse af kollektiv forankring individet får via sociale relationer (Lund & Due, 2003; Lund, 2011).



Foto: Tobias Nicolai

Det, at der tydeligvis er en gensidig påvirkning mellem individet og forskellige typer af sociale netværk, er søgt udnyttet i forbindelse med interventioner, hvor fysisk aktivitet anvendes som forebyggelses eller sundhedsfremmende middel (Bock, Jarczok & Litaker, 2014). Eksempelvis er der udviklet flere varianter af såkaldte "buddy-systems", hvor personer emotionelt og/eller professionelt knyttet til individer, der søger at ændre adfærd i forhold til fysisk aktivitet, stimulerer og understøtter processen ved aktivt at motionere med vedkommende, give oplysninger om velegnede aktivitetsmuligheder og deltage i vurderinger af fremgang. Denne form for guidning kan bestå af alt fra øget evne og lyst til at tage trappen i stedet for elevatoren til systematiske målinger af kondition og vægtforandringer.

Der er en robust sammenhæng mellem social støtte og graden af fysisk aktivitet – på den vis, at personer, der motionerer jævnligt oftere anfører, at denne adfærd nyder opbakning på hjemme- og/eller arbejdsfronten. Personer, som kommer i gang med at motionere, oplever hyppigt deres familier som positivt indstillet med hensyn til bestræbelserne på at "holde sig i gang". Noget tyder også på, at motionsprogrammer rettet mod ret så stillesiddende målgrupper kan fastholde flere af de oprindelige deltagere over længere tid, såfremt der satses på aktiviteter, som åbner op for familiemedlemmers – i særdeleshed samleverskers – deltagelse (Buckworth & Dishman, 2007). Kortlægninger af børn og unges motionsmønstre antyder ligeledes, at påvirkninger fra personer og personkredse, der er tæt på i hverdagen, spiller en afgørende rolle for graden af fysisk aktivitet m.v. Således viser Laub & Pilgaard (2013, s. 26-27), at børn, hvis forældre er inaktive, noget oftere angiver selv at være ret så inaktive.

FYSISKE RAMMER

De strukturelle determinanter vedrører – simpelt sagt – de miljøer, hvor mennesker lever deres liv. I de seneste år har der været en stigende interesse for at vurdere om intervention i de fysiske rammer og omgivelser, hvor vi færdes i forbindelse med arbejds-, hjemme- og fritidsliv, kan hjælpe til med at gøre flere mere fysisk aktive.

Oftede er fokus på, hvordan omdannelser og planlægning af 'byens rum' er med til at fremme eller hindre fysisk aktivitet. Den fundamentale grund til, at byen er i centrum – også når det handler om fysisk aktivitet som sundhedsfremmer – er som følger: Verdens befolkninger vandrer mod byerne. Over halvdelen af os bor allerede i større bysamfund og det tal stiger stadig. I Nordeuropa er urbaniseringsgraden på godt 80% med forventning om yderligere tilvækst i de kommende årtier (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015, s. 199-209). Det globale bosættelsesmønster betyder ganske enkelt, at det i stigende grad er således, at sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme i regi af alverdens byer er lig med sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme blandt verdens borgere.

Der kan skelnes mellem *indirekte* og *direkte* måder, hvorpå planlægning og indretning af bymiljøer kan muliggøre og motivere til fysisk aktivitet.

Indirekte er indretningen af byens beboelseskvarterer, forretnings- og offentlige bygninger, rekreative og grønne områder samt generelle infrastruktur med til at afgøre om det overhovedet er muligt og ønskeligt at integrere fysisk aktivitet i forbindelse med dagligdagens gøremål. Vigtigt er i den henseende også, hvor godt byens forskellige elementer hænger sammen. En sammenhængende by er den, hvor man frit, forholdsvist hurtigt og sikkert kan bevæge sig

rundt fra det ene punkt til det andet uden at skulle forcere mange forhindringer (eksempelvis i form af tætpakkede trafikknudepunkter og indfaldsveje) og tage adskillige omveje (grundet mangel på farbare transportveje mellem afgangs- og ankomststed). Skal den sammenhængende by tillige være den bevægelsesvenlige by må udgangspunktet for tilrettelæggelse af såvel bebyggelse som infrastruktur være ikke-motoriserede transportformer kombineret med kollektiv trafik.

Byrummet kan også mere *direkte* opfordre til fysisk aktivitet ved, at der etableres og vedligeholdes tilgængelige, bekvemme, sikre og indbydende motions- og idrætsfaciliteter.

IDRÆT OG SUNDHED SOM POLITIK

Med ambitionen om at 'føje år til liv, og liv til år' formuleres den overordnede politiske målsætning ofte som det at anspore flere til at blive fysisk aktive. I udgangspunktet kan ingen vel være imod den bestræbelse. I almindelighed betragtes det som positivt at tilvejebringe valgmuligheder samt fremme bevægelsesformer opfattet som sunde og gode for helbredet. Konfliktlinjerne opstår dog så snart sådan noget som fx

forskellige transportbehov og -ønsker skal prioriteres indbyrdes. En standende polemik er i den henseende, hvordan bløde trafikanter samt den kollektive trafik gives mere plads samtidig med, at bilisterne stadig føler, at de kan komme til, fra og omkring. Uden at foregive at sidde inde med løsningen bør det påpeges, at forsøg på at gøre brug af lokalområder – eventuelt hele bymiljøer – som ramme for forebyggende og sundhedsfremmende indsatser ved eksempelvis at gøre disse gang- og cykelvenlige ikke først og fremmest handler om at "få bilen ud byen", men mere om at styrke mulighederne for at indbefatte fysisk aktivitet som en naturlig del af dagligdagen – for af den vej at øge den enkeltes trivsel og sundhed.

Rimeligheden af den sidste kommentar kan selvklaart diskuteres. Diverse parthavere vil utvivlsomt vurdere ræsonnementets dybere fornuft vidt forskelligt. Sådan skal det også være. Den danske styreform er demokratiet og heri er meningsbrydning og argumentation knæsat som ideal. Demokratiets pris er derfor, at der skal tales længe frem og tilbage om vigtige sager, såsom muligheder for påvirkning af livsstils- og levevilkårsfaktorer af betydning for menneskers



Foto: Niels Nyholm



Foto: Niels Nyholm

sundhed, før der nås til enighed. Men et virkningsfuldt demokrati er ikke kun karakteriseret ved den konsensusøgende debat. Effektivt demokrati indebærer også, at politisk ansvarlige myndigheder udarbejder og gennemfører handlingsplaner og indsatser på baggrund af de ønsker og behov, der er (nogenlunde) enighed om.

Når det drejer sig om fysisk aktivitet som et strategisk led på sundhedsområdet, er der i dag solidt belæg for samt politisk erkendelse af, at der er behov for at sætte ind på såvel individuelle, sociale som strukturelle niveauer. Hermed understreges på ny, at idræt og sundhed i høj grad er et kollektivt anliggende, der kræver politisk handling. Politisk handlekraft skal dog ikke isoleret udgå fra en bestemt gren af den offentlige forvaltning, et bestemt ministerium eller en særegen kommission. Idræt og sundhed er derimod et tema, som bør gå på tværs af mange sektorer og inddrages i en bred vifte af politiske beslutninger – gerne under medvirken af aktører, der ikke direkte repræsenterer interesser i de formelle beslutningssystemer og altid balanceret i forhold til andre vigtige faktorer for sundhed som: rygning, kost, alkohol, social isolation, absolut og relativ fattigdom etc.

Der er et stykke vej endnu før idealsituationen kan erklæres realiseret. For så vidt angår ønsket om tværsektorielt samarbejde har det været på den internationale sundhedspolitiske dagsorden i over tyve år uden måske altid at levere de helt store afkast i form af langtidsholdbare løsningsmodeller.

Med hensyn til fysisk aktivitet som forebyggende og sundhedsfremmende middel ser det umiddelbart lysere ud. De mange initiativer med fokus på fx innovative idrætsbyggerier, byen som privilegeret rum for cyklister og fodgængere og helhedsorienterede indsatser for børn og unge viser, at der er vilje til at sætte ind



Foto: Tobias Nicolai

overfor en varieret række af determinanter for fysisk aktivitet.

Den seneste skolereform fordrer, at samtlige danske folkeskoler byder børn og unge på en bevægelig dagligdag, der i gennemsnit indeholder 45 minutters bevægelse. Idrætslærernes traditionelle mål om *Een Timen Dagligen*, som det lød i skoleloven anno 1814, er for første gang på vej mod realisering (Skovgaard, 2015). Det skal blive spændende at følge i hvilken udstrækning idealet om den bevægelige skole faktisk realiseres. På samme vis bliver det interessant at følge implementeringen af den nyordning af erhvervsuddannelserne, der faldt på plads i 2014, hvilket også indebærer en opnormering af idrætsområdet. Til stadighed er det idrætten som et middel til at nå bestemte faglige eller mere bredspektrede sundhedsrelaterede mål, der sikrer motion og bevægelse en så central placering i diverse skole- og uddannelsesforlig. Det er dog værd at bide mærke i, at særligt de allerseneste års debat ikke så meget har kredset om de dårligheder som fysisk aktivitet kan forebygge, men mere om de mange positive kvaliteter bevægelse kan fremme – herunder almen trivsel og læring (Skovgaard, 2014).

Dansk idræts største sammenslutninger – DIF, DGI og DFIF – har alle en udviklet “sundhedsprofil”. Her er der tale om et værdifuldt sammenfald af interesser, hvor organisationerne kan komme nuværende og potentielle medlemmer i møde via nye aktivitetsområder, faciliteter og services og samtidig arbejde for at styrke folkesundheden.

Der findes altså en række forskelligartede markører på, at interessen er der for at gøre brug af fysisk aktivitet som et trivsels- og sundhedsfremmende middel. Ud fra et folkesundhedsperspektiv er det afgørende at anvende interessen til bedre at nå de dele af befolkningen, der muligvis gerne vil være fysisk aktiv, men som af den ene eller anden grund har svært herved.

I den forbindelse drejer det sig blandt andet om en aktiv intervention i de samfunds- og markeds-givne betingelser som mennesker lever under – hertil hører innovative tiltag med fokus på de sociale og strukturelle determinanter for fysisk aktivitet. Den slags nyordninger stiller krav til samfundsmæssige forandringer over en mangeårig periode.

Der er derfor en afgørende opgave i at holde politiske beslutningstagere fast på den langsigtede strategi, der undervejs nok kan justeres, men ikke må afvige fra det fundamentale sigte, som er at sikre alle medborgere lige muligheder og betingelser for at øve indflydelse på de faktorer, der betinger sundhed og trivsel – herunder fysisk aktivitet (Skovgaard & Troelsen, 2006).

LITTERATUR

Bauman, AE., Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW; Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*, 21;380(9838):258-71.

Biddle, S., Mutrie N. & Gorely T. (2015). *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-Being and Interventions (3rd Edition)*. London: Routledge.

Bock, C., Jarczok MN & Litaker D. (2014). Community-based efforts to promote physical activity: A systematic review of interventions considering mode of delivery, study quality and population subgroups. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17:3;276–282.

Buckworth, J. & Dishman RK. Exercise Adherence (2007). I: Tenenbaum G & Eklund RC L. m.fl. (Red.) *Handbook of Sport Psychology (3rd Edition)*. Oxford: Wiley.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, ORF. & Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people : Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey*. København: WHO-Europe.

Directorate-General for Education and Culture: EU. (2014). *Special Eurobarometer 412 “Sport and physical activity”*. DOI 10.2766/73002.

Eime, RM., Young, JA., Harvey, JT., Charity, MJ. & Payne, WR. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10:135.

Ibsen, B., Pilgaard, M., Høyer-Kruse, J. & Støckel, JT. (2015). *Pigers idrætsdeltagelse: Hvorfor er der så mange piger, der ikke går til idræt?* Odense:

- Syddansk Universitet, Institut for Idræt og Biomekanik; Movements, 2015:1.
- ISCA/Cebr (2015). *The economic cost of physical inactivity in Europe* (<http://www.friendsofeurope.org/media/uploads/2015/06/The-Economic-Costs-of-Physical-Inactivity-in-Europe-June-2015.pdf>).
- Kulturministeriet (2009). *Idræt for alle Breddeidrætsudvalgets rapport – baggrund og analyse*. København: Sangill Grafisk
- Laub, TV. & Pilgaard, M. (2013). *Danskernes motions- og sportsvaner 2011 – Grundrapport*. København: Rosendahls.
- Lund, R. & Due, P. (2003). Sociale relationer og helbred. I: Iversen L. m.fl. (Red.) *Medicinsk Sociologi – samfund, sundhed og sygdom*. København: Gyldendal.
- Lund, R. (2011). Sociale relationer og helbred. I: Lund, R., Christensen, U. & Iversen, L. (Red.) *Medicinsk Sociologi – Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred (2. udgave)*. København: Munksgaard, s. 63-84.
- McCormack, GR. & Shiell, A. (2011). In search of causality: a systematic review of the relationship between the built environment and physical activity among adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8:125.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook (fifth edition)*. Maidenhead: Open University Press.
- Pedersen, BK. & Andersen, LB. (2011). *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Rasmussen, M., Pedersen, TP. & Due, P. (red.). (2015). *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Rhodes, RE. & Quinlan, A. (2015). Predictors of physical activity change among adults using observational designs. *Sports Medicine*, 45:3;423-441.
- Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE. (2012). Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*, 125:5;729-737.
- Sallis, JF., Spoon, C., Cavill, N., Engelberg, JK., Gebel, K., Parker, M., Thornton, CM., Lou, D., Wilson, AL., Cutter, CL. & Ding, D. (2015). Co-benefits of designing communities for active living: an exploration of literature. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12:30.
- Skovgaard, T. (2014). Idræt i folkets skole: Fysisk aktivitet og offentlig politikdannelse. I: Eskelund, K. & Skovgaard, T. (red.) *Samfundets Idræt: Forskningsbaserede indspark i debatten om idrættens støttestruktur*. Odense: Syddansk Universitetsforlag, s. 281-314.
- Skovgaard, T. (2015). Skole og Bevægelse i 2020. *MOVE*, 1: 44-49. Kolding: FIIBL ([MOV:E](#))
- Skovgaard, T. & Troelsen, J. (2006). Sundhed og Motion for alle. *Tidsskriftet Liv – Sundhedsfremme og forebyggelse*, 1:4-7.

The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. *Health Promotion International* (2006) 21 (suppl 1): 10-14.

Troelsen, J., Christiansen, LB., Toftager, M., Olesen, E., Højgaard, B., Brøcker, A., Ballegaard, SA., Grøn, L., Ladegaard, L., Tjørnelund, T., Linke, B. (2014). *SPACE – rum til fysisk aktivitet. Samlet evaluering af en helhedsorienteret, forebyggende indsats for børn og unge*. Center for Interventionsforskning, Institut for Idræt og Biomekanisk, Syddansk Universitet.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision, (ST/ESA/SER.A/366)*.

WHO-EURO (1998). *Sundhed i det 21. århundrede. Introduktion til rammerne for sundhed for alle politikken i WHO's europæiske region – en dansk oversættelse*. København.

Waddington I. (2000). *Sport, Health and Drugs: A Critical Sociological Perspective*. London: Routledge.

Artiklen bygger delvist videre på afsnit fra følgende udgivelser; Skovgaard T. (2003). Fysisk aktivitet og Folkesundhed. *Focus-Tidsskrift for Idræt*, 5-6:4-12; Skovgaard T. (2005). Fysisk aktivitet som Sundhedsadfærd. *Idrætspædagogisk Årbog 2004/5*. Gerlev: Forlaget Bavnebanke, s. 13-44.