

# Motion og sundhed i et programmatisk perspektiv<sup>1</sup>

Af Thomas Skovgaard

Motion og sundhed er et tema, der til stædighed er til diskussion. Dette gælder også i forbindelse med formulering og tilrettelæggelse af politiske målsætninger og handlingsplaner på lokalt, regionalt, nationalt eller internationalt niveau.

I grundlaget for den nuværende danske regerings virke anføres det eksempelvis, at »For at øge folkesundheden skal der sættes fokus på den sundhedsmæssige dimension af idrætten ...«. <sup>2</sup> I den seneste ministerielle oversigt for det nationale folkesundhedsarbejde anføres, at indsatsområdet kost og motion er blandt de højst prioriterede temaer i forbindelse med den kommunale sundhedsplanlægning. <sup>3</sup>

Konkret søger diverse interessenter at skabe opmærksomhed omkring, at motion og sundhed tilsammen er vigtige forudsætninger for at kunne »leve livet« som barn, ung og voksen. I det seneste bud på en samlet dansk indsats på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet fra 2002 – *Sund hele livet* – slås det endog fast, at »Fysisk aktivitet har stor betydning for sundheden – større betydning end man hidtil har været opmærksom på. Dette har medført og må medføre en øget interesse for området«. <sup>4</sup>

Fra forskelligt hold er der altså tilsyneladende udtalt interesse for i endnu videre udstrækning end hidtil at integrere motion i det sundhedsorienterede arbejde, der finder sted i alle dele af samfundet – dog særligt stærkt i eller under deltagelse af den offentlige sektor.

Men hvordan går det rent faktisk med at omsætte diverse planer for, hvorledes motion og sundhed skal spille sammen, til egentlige handlingstiltag? Det er det grundlæggende spørgsmål, der danner udgangspunkt for den følgende artikel.

Mere konkret er formålet at analysere sundhed og motion som en arena for tilrettelæggelse af offentlige politik. Specifikt tages der afsæt i Nyrup Rasmussen-regeringens Folkesundhedsprogram (FSP) fra 1999. <sup>5</sup> Programmet er ikke et decideret lovdokument, men alle Folketingets partier gav opbakning til dets prioriteringer af mål og indsatsområder ved fremlæggelsen i maj 1999. At vælge Nyrup Rasmussen-regeringens program som udgangspunkt skyldes, at vi i det små kan begynde at vurdere gennemslagskraften heraf. Mod slutningen af september 2002 præsenterede den siddende regering sit bud på et revideret folkesundhedsprogram, *Sund hele livet*. <sup>6</sup> Dette er dog stadig mest ord på papir. I og med de to nationale sundhedsprogrammer fra henholdsvis 1999 og 2002 ligner hinanden temmelig meget – både hvad angår indhold og de forvaltningspolitiske samt samfundsmæssige omstændigheder, hvori de realiseres – er det dog rimeligt at formode, at hvad der har vist sig gældende for Folkesundhedsprogrammet anno 1999, i vid udstrækning vil komme til at gælde for Folkesundhedsprogrammet anno 2002.

På denne baggrund skal artiklens hovedspørgsmål formuleres.

- *Hvorfor og hvordan fik vi egentlig et folkesundhedsprogram?*

Hvorfor kom det netop i 1999, og skal det forstås isoleret, eller tjener det noget formål at sætte det ind i et historisk og internationalt perspektiv?

- *Hvorfor er motion indbefattet som et udtalt tema i folkesundhedsprogrammet?*
- *Hvad er Folkesundhedsprogrammets målsætninger vedrørende motion, og er de på vej mod indløsning?*

Det første spørgsmål knytter an til den endeløse debat om, hvorvidt og under hvilke forudsætninger motion er sundt. Ud fra en bestemt forståelse af sundhed og motion skal dette spørgsmål kort berøres.

Det andet spørgsmål fordrer en karakteristik af FSP's faktiske indhold, hvilket leder videre til en vurdering af, om de konkrete pejlemærker synes på vej mod indfrielse. I den forbindelse fokuseres der ensidigt på motionsområdet.

- *Hvad med fremtiden?*

Vurderingen af Folkesundhedsprogrammet har i sig selv værdi, men denne øges betydeligt, såfremt den deskriptivt anlagte analyse anvendes til at antyde, hvilke scenarier der tegner sig for folkesundhed og et felt som motion i fremtiden.

## *Politikformulering og problemet med den ideale verden*

Førend de fire hovedproblemstillinger diskuteres, skal der tages et vigtigt forbehold. Denne artikel griber først og fremmest fat i den del af en given politisk beslutningsproces, der omhandler politikdannelse defineret som: Den fase af en given politisk beslutningsproces, hvor punkterne på den politiske dagsorden systematiseres videre til

egentlige substantielle beslutningsforslag, anbefalinger og retningslinjer.<sup>7</sup>

Begrebet politikdannelse dækker i hovedsagen det andet stadie af i alt fire, som en given politisk beslutningsproces almindeligvis opdeles i. Den analytiske inddeling består af: 1) dagsordensfastsættelse, 2) politikformulering, 3) iværksættelse samt 4) evaluering. En sådan sondring er netop analytisk. I praksis er de fire faser overlappende og indvirker alle på den endelige politikudformning.

Uafhængigt heraf er det dog således, at en vurdering med termen politikdannelse i centrum fokuserer på de første led af behandlingen af et givent politisk problem.

Studier med udgangspunkt i eksempelvis iværksættelsesfasen ville sandsynligvis give anledning til andre slutninger end de, der bringes til torvs i nærværende artikel.

For at tage et eksempel uden for idrættens verden, men med relevans for sundhedsfeltet: Danske organisationssociologiske undersøgelser af enkelte sygehusenheder og enkelte sygehusafsnit antyder, at på trods af mange politiske ændringsforsøg er sygehusfeltet betragtet på mikroniveau ikke meget anderledes i dag, end det var for 20-30 år siden. Den afgørende kompetence er stadig i høj grad placeret hos ledende personalegrupper – lægerne og til dels sygeplejerskerne. Involverede politikere og embedsfolk værger sig mod at pille for meget ved et væsen, der fortsat domineres af stærke og robuste professionskulturer med grundfæstede idealforestillinger og virkelighedsanskuelser.<sup>8</sup>

Sådanne bemærkninger vedrørende solid immunitet over for påvirkningsforsøg og formuleringen af skiftende dagsordener for dele af eller hele det sundhedspolitiske felt er værd at have in mente i det følgende, hvor interessen først og fremmest samler sig om det overordnede politiske niveau.

Endvidere er det således, at der temmelig ensidigt sættes fokus på de autoritative tekster – i form af FSP – der udgår fra landets højeste myndigheder. Den nævnte immunitet understreger nemlig den kløft, der kan vise sig mellem på den ene side politiske myndigheders ideale strategiformuleringer og på den anden side de reale udmøntninger heraf. Det bør dog påpeges, at netop grænsefladen mellem henholdsvis politikdannelse (primært den politiske proces' andet stadie) og iværksættelse (den politiske proces' tredje stadie) berøres i denne artikel i forbindelse med vurderingen af FSP's faktiske gennemslagskraft i de miljøer, hvor det er tænkt effektueret.

### *Hvorfor overhovedet et folkesundhedsprogram?*

I den korte udgave kom FSP til verden, fordi landets politikere pludselig fandt ud af, at danskerne i gennemsnit ikke levede så længe som folk i en række lande, som vi normalt sammenlignes med.<sup>9</sup> Faktisk var udviklingen i middelevetiden på niveau med tendenserne i dele af Østeuropa.<sup>10</sup> Det havde fagkundskaben nu vidst i nogen tid, men i 1998 i forbindelse med udfærdigelsen af et nyt regeringsgrundlag var der en oplagt mulighed for at få sat fokus på problemstillingen.<sup>11</sup> Det kedelige bestod ikke så meget i, at de ældste medborgere tabte nogle få leveår i forhold til andre seniorer rundt omkring i verden. Den lave danske middelevetid var derimod mest en effekt af en markant overdødelighed blandt yngre, der havde baggrund i en høj forekomst af en række bestemte sygdomme. Det, at stagnationen i den danske levetid var indtruffet over en kort tidsperiode på omkring en generations varighed samt helt klart ramte socialt skævt, illustrerede – og illu-

strerer – tydeligt, at der var tale om samfundsskabte og dermed i princippet forebyggelige fænomener.<sup>12</sup> På sæt og vis blev FSP det hidtil mest markante politiske udtryk for en dansk anerkendelse af de sociale forholds betydning for sundheden.<sup>13</sup> Netop dette tema er i en årrække blevet promoveret af vægtige internationale aktører som WHO, hvis hovedbudskab i den henseende har lydt, at beslutningstagere på alle niveauer må anerkende, og ikke mindst i højere grad handle ud fra, den efterhånden omfattende dokumentation, der påpeger socio-økonomiske forholds direkte konsekvenser for menneskers sundhed og trivsel.<sup>14</sup>

For så vidt angår den (samtds)historiske baggrund, er det blevet fremført, at FSP indirekte bygger på en forvaltningspolitisk udvikling, der i Danmark rigtig tager fart i 1974 med nedsættelsen af et nationalt sundhedsprioriteringsudvalg.<sup>15</sup> Hermed begyndte en ny æra i den sundhedspolitiske udvikling. Oplægget for prioriteringsudvalget var de såkaldte perspektivplanredegørelser fra Finansministeriet, der kom i henholdsvis 1971 og 1973 under ledelse af Danmarks superteknokrat, departementschef Erik Ib Schmidt.<sup>16</sup> Det kan for nuværende ikke afgøres, hvor meget sundhedsprioriteringsudvalget umiddelbart kom til at betyde for den danske sundhedspolitik, men udvalgets arbejde har ganske givet medvirket til at skabe en ny bevidsthed her i landet om muligheder og problemer ved udformningen af en målrettet strategi på området. Netop det målrettede – i betydningen styring via mål – er det centrale. I slutningen af 1970'erne begyndte WHO at udnytte tankegangen i forbindelse med udfærdigelsen af *Sundhed for Alle*-strategien.<sup>17</sup> Siden har mange lande, regioner og lokalområder fulgt op med målbaserede sundhedsstrategier. I Danmark kom såle-

des i 1989 et egentligt målbaseret regeringsprogram om forebyggelse med såvel kvantitative som kvalitative mål, der dog kun fik yderst ringe betydning, måske grundet det efterfølgende regeringsskifte. På det lokale plan kan det nævnes, at så forskellige kommuner som København og Horsens har formuleret og installeret folkesundhedsplaner.

En målbaseret sundhedspolitik kan fungere som:

- Inspiration og motivation i sundhedsarbejdet.
- Teknisk redskab i beslutningsprocesser.
- Direkte middel i styringen af sundhedsområdet.

Med sine forholdsvis brede formuleringer og kun skitsemæssigt afklarede delmål er FSP i sin rene form mest det første. Dette uagtet, at programmets titel indeholder ordet *handlingsorienteret*, hvilket indikerer en bestræbelse på at anføre praktiske vejledninger for indsatser vedrørende sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Set i lyset af at de danske sundhedsproblemer i lidt forskellige gevandter og gradbøjninger ofte går igen i den nærmeste omverden, er det ikke overraskende, at årene fra cirka 1990 og frem har budt på en lind strøm af nationale sundhedspolitikker i landene omkring os. Blandt de nordiske lande var Finland forude for alt og alle i 1986, mens Island fik sit første målstyrede program i 1992. I midten af 1999 udkom det engelske program. Norge og Sverige vedtog deres programmer endeligt i løbet af 2002, og endelig har såvel EU-kommision som -parlament godkendt et fælles europæisk folkesundhedsprogram til igangsættelse fra januar 2003.<sup>18</sup> Alle de nævnte programmer indeholder som et af de tydeligste idealpolitiske fikspunkter en be-

stræbelse på at udjævne de sociale forskelle mellem befolkningsgrupper og nationer for dermed at mindske uligheden i sundhed. Målene er altså meget de samme, men midlerne afviger noget.<sup>19</sup>

Forskellene i prioriteringer og strategier kan illustreres ved en sammenligning mellem det danske og svenske udspil. Mens det danske program som det første fokuserer på at få midlellevetiden op ved at sætte ind over for definerede risikofaktorer som tobak, alkohol, kost og motion osv., er hovedoverskriften i Sverige et fælles samfundsmæssigt ansvar for sundhed via sikring af »støttende sociale miljøer for individet« og en styrkelse af »stærk solidaritet og samfundsfællesskab«. I det svenske program udtrykkes der tilfredshed med udviklingen i midlellevetiden, hvorfor den ikke gøres til et egentligt omdrejningspunkt.<sup>20</sup> For så vidt angår beslutningsprocessen, der gik forud for programmernes endelige tilblivelse, er det således, at det svenske program er resultatet af langstrakte forhandlingsforløb fra midten af 1990'erne til omkring 2000 mellem en lang række myndigheder og organisationer med større eller mindre tilknytning til den offentlige sektor. Sammenlignet hermed fremstår det danske FSP i højere grad som en udmelding fra en række ministerier – først og fremmest under vejledning af centrale råd og styrelser – der kun i nogen grad er blevet hørt hos og diskuteret med decentrale parthavere og potentielle målgrupper.<sup>21</sup>

Den danske tilgang lover umiddelbart ikke godt for villige og konsekvente forsøg på indløsning af regeringens programpakke blandt aktører uden for centralmyndighederne, hvilket er et problem, der nærmest ikke kan overvurderes. Oftest lægges den egentlige udmøntning af dansk velfærds politik og planer for offentlig service nemlig ikke i hænderne på centrale instan-

ser, men bliver derimod gjort til en opgave for amter og kommuner i samspil med en række lokale partnere. Lidt firkantet sagt er det i det regionale og lokale led af det tredelte danske forvaltningsapparat, at planer bliver til virkelighed.<sup>22</sup>

### *Hvorfor er motion indbefattet som et udtalt tema i Folkesundhedsprogrammet?*

Svaret på dette spørgsmål kommer stærkt til udtryk i nedenstående udtalelse fra formanden for Forum for Motion,<sup>23</sup> Henning Kirk:

*»Motion er medicin i sig selv, et universalmiddel mod stort set alle sygdomme. Og så er det et enkelt og billigt middel, helt uden bivirkninger«.*<sup>24</sup>

Set ud fra et samfundsteknisk perspektiv, hvor det drejer sig om at få så meget som muligt ud af altid begrænsede ressourcer, udgør motion ifølge Kirk et virkningsfuldt og rentabelt redskab, der til og med kan anvendes – man fristes til at sige ordineres – universelt. For Kirk er det centrale ikke så meget at *dyrke* motion en gang imellem eller regelmæssigt, men mere at *få* motion i hverdagen.<sup>25</sup>

I et folkesundhedsperspektiv er et sådant udgangspunkt rimeligt og legitimt, og det tjener som indgangsbøn til analysen af, hvorfor motion er så meget på banen i FSP.

Kort fortalt angives der i programmet to bevæggrunde for at gøre motion til et satsningsfelt i forbindelse med folkesundhedspolitik.<sup>26</sup>

1. Motion er sundt.<sup>27</sup>
2. Mange mennesker er allerede motionsaktive, mens endnu flere kunne være det.

### Motion er sundt

FSP's opfattelse af, hvad der betinger sundhed, tager afsæt i en gængs multifaktoriel tilgang, hvor *»Sundhed skabes i et samspil mellem det enkelte individ og samfundet«*.<sup>28</sup> Nærmere bestemt synes der at være tale om et perspektiv, som bygger på det, bl.a. Finn Kamper-Jørgensen kalder et bredt sundhedsbegreb, hvor *»... krop og psyke hænger sammen, og hvor det enkelte menneskes sundhed udformes i et dynamisk samspil mellem arv, livsstil, levekår og [offentlige indsatser]«*.<sup>29</sup> FSP byder dog ikke på en egentlig begrebsmæssig afklaring af sundhed.

For så vidt angår programmets begribelse af motion, tages der udgangspunkt i en forståelse, der ligner Sundhedsstyrelsens definition af moderat fysisk aktivitet, hvorved forstås, at man føler sig lettere forpustet, men ikke mere end man stadig kan føre en samtale. For mange er den slags motion noget, der handler om hverdagsforeteelser, f.eks. gåture, havearbejde, hyggefodbold med venner og børn, rulleskøjteløb, cykelture til arbejde eller i fritiden osv.<sup>30</sup>

I dag er der bred international enighed om, at 30 minutters moderat fysisk aktivitet, helst hver dag, er tilstrækkelig til at inddebære en sundhedsfremmende værdi.<sup>31</sup>

Vurderet ud fra ovenstående præmisser er det altså sundt at bevæge sig, og en ansvarlig regering, der ønsker at få folk til at leve længere med flere gode leveår samt i den forbindelse støtte befolkningsgrupper, som i særlig grad dør i en tidlig alder – ikke sjældent efter adskillige år med dårlig helbredstilstand – må derfor i sin strategi inkludere politik til fremme af fysisk aktivitet.

Mange mennesker er allerede motionsaktive, mens endnu flere kunne være det

Ifølge de jævnligt gennemførte undersøgelser af *Sundhed & Sygelighed i Danmark* er omkring 80% af den voksne<sup>32</sup> befolkning fysisk aktiv i fritiden, mindst fire timer pr. uge. Tallet har været forholdsvis stabilt siden det første tværsnit i 1987.<sup>33</sup>

Den anførte totalbetragtning dækker dog over markante forskelle på gruppeniveau. Det skal understreges, at det følgende udelukkende vedrører den del af befolkningen, der regelmæssigt engagerer sig i hård eller mellemhård motion.<sup>34</sup>

Ikke overraskende er de yngre mere aktive end de ældre. Der er negativ sammenhæng mellem alder og aktivitetsniveau. Det er dog værd at nævne, at i særdeleshed de ældre mænd (67+ år) i stigende grad er blevet motionsaktive. Således var 4% i den nævnte gruppe motionsaktive i fire timer eller mere i 1987. Allerede i 1994 var andelen steget til 11%, hvor den har stabiliseret sig.

Måske vigtigere i denne sammenhæng viser der sig en social slagside – ulighed – i motionsaktivitetsmønstret. Groft sagt er det således, at de med en kort skolegang, lav indkomst eller de, som står uden for arbejdsmarkedet grundet arbejdsløshed eller førtidspension, gennemsnitligt er mindre aktive. Med hensyn til privatsfæren er det således, at de, som er enlige grundet separation, er blandt de mindst aktive.<sup>35</sup>

Disse fakta giver anledning til en generel og en specifik betragtning.

For så vidt angår den generelle betragtning, antyder mønstrene i den danske befolknings motionsprofil, hvorledes grundlæggende sociale og økonomiske forhold slår igennem på faktorer med formodet betydning for helbredet. Den sundhedsfrem-

mende politik – herunder motionspolitik – bør derfor have som sin fornemste opgave at bidrage til en generel forbedring af de samfundsmæssige rammer, som påvirker individets helbred og trivsel.

Ovenstående kommentar leder til to følgebemærkninger. For det første blot den indlysende, at ordentlige rammer for livet er en grundlæggende forudsætning for, at hin enkelte er i stand til at gøre sit liv endnu bedre. For det andet betyder en sammenkobling af politiske områder som sundhed, motion, sociale forhold og økonomi ideelt set, at fokus i mindre grad samler sig om forebyggelse af specifikke sygdomme og risikofaktorer og mere søger at forholde sig til de samfundsmæssige faktorer, som har betydning for sundhed. Eksempelvis antyder engelske forskningsresultater, at såfremt hensigten er at motivere flere blandt de økonomisk dårligt stillede til at være fysisk aktive, nytter det ikke synderligt at satse på oplysningskampagner og motiverende »pep-talks«. I denne gruppe bunder den fysiske inaktivitet i mere grundlæggende forhold som ringe økonomisk råderum samt begrænsninger forårsaget af hyppig sygdom.<sup>36</sup> Kravet må derfor være tilgængelighed af billige eller gratis motionsfaciliteter samt intervention rettet mod personer med helbredsproblemer. Hertil kan komme bestræbelser på synligt at gøre konkrete sundhedsfremmende indsatser afhængig af såvel individuel som kollektiv medvirken. En del forskningsresultater peger på, at hvis der ønskes en ændring i sundhedsadfærd i en given befolkning, må selvsamme befolkning involveres i formuleringen og planlægningen af denne indsats. Idealet vedrørende involvering af potentielle brugere og interaktion mellem diverse parthavere har dog generelt vist sig noget nemmere at formulere end at indløse i praksis.<sup>37</sup>



Den specifikke betragtning vedrørende danskernes motionsprofil tager udgangspunkt i, at omkring 15% af befolkningen er ganske inaktive. Set ud fra et folkesundhedsperspektiv vil det være formålstjenligt at gøre en ekstra indsats for denne gruppe. Det er nemlig således, at de mindst aktive får relativt mest ud af mere fysisk aktivitet. En række undersøgelser godtgør, at den største sundhedsfremmende effekt af mere motion kommer ved at få gang i dem, som har et stillesiddende arbejds- og fritidsliv. Der er dog også god grund til generelt at søge en forhøjelse af befolkningens fysiske aktivitetsniveau, da hverdagen i stigende grad bliver fysisk inaktiv for stadig flere mennesker.<sup>38</sup>

### *Hvad er Folkesundhedsprogrammets målsætninger, og er de på vej mod indløsning?*

Analysen af FSP's gennemslagskraft bør starte med at fastslå den vigtige præmis, at tidsperspektivet for indløsningen af programmets målsætninger er tiårigt (1999-2008).

For mange af programmets i alt 17 mål synes ti år som kort tid. Det gælder eksempelvis mål 6: Stigningen i antallet af svært overvægtige skal stoppes, og mål 9: Unge skal sikres mod marginalisering i forhold til uddannelsessystem og arbejdsliv.

De ti år er måske mindst realistisk i forbindelse med programmets andet af to hovedmål: Den sociale ulighed skal reduceres. Derfor er der da også den vigtige tilføjelse, at den sociale ulighed skal reduceres *mest muligt*.<sup>39</sup>

Det med de ti år er måske heller ikke så vigtigt. Det centrale er, at det i FSP understreges, at en forbedret folkesundhed og en

styrket sundhedspolitik er noget, der kun opnås ved et langt sejt træk gennem mange år. Derfor bør de enkelte mål da også først og fremmest betragtes som ideale fordringer, der i deres konkrete formulering og sigte godt kan blive udsat for modifikationer hen af vejen. Et politisk program er ikke et statisk produkt. Det indgår i en dynamisk proces og må derfor kunne forandres inden for forholdsvist brede rammer. Det er urimeligt at forlange den samme konsistens og klarhed i et politisk dokument som eksempelvis i et videnskabeligt arbejde, hvor genstandsfeltets indhold og perspektiv kan holdes stabilt og fri for udefrakommende »støj«. Til forskel herfra er det politiske dokument rettet ind efter en usikker fremtidshorisont.

FSP's tiårige tidsperspektiv betyder, at der i skrivende stund ikke findes ret mange metodisk solide vurderinger af enten den samlede indvirkning eller betydningen på enkelte områder såsom motion.<sup>40</sup> Det, som findes, er først og fremmest at ligne med monitorering – dvs. simple kvantitative opgørelser over »hvad der sker« på et givent område. Egentlige evalueringer i form af systematisk vurdering »... af organisering, gennemførelse, præstationer og udfald af offentlig politik, som tiltænkes at spille en rolle i praktiske handlingssituationer«, er der så godt som ingen af.<sup>41</sup> Dette til trods for at samtlige af programmets mål ifølge planen skal vurderes grundigt i henholdsvis 2001 og 2005. For så vidt angår ambitionerne om at fastslå programmets iværksættelse, er disse altså allerede ved at blive gjort til skamme. En manglende evne til erfaringsopsamling og dermed mulighed for kvalificering af vejledning for kommende indsatser er dog ikke noget, som er isoleret til FSP. Meget offentlig politik bliver aldrig, eller kun i begrænset omfang, udsat for grundig konsekvensvur-

dering set i forhold til oprindelige mål eller andre kriterier formuleret senere. Tilbundsående evaluering kræver ressourcer i form af tid, penge og kvalificeret personale. Denne idealsituation er ikke fremherskende hos offentlige myndigheder.

Med den største forsigtighed præsenteres hermed i figur 1-3 nogle af de meget få resultater, vi har vedrørende *sammenfald*, hvis ikke *sammenhæng*, mellem installeringen af FSP og aktiviteter blandt motionsområdets aktører.<sup>42</sup>

Resultaterne angivet i figur 1-3, er modificeret fra Fødevederedirektoratets rapport *Kost og fysisk aktivitet – Indsatsområder i forebyggelsen og inden for den organiserede idræt* udgivet i december 2001.<sup>43</sup> Rapporten, der bygger på en spørgeskemabaseret henvendelse til en række større organisationer i og uden for den offentlige sektor, er udarbejdet af en arbejdsgruppe, der med udgangspunkt i FSP har fået til opgave at kortlægge aktiviteter inden for kost og motion, som indgår samlet i FSP's mål 5. I det følgende fokuseres ensidigt på resultater vedrørende motion.<sup>44</sup>

Fødevederedirektoratets rapport er rettet ind efter at belyse, hvorledes respondenterne (dvs. de adspurgte organisationer) arbejder og har tænkt sig at arbejde med motion i forhold til de tre kategorier for styrket sundhedsfremmende indsats, der beskrives i FSP.

FSP's målsætninger for en styrket indsats er inddelt i følgende kategorier.

- *Risikofaktorer*: Formålet er at sætte ind for at mindske eller fjerne enkelte led af en længere negativ kæde, eksempelvis i forhold til rygning, alkohol eller motion.
- *Aldersgrupper*: Formålet er at sætte fokus på bestemte befolkningsgrupper, der grundet biologisk alder, synes at have

specielle behov. Nævnt bliver i den sammenhæng børn, unge eller ældre.

- *Forebyggelsesmiljøer*: Formålet er at anvende forskellige arenaer som afsæt for sundhedsfremmende arbejde – eksempelvis arbejdspladsen, idrætsforeningen eller lokalsamfundet.

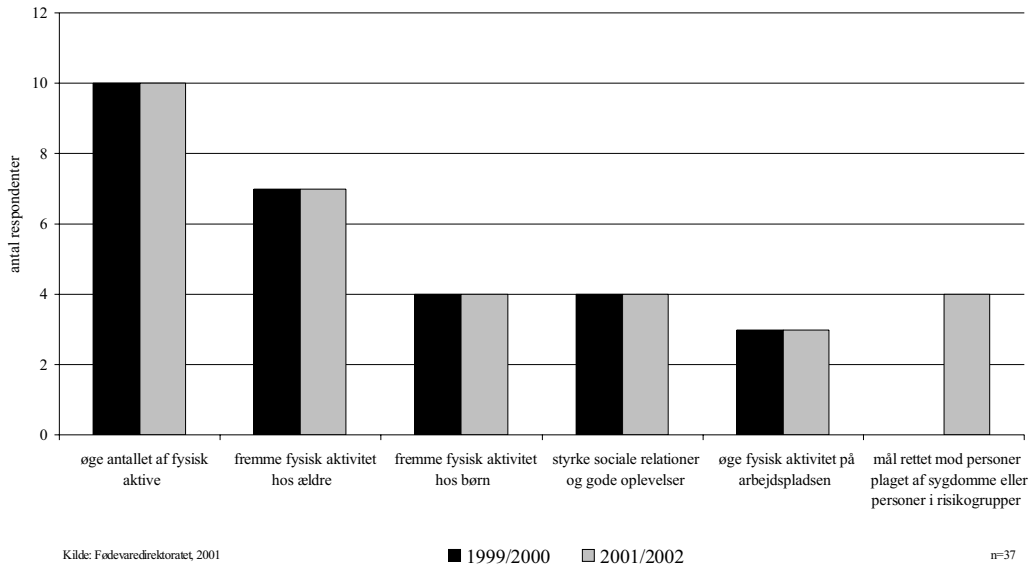
Rapporten sammenstiller respondenternes aktiviteter i 1999 og 2000 (1999/2000) med de, som tænkes udført i 2001 og 2002 (2001/2002).

Figur 1 illustrerer, at det mest påfaldende vedrørende respondenternes mål med deres aktiviteter er den stabilitet, de udviser, når de faktiske målsætninger for 1999/2000 sammenlignes med de mål, der forventes at blive gældende i 2001/2002.<sup>45</sup> Den eneste udvikling er, at en mindre andel af de adspurgte organisationer angiver målrettet indsats mod særlige grupper defineret ved deres sygdomsbillede eller risikosituation som fremtidigt satsningsfelt. Dette er nyt fra 1999/2000 til 2001/2002.

For så vidt angår respondenternes indsatsområder, godtgør figur 2, at også disse jævnt hen er præget af stabilitet, når nutid og nærmeste fremtid sammenlignes – dog med en svag nedadgående tendens over hele linjen. Skal der peges på noget, må det blive, at forholdsvist færre forventer at prioritere indsatser vedrørende politisk aktivitet (motionspolitik) og samarbejde med nøgleaktører fra andre miljøer højt. Dette lægger umiddelbart ikke i forlængelse af udmeldingerne i FSP, hvor der bruges megen plads på at understrege behovet for styrket samarbejdet mellem involverede parthavere på tværs af traditionelle faglige, organisationspolitiske grænser og rammer.<sup>46</sup> Der skal dog gøres opmærksom på, at respondenterne bliver bedt om at anføre, hvilke områder de har tænkt sig at målrette



Figur 1. Organisationernes mål med forebyggelsesaktiviteter.

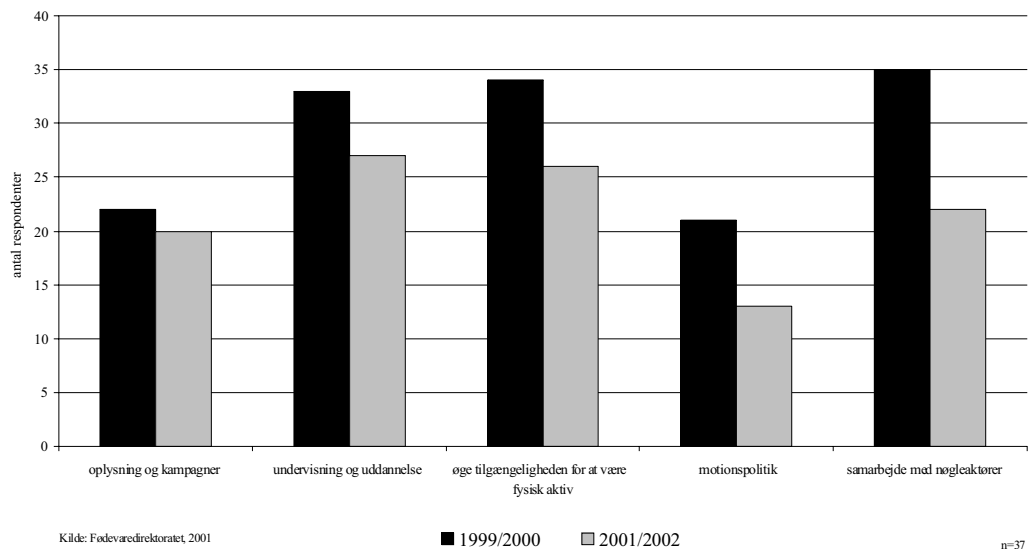


fremtidige aktiviteter mod. Det er meget muligt, at flertallet mener, at de allerede arbejder tilstrækkelig med motionspolitik og eksterne interesser. Det felt ønskes altså ikke styrket yderligere. Det betyder nød-

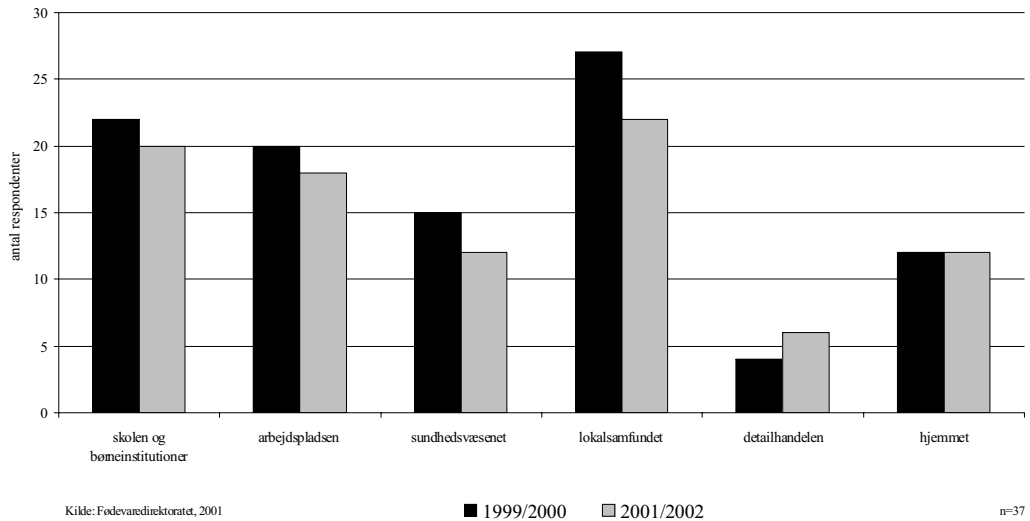
vendigvis ikke, at der vil ske en generel nedprioritering af disse dimensioner.

Med hensyn til respondenternes involvering i forebyggelsesmiljøer – et vigtigt tema i FSP – er meldingen på ny »intet nyt

Figur 2. Organisationernes indsatsområder for forebyggelsesaktiviteter.



Figur 3. Organisationernes involvering i forebyggelsesmiljøer.



under solen» (figur 3). Det mest bemærkelsesværdige er den mindre mængde af organisationer, der forventer at prioritere samarbejde med lokalsamfund – eksempelvis nærmiljøer eller boligområder. Udviklingen af sundhedsfremmende initiativer i regi af lokalsamfund indgår eksplicit som FSP's mål 13.<sup>47</sup>

Samlet godtgør resultaterne afbilledet i figur 1-3, at der ikke er megen forandring at spore i organisationernes arbejde og prioriteter i perioden 1999-2002. Helt grundlæggende skal denne manglende foranderlighed tilskrives det undersøgelsestekniske design anvendt i Fødevarerdirektoratets rapport, der kun indeholder én måling, hvor respondenterne bliver bedt om at kommentere såvel nuværende som formodede kommende aktiviteter. Disse kommentarer falder altså på én og samme tid og bliver derfor uundgåeligt flettet ind i hinanden.

Uafhængigt heraf synes det dog på baggrund af direktoratets rapport rimeligt at konkludere, at organisationer engageret i

motionsfeltet – herunder den frivillige idræts største sammenslutninger (DIF, DGI og DFIF) – ikke umiddelbart har tænkt sig at ændre meget på deres prioriteringer i forhold til sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. FSP synes altså ikke at være relateret til en anderledes vægtet indsats blandt idrætsområdets hovedkræfter. Set i lyset af i hvilken grad motion er blevet betragtet og diskuteret som et vigtigt element i det sundhedsfremmende arbejde under og efter tilsynkomsten af FSP, er dette fund lidt overraskende. Denne snart af overraskelse hænger ved, selv under hensyntagen til, at organisationer, som DFIF og DGI kun delvist og DIF mindst af alle i almindelighed erklærer sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme som omdrejningspunkter for deres virke.

Nedenfor skitseres en række mulige grunde til bl.a. foreningslivets noget nær uændrede praksis på områder af udtalt betydning for FSP. De følgende overvejelser er samtidig af generel relevans i analysen

af, hvorfor FSP's målsætninger ikke skal forventes indløst lige med det samme. Dermed er vi nået frem til artiklens fjerde og sidste spørgsmål om fremtiden.

### *It's the money stupid*

FSP er helt blottet for specifikke tilkendegivelser om flere ressourcer til sundhedsfremmeområdet. Hvis målene skal indløses, må der afsættes midler til at etablere de nødvendige forudsætninger, midler til rent faktisk at gennemføre handlingsplaner og aktiviteter og endelig midler til at overvåge og evaluere hele heligheden. Helt konkret: Hvis man ønsker, at idrættens organisationer, eller andre aktører med interesse i motionsområdet, skal engagere sig i indløsningen af FSP's målsætninger, ja, så må man være indstillet på at betale for det. Samarbejde virker kun, såfremt der er en gevinst for alle parter. Eller koldt sagt: Gevinsten for eksempelvis idrættens hovedorganisationer ved at omlægge deres aktiviteter, således at de i højere grad rettes mod samfundets svageste (defineret ved variable vedrørende privatøkonomisk situation, antallet og karakteren af sociale relationer, samfundsmæssig status og/eller fysisk formåen) uden nogen form for pekuniær gulerod, er til at overse.

Men kan vi så regne med, at de nødvendige midler er på vej?

Hidtil peger erfaringerne på, at de ønskede midler ikke kommer af sig selv. De kan heller ikke forventes hentet i de lokale kasser. Kommunale myndigheder har i forvejen mange tunge serviceopgaver at bruge pengene på, og forebyggelsesfeltet har stadig for ringe status til egenhændigt at gennemtrumfe en anden prioritering. Endvidere kan kommunerne med nogen ret klandre de centrale instanser for ikke at have hørt dem i tilstrækkelig grad i forbindel-

se med FSP's udfærdigelse. Dermed er det muligt at frasige sig et større ansvar for dets realisering. De centrale myndigheder – med regeringen i spidsen – må derfor gå forrest i en sikring af ressourcer på alle niveauer. Det ser dog ud til at have lange udsigter. I Finansforslaget for 2000 blev der afsat 20 millioner kroner ekstra til forebyggelse og sundhedsfremme. Dette niveau er så vidt vides stort set fastholdt derefter. I betragtning af FSP's høje ambitionsniveau, er det bemærkelsesværdigt, at man forestiller sig, at dette kan gøres for et årligt løft på 4-5 kr. pr. dansker. Kommuner og amter afsætter muligvis ekstra midler til området. Det er dog svært at danne sig et eksakt overblik over, i hvilket omfang det sker.<sup>48</sup>

Der er ingen garanti for, at den siddende regering har tænkt sig at bibeholde bare den ringe opprioritering, som er sket på forebyggelsesområdet de allerseneste år. De hidtidige signaler kan derimod tolkes som en tilsidesættelse af forebyggelsesperspektivet og dette på trods af, at regeringen i forordet til sit folkesundhedsprogram, *Sund hele livet*, understreger »... det offentliges fortsatte store rolle på forebyggelsesområdet – som en hjørnesten i vores velfærdssamfund«. <sup>49</sup>

Der kan dog med god ret spørges til, hvorvidt det er et udtryk for anerkendelse af en fortsat stor rolle på det sygdomsforebyggende område, at regeringen ensidigt tilfører en enkelt – den behandlende – del af sundhedsvæsenet særskilte milliardbeløb. Ligeledes er det svært at se det som en anerkendelse af tankerne bag sundhedsfremme, at landets ledelse sætter det nyligt oprettede Center for Forebyggelse ved Sundhedsstyrelsen til at spare 26 millioner fordelt over de næste fire år og samtidig sløjfer sådan noget som Børnekostpuljen på 50 millioner kroner, der ellers skulle anvendes til lokale

projekter rettet mod forbedringer af poderens fødeindtag og madkultur. Endeligt må man undre sig over, hvordan det kan være et udtryk for støtte til folkesundhedstanken, at undervisningsminister, Ulla Tørnæs i sin plan *10 skridt mod en bedre folkeskole* overhovedet ikke nævner fysisk aktivitet, endskønt netop styrkelsen af faget idræt i folkeskolen er nævnt i regeringsgrundlaget. Denne undren forbliver, selv om forliget om fremtidens folkeskole, der blev indgået mellem regeringen, Socialdemokratiet og Dansk Folkeparti i november 2002, endte med en ekstra idrætstime i sjette klasse samt bevarelse af idræt som obligatorisk fag på alle klassetrin.<sup>50</sup>

### *Kan vi ikke snart gå hjem?*

Denne sidste overskrift er taget fra den amerikanske politolog Guy Peters, der har skrevet godt og langt om politiske styreform og udvikling af offentlige serviceydelser.<sup>51</sup> Overskriften angiver en vis træthed. Vi har hørt alt for meget, vi gider ikke mere, vi keder os. Kedsomheden skyldes – blandt andet – at artiklen tilsyneladende blot giver endnu et eksempel på den nok så kendte historie om store forkromede politiske projekter, der udbasuneres fra allerhøjeste sted og så herefter driver roligt, men sikkert mod bunden af de glemte planers sump. At et sådant scenarium har noget for sig i forbindelse med FSP's tilblivelse og realisering, er ganske ligetil at illustrere: I 1984 tilsluttede Danmark sig WHO's strategi *Sundhed for alle år 2000*. Der var tale om ambitiøse målsætninger – 38 i alt – under fire overskrifter:

- Et længere liv
- Et sundere liv
- Et rigere liv
- Lighed i sundhed

I 1989 kom så den borgerlige regerings Forbyggelsesprogram, der i 1999 afløstes af Nyrup Rasmussen-regeringens Folkesundhedsprogram, modificeret i 2002 via den venstreledede regerings tiltag *Sund hele livet*. De overordnede mål for det sidste program, som direkte anføres at lægge i forlængelse af programmerne fra 1989 og 1999, er følgende:

- Længere liv med flere gode leveår<sup>52</sup>
- Social lighed i sundhed<sup>53</sup>

Spørgsmålet er så, hvorvidt denne tilsyneladende mangel på politisk fornyelse over en snart 20-årig periode er at betragte som udtryk for, at de ansvarlige beslutningstagere en gang imellem hygger sig med at puste støvet af gamle idéer og peppe dem lidt op via en ny indpakning, uden så i øvrigt at mene forfærdelig meget med det. Eller er det måske snarere sådan, at målsætningerne ligner hinanden så meget, fordi der er tale om problemstillinger, hvis nyordning stiller store krav til samfundsmæssige forandringer over en mangeårig periode, og derfor alene af den grund må relanceres med jævne mellemrum?

Givet er det, at skal samtlige parthavere holdes fast på en målsætning som eksempelvis lighed i sundhed – eller i det mindste forsøg på at reducere ulighed i sundhed – er kravet fortløbende vurderinger af, hvilke aspekter af uligheden, der bør sættes ind over for før noget andet samt udvikling af metoder og redskaber til virkningsfuld gennemførelse af ønskede interventioner i den henseende. For så vidt angår netop den ideale fordring om mere social lighed i sundhed, er den lige så relevant i starten af det nye årtusinde som for 20, 50 eller endnu flere år siden. I bestræbelserne hen imod denne visions indløsning drejer det sig bl.a. om en aktiv intervention i de na-

tur- og markedsgivne betingelser, som mennesker lever under. Af den vej kan det søges at mindske gennemslagskraften af de mest urimelige uligheder, der resulterer i, at bestemte grupper af samfundet har et markant kortere og mere belastet liv end flertallet.

Den primære opgave for fremtidens folkesundhedsarbejde står dermed klar: at

sikre lige muligheder og betingelser, som medfører en legitim social og sundhedsmæssig ulighed med udspring i hin enkeltes evner og præferencer.<sup>54</sup> Denne ideale fordring må ligeledes indarbejdes i de organisationsformer og strategier, der skaber rammerne for de mange skæringspunkter mellem motion og (folke)sundhed.

## Noter

1. I forbindelse med udfærdigelsen af denne artikel har forfatteren modtaget uundværlig information og nyttig kritik fra cand.scient. Anja Bilotft-Jensen, Afdeling for ernæring, Fødevarerdirektoratet.
2. Regeringsgrundlag, 2001.
3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002b, s. 11.
4. *Ibid.*, 2002a, s. 19.
5. Der skal gøres opmærksom på, at nærværende artikel ikke er det første eksempel på at lade officielle sundhedsstrategier – i form af diverse regeringsprogrammer eller handlingsplaner – danne udgangspunkt for analyser af samspillet mellem motion og sundhed. Således har Karen Lorentzen analyseret effekten af bredt anlagt kampagnevirksomhed rettet mod at styrke det generelle vidensniveau angående betydningen af fysisk aktivitet for helbredet for herigennem at få flere til at dyrke motion. Lorentzens konklusion er, at en traditionel massekommunikationsstrategi har begrænset rækkevidde og indvirkning på sundhedsadfærd. Ask Vest Christiansen har ud fra et kulturanalytisk perspektiv diskuteret det begrebslige fundament for Folkesundhedsprogrammet anno 1999. Dette giver bl.a. anledning til en række kritiske betragtninger angående en tendens til blandt diverse instanser at sammenknytte sundheds- og idrætsbegrebet.
6. Finn Berggren m.fl., 1991, s. 14; Wilhelm von Rosen, 1991, s. 325-27; Sundhedsministeriet, 1999 og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002a.
7. Definitionen af politikdannelse er inspireret af Søren Winters procesorienterede forståelse af implementeringsproblematikken i forhold til offentlig politik. Søren Winter, 1998.
8. Finn Borum, 1997 og Peter Kragh Jespersen, 1999.
9. Det skal blot bemærkes, at udviklingen i middellevetid de sidste år har været ganske positiv. Særligt mændenes gennemsnit har forbedret sig en del. Sundhedsministeriet, 2001.
10. Sundhedsministeriet, 1999, s. 13-14.
11. Knud Juel og Niels Kristian Rasmussen, 2002, s. 46-49.
12. Allan Krasnik, 2000.
13. Erkendelsen af det direkte samspil mellem levekår og sundhedstilstand har gennem en længere årrække befundet sig højt på såvel den danske som den internationale sundhedspolitiske dagsorden. Dette blev bl.a. understreget i november 1998 af den daværende sundhedsminister, Carsten Koch, i forordet til den danske version af Verdenssundhedsorganisationens (WHO) håndbog om sociale prædiktorer for sundhed. Ligeledes har Forebyggelsespolitisk råd (der i dag hedder Nationalt råd for folkesundhed) gennem de sidste godt ti år systematisk understreget sundhedens brede sociale fundament. WHO-Euro, 1998a og Holger Højlund og Lars Thorup Larsen, 2001.
14. WHO-Euro, 1998b.
15. Indenrigsministeriet, 1977.
16. Finansministeriet (sekretariatsgruppe i budgetdepartementet), 1973.
17. For en bred introduktion til de nye tendenser angående sundhedsfremme og politik, se Finn Kamper-Jørgensen og Gert Almind (red.), 2001, s. 17-35.
18. Signild Vallgård, 2000 og 2001; Karl Jack, 2002 og The European Commission, 2002.
19. Karl Jack, 2002, s. 1-5.
20. De to citater gengiver henholdsvis målsætning nr. 2 og 1 i det svenske folkesundhedsprogram. Swedish National committee for Public Health, 2000, s. 91.
21. Signild Vallgård, 2000.
22. I forlængelse af kommentaren vedrørende samspillet mellem centrale og decentrale myndigheder på sundhedsområdet skal det understreges, at

- statusrapport 2001 for folkesundhedsarbejdet påviser, at FSP anno 1999 er centralt placeret i såvel amternes som kommunernes planlægningsarbejde inden for sundhedssektoren – i øvrigt med motionsområdet som et af de hyppigst forekommende satsningsfelter. Denne konklusion hviler på interview af udvalgte kommunale ansatte med ledelses- eller planlægningsforpligtelser på social- og sundhedsområdet. I de allerøverste led af det kommunale forvaltningssystem har FSP tilsyneladende vundet indpas – under alle omstændigheder på det ideale plan. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002b.
23. Forum for Motion blev nedsat som en direkte konsekvens af FSP og udgør et uafhængigt sagkyndigt udvalg under Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
  24. Annie Hagel, 2001.
  25. Henrik H. Brandt, 20/3 2002.
  26. Sundhedsministeriet, 1999, s. 47-53.
  27. I forlængelse af konstateringen af motions potentiale som løftestang for folkesundheden anføres det såvel i FSP som i andre senere publikationer, at fysisk aktivitet har vist sig at være et virkningsfuldt redskab i forbindelse med både sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Se eksempelvis Lars Iversen og Margit Groth, 2002, s. 201-204 og Lars Iversen, 2002, s. 278-281.
  28. Sundhedsministeriet, 1999, s. 110.
  29. Finn Kamper-Jørgensen og Gert Almind (red.), 2001, s. 119.
  30. Sundhedsstyrelsen, 2001.
  31. Thomas Skovgaard og Finn Berggren, 2000 og WHO-Euro, 2002, s. 79-80.
  32. Voksen er i denne sammenhæng defineret som værende 16 år eller derover.
  33. Mette Kjølner og Niels Kr. Rasmussen (red.), 2002, s. 338-341.
  34. At være engageret i hård motion er lig med at træne og dyrke konkurrenceidræt flere gange om ugen. Mellemhård motion betegner en situation, hvor der dyrkes motionsidræt eller tungt havearbejde mindst fire timer om ugen.
  35. Mette Kjølner og Niels Kr. Rasmussen (red.), 2002, s. 342-343 og Sundhedsstyrelsen, [www.sundhedsstyrelsen.dk/faglige\\_omr/sundhed/Motion/index.asp](http://www.sundhedsstyrelsen.dk/faglige_omr/sundhed/Motion/index.asp) (gennemset den 17. januar 2003).
  36. D.J. Chin m.fl., 1999.
  37. Kirsten Winther-Jensen, 1997 og W.F. Boyce, 2001.
  38. Annie Hagel, 2001.
  39. Sundhedsministeriet, 1999, s. 32, 54 og 69.
  40. En bred orientering vedrørende det danske folkesundhedsarbejde er at finde i en ministeriel oversigt fremlagt i september 2002.
  41. Peter Dahler-Larsen og Hanne Kathrine Krogstrup (red.), 2001, s. 14.
  42. Det følgende tager udgangspunkt i en rapport udgivet af Fødevedirektoratet. For at gøre det muligt for læseren at vurdere kvaliteten af de data, der lægges til grund for nævnte rapport, er det værd at påpege følgende præmisser for resultaternes tilblivelse:
    1. I direktoratets rapport præsenteres mål-orienterede vurderinger, der anvender FSP's egne pejlemærker som udgangspunkt.
    2. Der er endvidere tale om en vurdering, der fokuserer på det allerførste led af den politiske outcome-proces, der drejer sig om effekten på omgivelserne af det politiske systems beslutninger (outputs). De effekter, som præsenteres, er altså ikke på individniveau, men knytter sig derimod til, hvorvidt organisationer i og uden for den offentlige sektor har taget initiativer, der ligger i forlængelse af FSP's konkrete anbefalinger på motionsområdet. For nuværende kan der ikke på makroniveau siges meget om indløsningen af FSP's helt overordnede mål, for så vidt angår motion – nemlig at en væsentlig større andel af befolkningen skal opfylde de officielle anbefalinger om regelmæssig fysisk aktivitet.
    3. Endelig er der også tale om en simpel vurdering, som søger at fastslå, om der overhovedet sker noget, der knytter an til initiativer beskrevet i FSP, for så vidt angår motion. Hermed er der intet sagt om, hvorvidt disse aktiviteter er en direkte konsekvens af programmet.
  43. Fødevedirektoratet, 2001.
  44. Det overordnede sigte for Fødevedirektoratets rapport er at forhøre sig om, hvad de adspurgte organisationer foretager sig samt endvidere har tænkt at foretage sig i forbindelse med først og fremmest den primære forebyggelse – defineret som aktiviteter for den almindeligt raske del af befolkningen. De ønskede informationer er indsamlet under anvendelse af et til formålet sammensat spørgeskema indeholdende såvel åbne som lukkede svarkategorier. Arbejdsgruppen bag Fødevedirektoratets rapport har med udgangspunkt i spørgeskemaet indhentet besvarelser hos de udvalgte respondenter. Udvælgelsen af respondenter – i dette tilfælde organisationer – er selektiv og foretaget ud fra den nævnte arbejdsgruppes



- forhåndsviden om undersøgelsesfeltet. I rapportens indledning slås det derfor fast, at de præsenterede resultater ikke kan garanteres at gengive et fuldstændigt billede af, hvad der foregår på kost- og motionsområdet.
45. Læseren bedes bemærke, at der er tale om absolutte talstørrelser, og at den samlede gruppe af respondenter blot er 37. Figur 1-3 bør betragtes med de ringe n-tal in mente.
46. Sundhedsministeriet, 1999, s. 27-28 og s. 101-104.
47. Ibid., s. 90-94.
48. Lars Iversen, 2000.
49. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002a, s. 9.
50. Carsten Terp, 2002; Kristine Wilkens, 12/5 2002; Undervisningsministeriet, [www.uvm.dk/cgi](http://www.uvm.dk/cgi) (genemset den 3. december 2002) og Louise Frevert,

- 2003.
51. Se eksempelvis B. Guy Peters, 1999.
52. De konkrete formuleringer er: Overordnet mål 1: Middellevetiden skal øges markant. Overordnet mål 2: Antallet af år med god livskvalitet skal øges. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002a, s. 6.
53. Den konkrete formulering er: Overordnet mål 3: Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres mest muligt. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002a, s. 6.
54. Præference = at vælge noget frem for andet.

## Litteratur

- Finn Berggren m.fl., *Sundhed – kost – idræt* (København, 1991).
- Finn Borum, »Inerti og forandringsmuligheder i sygehusfeltet« I: Steen Hildebrandt og majken Schultz (red.) Fokus på sygehusledelse (København, 1997).
- W.F. Boyce, »Disadvantaged persons' participation in health promotion projects« I: Social Science and Medicine 2001:52:1551-1564.
- Henrik H. Brandt, »Motion: Et beskedent forum« I: Jyllands-Posten den 20. marts 2002, 1. sektion s. 16.
- D.J.Chin m.fl., »Barriers to physical activity and socio-economic position« I: Journal of Epidemiology and Community Health 1999:53:191-192.
- Ask Vest Christiansen, »Folkesundhed og disciplinering – kulturanalyse af en opdragelsesstrategi« I: Jørn Hansen og Thomas Skovgaard (red.) Idrættens Mangfoldighed – Idrættens Grænser? Idrætshistorisk Årbog 2000 (Odense, 2001).
- Peter Dahler-Larsen og Hanne Kathrine Krogstrup (red.), *Tendenser i evaluering* (Odense, 2001).
- The European Commission, *Official Journal of the European Communities. Decision No 1782/2002/EC Of the European Parliament and of the Council* ([www.europa.eu.int/eur-lex/en/dat/2002/L\\_2711/L\\_271120021009en00010011.pdf](http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/dat/2002/L_2711/L_271120021009en00010011.pdf)).
- Finansministeriet (sekretariatsgruppe i budgetdepartementet) *Perspektivplanredegørelse 1972-1987* (København, 1973).
- Louise Frevert, »Idrætten vandt« I: Idrætstid 2003: 1:29.
- Fødevederdirektoratet, *Kost og Fysisk aktivitet – Indsatsområder i forebyggelsen og inden for den organiserede idræt* (København, 2001).
- B. Guy Peters, *Institutional theory in political science – the »New Institutionalism«* (New York, 1999).
- Annie Hagel, »Nye nuancer i viden om mad og motion« I: Vital 2001:3:1-5.
- Holger Højlund og Lars Thorup Larsen, »Det sunde fællesskab« I: Distinktion – Tidsskrift for samfundsteori 2001:3:73-90.
- Indenrigsministeriet, *Prioritering i sundhedsvæsenet. Betænkning nr. 809* (København, 1977).
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, *Sund hele livet* (København, 2002a).
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, *Status 2001 for folkesundhedsarbejdet* (København, 2002b).
- Lars Iversen, »Kommentar til regeringens forebyggelsesprogram« I: Ugeskrift for Læger 2000:2:208-210.
- Lars Iversen, »Forebyggelse og sundhedsfremme« I: Lars Iversen m.fl. (red.) Medicinsk Sociologi – samfund, sundhed og sygdom (København, 2002).
- Lars Iversen og Margit Groth, »Livsstil og helbred« I: Lars Iversen m.fl. (red.) Medicinsk Sociologi – samfund, sundhed og sygdom (København, 2002).
- Karl Jack, »Forskellige veje til sundhed« I: Vital 2002:1:1-5.
- Finn Kamper-Jørgensen og Gert Almind (red.), *Forebyggende Sundhedsarbejde (3. udgave)* (København, 2001).
- Knud Juel og Niels Kristian Rasmussen, »Danmark i internationalt perspektiv I: Lars Iversen m.fl. (red.) Medicinsk Sociologi – samfund, sundhed og sygdom (København, 2002).
- Henning Kirk, »Børn i bevægelse« I: Politiken den 28. november 2001, Kultur og Debat s. 5.

- Peter Kragh Jespersen, »Hvordan håndterer professionerne de nye styringsbetingelser?« I: Eva Zeuthen Bentsen m.fl. (red.) Når styringsambitioner møder praksis (København, 1999).
- Mette Kjølner og Niels Kristian Rasmussen (red.), *Sundhed & Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987* (København, 2002).
- Allan Krasnik, »Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008« I: Ugeskrift for læger 2000:10:1438-1441.
- Karen Lorenzen, »Det offentlige gode vilje og befolkningens manglende vilje – en undersøgelse af sundhedskampagners status i det moderne samfund« I: Jørn Hansen (red.) Folkets sundhed eller lykke – en antologi om humanistisk sundheds- og idrætsforskning (Odense, 2001).
- Regeringsgrundlag, *Vækst, velfærd – fornyelse* (København, 2001).
- Wilhelm von Rosen, *Rigsarkivet og hjælpemidlerne til dets benyttelse II 1848-1990 1. bind* (København, 1991).
- Thomas Skovgaard og Finn Berggren, »Motion på arbejdet« I: Focus Idræt 2000:5/6:197-203.
- Sundhedsministeriet, *Sundhedspolitiske redegørelse* (København, 2001).
- Sundhedsministeriet, *Regeringens Folkesundhedsprogram* (København, 1999).
- Sundhedsstyrelsen, *Fysisk aktivitet og sundhed* (København, 2001).
- Sundhedsstyrelsen, *Fysisk Aktivitet* ([www.sundhedsstyrelsen.dk/faglige\\_omr/sundhed/Motion/index.asp](http://www.sundhedsstyrelsen.dk/faglige_omr/sundhed/Motion/index.asp)).
- Swedish National committee for Public Health, *Health on equal terms* (Stockholm, 2000:91).
- Carsten Terp, 2002. »De tunge danskere« I: Forbrugerbladet Tænk+ test 2002:23:14-18.
- Undervisningsministeriet, *Bredt forlig om fornyelse af folkeskolen* ([www.uvm.dk/cgi](http://www.uvm.dk/cgi)).
- Signild Vallgård, »Folkesundhed på norsk: magt og sundhed« I: Ugeskrift for læger 2000:21:3100-3103.
- Signild Vallgård, »Et program for folkesundheden og velfærdsstaten« I: Ugeskrift for læger 2001:3:326-329.
- WHO-Euro, *Sociale Forholds betydning For Sundheden – De Hårde Kendsgeminger* (København, 1998a).
- WHO-Euro, *Social Determinants Of Health – The Solid Facts* (København, 1998b).
- WHO-Euro, *The European Health Report 2002* (København, 2002).
- Kristine Wilkens, »Den svære kamp for fysisk aktivitet« I: Politiken den 12. maj 2002, Sport Magasinet s. 3.
- Søren Winter, *Implementering og effektivitet* (Århus, 1998).
- Kirsten Winther-Jensen, *Empowerment i praksis – et sundhedsfremmeprojekt for arbejdsfrie* (Århus, 1997).