

# ***Motion på recept – er en svær pille at sluge! En sociologisk diskussion af motion som behandling i velfærdsstaten***

**Lone F. Thing**

Seniorforsker, Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning

Publicerad på Internet, [www.idrottsforum.org](http://www.idrottsforum.org) (ISSN 1652-7224) 2005-04-19

Copyright © Lone Friis Thing 2005. All rights reserved. Except for the quotation of short passages for the purposes of criticism and review, no part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the author.

## **Indledning**

Nyere forskning viser at motion eller fysisk aktivitet<sup>1</sup> kan forebygge og behandle en række livsstilssygdomme som overvægt, forhøjet blodtryk, type 2 diabetes og iskæmisk hjertesygdom (Sundhedsstyrelsen 2003; 2004). På baggrund af den foreliggende evidens for fysisk aktivitets positive effekt i behandlingen af en række sygdomme har flere amter i Danmark igangsat forsøgsprojekter med ”motion på recept” (Rosell et al 2005). ”Motion på recept” fokuserer på brugen af motion som et ’lægemiddel’, der tages i afmålte doser under vejledning af motionseksperter. I den danske sundhedsstyrelses litteraturnemgang af effekter og organisering af ”motion på recept” beskrives konceptet bredt som interventioner forårsaget af en praktiserende læge, når vedkommende henviser fysisk inaktive patienter til et konkret træningsforløb eller rådgiver inaktive patienter om fremme af fysisk aktivitet (Sundhedsstyrelsen 2004). ”Motion på recept” udføres dog i Danmark i praksis ofte af et tværfagligt og tværsektorielt team bestående af fysioterapeuter, diætister, læger eller sundhedsplejersker, som samarbejder om at opnå varige livsstilsændringer og fastholdelse af fysisk aktivitet. ”Motion på recept” afgrænses i nogle interventioner til træning af den fysiske krop, men inkluderer flere steder også kostvejledning og selvterapeutiske aspekter. I Danmark tilbydes ”motion på recept” i Ribe, Ringkøbing, Vejle, Nordjyllands, Sønderjyllands, Vestsjællands, Frederiksborg, Storstrøms og Fyns Amter samt i Københavns kommune og Bornholms Regionskommune – hvilket stort set vil sige i hele landet.

”Motion på recept” er igangsat som et forebyggende og behandlende koncept, selvom der kun findes relativt få studier, der har undersøgt effekten af ”motion på recept”, og selvom disse internationale studier ifølge sundhedsstyrelsen viser, at man ikke skal forvente markante ændringer af det fysiske aktivitetsniveau hos størsteparten af patienterne på grund af frafald og manglende fastholdelse af et øget fysisk aktivitetsniveau (2004). I den

danske sundhedsstyrelses litteraturgennemgang noteres, at der fortsat er behov for grundige evalueringer af tilbuddene om ”motion på recept”, heraf evaluering af helbredseffekter på kort og på lang sigt, så der kan opnås mere viden om hvordan konceptet bedst tilrettelægges (2004:5). Det er på baggrund af udviklingen af ”motion på recept”, at jeg i denne artikel diskuterer konceptets grundlæggende ideologier og teknologier. Jeg har i 2004 være forskningsevaluatør på et amtsligt interventionsprojekt, som henvendte sig til målgruppen af gravide kvinder med et Body Mass Index (BMI) over 30. Formålet med interventionen var en målrettet indsats med forandring af livsstilen og herunder inkluderet motions- og kostforandringer. I artiklen tager jeg udgangspunkt i resultaterne fra evalueringen af interventionsprojektet og sammenholder resultater med en kritisk analyse af ”motion på recept”. Analyse måden vil være præget af et sociologisk og folkesundhedsteoretisk perspektiv, inspireret af den Foucault’ske tænkning omkring ’styring af styring’ i neoliberale samfund (Rose 1999; 2001; Dean 1999; Järvinen et al. 2002; Vallgård 2003). Der er behov for samfundsmæssig viden, som kan belyse de mellem menneskelige dimensioner af behandlingstyper. Det humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiv på idræt og kropskultur fik endvidere i 1980’erne en institutionel tilknytning på Københavns Universitet, og det humanistiske og samfundsvidenskabelige idrætsstudie har i hen ved 20 år genereret viden om ’krop, kultur og bevægelse’. Den brede idrætssociologiske tilgang til fysisk aktivitet vil jeg ligeledes anvende i artiklen, som en kritisk optik til at diskutere ”motion på recepts” udviklingstendenser og fremtidsperspektiver. Der er behov for eftertanke mht. til ”motion på recept”, da der er fare for forhastede tiltag, som kan koste samfundet dyrt. ”Motion på recept” skaber arbejde til mange livsstilseksperter, men udviklingen *fra* fysisk aktivitet som en hverdagslivsaktivitet (Timm 1997) *til* fysisk aktivitet som et medicinsk behandlingsregime, kan resultere i utilsigtede konsekvenser og skabe en fare for klientgørelse og ekspertafhængighed. Beskrivelsen af hvordan og hvorfor klientgørelse og ekspertafhængighed etableres, er formålet for artiklen.

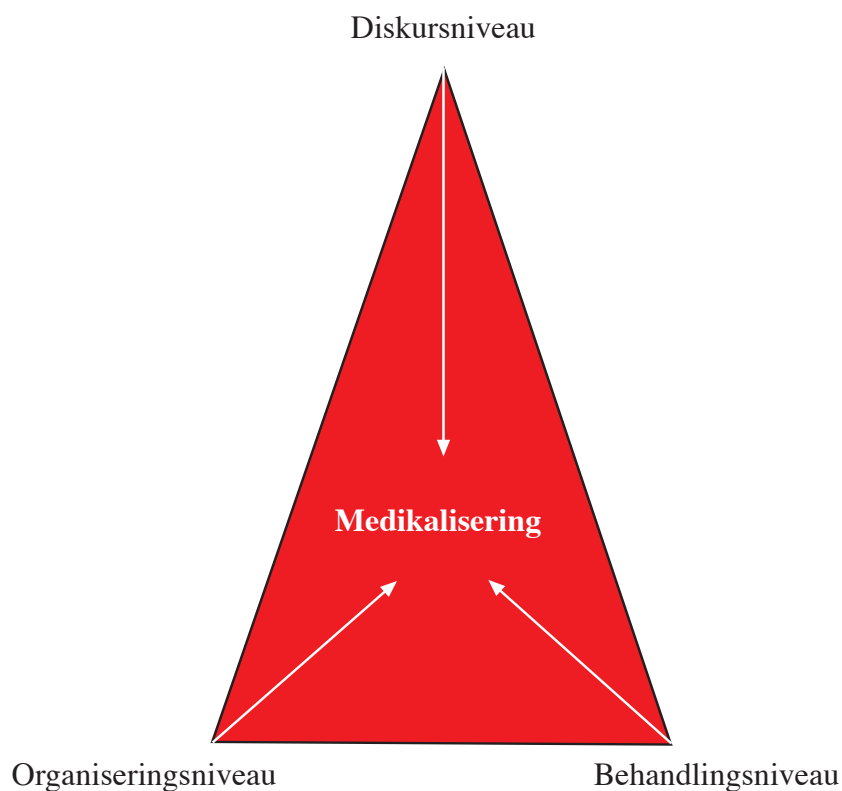
Indledende beskrives og analyseres ”motion på recept” som et medicinsk paradigme. Dernæst eksemplificeres det medicinske paradigmes betydning for fysisk aktivitet med udgangspunkt i det konkrete evalueringsforskningsprojekt, som jeg har udført for Storstrøms Amt<sup>2</sup>. På baggrund af disse to områder diskuteres fremtidsperspektiverne for ”motion på recept”. Det skal indledende bemærkes, at det er hensigten at påbegynde en debat af ”motion på recept”, som forhåbentlig kan resultere i innovative forskningsinitiativer og strategier. Det er ikke hensigten udsigtsløst at kritisere motion som behandling og som forebyggelsesinitiativ. Der er behov for nytænkning vedrørende forebyggelse og behandling, og det er nødvendigt at befolkningen fastholder og skaber et aktivt liv, hvor kropsbevægelse indgår. Men der er også behov for at igangsætte en kæde af refleksivitet i forhold til konceptet, og der er behov for en samfundsmæssig kontekstualisering af ”motion på recept”, bl.a. fordi der er store problemer med frafald og fastholdelse (compliance). Det er min faste overbevisning, at frafaldsproblematikken og fastholdelsesproblemet bl.a. har at gøre med det teoretiske perspektiv i konceptet. Definitionsmæssigt arbejdes der med en forståelse af, at motivationen til fysisk aktivitet, eller fravalget af fysisk aktivitet, er en *rational* begrundet adfærd. Kognitive adfærdsteorier, der er konceptet iboende, benyttes til at forklare og forstå individers fysiske aktivitetsadfærd (Rosell et al.

2005), hvor motiver og attituder til fysisk aktivitet ”måles” og vurderes. Dette er en snæver anskuelsesmåde på menneskelig handling. Det medicinske paradigme reducerer, det der kunne være en kropslig og sanselig, livgivende og helende aktivitet til en rationel bevidst adfærd.

## Fysisk aktivitet i et medicinsk paradigme

”Motion på recept” indskriver fysisk aktivitet i det medicinske paradigmes vidensområde. Indskrivningen kan også ses som en samfundsmæssig medikaliseringstendens, som henviser til inddragelse af sociale og almenmenneskelige forhold, strukturer og livsfærer under medicinsk betydnings- og handlingskontrol (Gannik og Schmidt 1990). I forhold til ”motion på recept” betyder medikalisering derfor bredt set, at fysisk aktivitet, som kunne være en livsverden nær begivenhed og en hverdagslivsaktivitet, indskrives i den biomedicinske måde at tænke og handle på. Man kan også sige det anderledes ved at pointere, at den fysiske aktivitet, der kunne være idræt, og dermed udfoldet som et mål i sig selv, forandres til et middel der fremmer et overordnet sundhedsmål. Medikaliseringen foregår på tre forskellige men betydende niveauer eller hovedområder. Det er det diskursive niveau, det behandlingsmæssige niveau og det institutionelle eller organiseringsniveauet (Conrad og Schneider 1980):

**Figur 1.**



## Det diskursive niveau

Det diskursive niveau henviser til *begrebsliggørelsen* af fysisk aktivitet som medicin. Den medicinske terminologi og sprogbrug får betydning for, hvorledes vi tænker og forstår bevægelsesaktiviteter. Når fysisk aktivitet beskrives som et lægemiddel, der gives på recept, leder det eksempelvis tanker hen mod motion som et *middel*, der fremmer et overordnet *mål*, og motion anskues derved som *en genstand* (og ikke en tilstand eller en aktivitet), der kan indtages i afpassede mængder over en kortere eller længere tidsperiode. Men for at behandlingen med motion skal have noget betydning i det enkelte menneskes livshorizont, stopper behandlingen ikke ved endt motionsforløb på hospitalet eller hos fysioterapeuten. Motion kan derfor ikke direkte sammenlignes med et medikament, og motion kan ikke ligestilles med et regulært pilleforbrug. Piller tages hjemme uden de større forandringer i livet, så let er det ikke med ”motionsindtagelsen”.

Et andet og kritisk aspekt ved begrebsliggørelsen af ”motion på recept” i den medicinske terminologi er den iboende sygeliggørelse af motion. Når motion bliver til ’noget’, som lægen udskriver i håndkøb, flyttes fokus *fra* motion og fysisk aktivitet som en frivillig og individuel begivenhed, eventuelt initieret af lystdimensioner, *til* motion og fysisk aktivitet som en pligtmæssig behandlingsordning initieret af samfundets folkesundhedsteoretiske interesse. Denne begrebslige bevægelse placerer motion i et anderledes landskab, så at sige. Et landskab der selvom, det er skabt af interessen for folkets sundhed, *taler om* motion som et sygdomsbekæmpende fænomen. Denne begrebslige bevægelse vil få betydning for befolkningens måder at handle og tænke motion på. Hvis motion tænkes som et behandlingsmiddel, hvorledes vil vi således tænke på oldboys fodbold søndag formiddag? Måske - som en uskøn og behandlingskrævende aktivitet, der ikke kan ’betale sig’, da oldboys fodbold næppe kan karakteriseres som ’sundt’?

## Organiseringsniveauet

Fysisk aktivitet flytter ind i et behandlingsregi og underlægges eller indskrives i behandlingsregimer. Dette medfører en ekspertorientering, som betyder, at ’viden om fysisk aktivitet’ findes hos uddannede eksperter, så som fx fysioterapeuter, cand.scient.er og hos medicinere. Dette skaber en fare for *klientgørelse* og en *ekspertafhængighed*. I behandlingsregimet får ekspertviden forrang, da *evident viden*, den såkaldte videnskabelige viden, etablerer guidelines for hvorledes ”motion på recept” skal ordineres og koordineres.

Professor Bente Klarlund Pedersen (2004:78) skriver, hvad angår forebyggelse, skal kampagner og råd til befolkningen hvile på et lige så sikkert *evidensbaseret grundlag*, som højteknologisk medicinsk behandling. Evidensen skal formidles, evidensen skal overbevise, og evidensen skal endvidere implementeres i dagligdagen. Hun siger direkte: ”Når evidensen for ændringen af klinisk praksis er slået fast, er det sundhedsvæsenets opgave at sikre implementeringen (2004:79)”. Dette syn på evidensbaseret praksis i sundhedsvæsenet indeholder og imødegår ikke et patientperspektiv. En nyere skrivelse af ”Patientens møde med sundhedsvæsenet” (2003) der indgår som et indsatsområde i Den Nationale

Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, fremhæver, at en effektiv kommunikation mellem patienten og sundhedspersonalet forudsætter, at sundhedspersonalet har sat sig ind i og accepterer patientens tanker, følelser, værdier og holdninger (2003:8). Skrivelsen fremhæver yderligere, at der er opstået et behov for nye supplerende metoder til vurdering af behandlingsresultater og helbredstilstand, som, frem for alene at basere vurderingen af behandlingens effektivitet på objektive biomedicinske mål, inddrager patienternes egen opfattelse af deres generelle trivsel. Disse tanker om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet stemmer fint overens med beskrivelser af individet i det senmoderne samfund (Beck 1997 og Giddens 1996), hvor individet fremstår som reflektivt og selvorienteret.

Evidensbaseret sundhedsvæsen er en nyere tendens, som primært stammer fra Nordamerika. Her udviklede Sackett et al. allerede i 1980'erne ideen om, at den medicinske praksis i højere grad skulle baseres på videnskabelig evidens end på praksis tilfældigheder, tradition og vane. Ordet *evidens* stammer fra latin, hvor det står for klarhed, tydelighed og vished (Bydam 2003). Evidensbaseret sundhedsvæsen inkluderer både evidensbaseret medicin, evidens baseret praksis og evidensbaseret sygepleje. Evidensbaseret medicin defineres som:

Samvittighedsfuld, eksplicit, velovervejet anvendelse af den bedste foreliggende evidens i beslutningstagning omkring behandlingen af individuelle patienter. At praktisere evidensbaseret medicin er at integrere individuel klinisk ekspertise med den bedste tilgængelige eksterne evidens fra systematisk forskning (Sackett et al. 1996).

Sackett et al (2000), som er en af hovedkræfterne bag nyere evidensbaseret medicin, inkluderer altså patientperspektivet, om end flere kritiske perspektiver påpeger at patientperspektivet mister fodfæstet, når guidelines og referencesystemer i behandlingssystemet skal integrere forskningsbaseret viden. Kritikken til evidensbaseret sundhedsvæsen påpeger, at tendensen mod vidensimplementering leder praktikerne mod at blive ekspertorienteret, og kritikken fastholder, at udviklingen fjerner behandling og lægmands brugerindflydelse, fordi fokus i den kliniske behandling flyttes *fra* dialogen og omsorgen med patient og pårørende *mod* vidensfeltet og den internationale/globale/universelle teknologiuudvikling (Mitchell 1999; Gregson et al. 2002; Walker 2003).

Regeringsmentalitetelitteraturen undersøger de former for praksis, hvorigennem forskellige sociale, offentlige og politiske organer og autoriteter forsøger at styre individers og befolkningers handlinger ud fra etiske idealer, politiske resultater, økonomisk nødvendighed og sociale mål (Dean 1999). Bevægelsen mod evidensbaseret idrætsmedicin, kan med den skitserede analytiske vinkel anskues som en 'managerialism': En national strategisk manøvre eller et reguleringsregime, som funderes på epidemiologisk viden og epistemologisk perspektiv, der tager udgangspunkt i populationer og statistik. Som Castel (1991) siger det, foregår eller forflyttes styringen af enkelt individet (her patienten) hen mod gruppen og standarden. Den epidemiologiske klinik sejrer metodisk over den 'ansigt-til-ansigt' baserede kliniske praksis. For selvom det randomiserede kliniske forsøg har herredømmet og ses som den metodiske 'guldstandard' (Sackett et al. 1996), er det den epide-

miologiske viden med fokus på genrealiserbarhed, kvantitet, objektivitet, og årsagskompleks, som danner grundlag for vidensdannelsen og vidensanvendelsen i evidensbaseret forskning. Epidemiologisk risikorationalitet omhandler vurderinger af sygdom og dødelighed i befolkningsgrupper (Dean 1999), og epidemiologisk viden vægtes højt i evalueringskriteriernes hierarkiske system for evidens. Det epidemiologiske paradigme er således baggrundstæppe for den erkendelse som finder sted. Det epidemiologiske forskningsredskab kan afmagtliggøre vejledningen i den kliniske praksis. Den evidensbaserede viden bygger implicit på ideen om at bruge populationsbaseret viden som foreskrivende vejledning på individniveau, uden at dette 'spring' eller denne 'sprække' problematiseres, endsi-ge diskuteres.

Det er derfor vigtigt, at fastholde, at også evidensbaseret idrætsmedicin mindstens dels må integrere tre aspekter som er:

1. Forskningsmæssig viden
2. Klinikerens ekspertise
3. Patientens værdier

Derud over integreres det økonomiske aspekt ofte som det fjerde aspekt i evidensbaseret medicin (Sackett et al. 2000). Hvad angår "motion på recept" argumenteres der for at få befolkningen til at være fysisk aktive, fordi det rent samfundsøkonomisk vil være en fordel, og fordi fedmeepidemien ellers vil ruinere velfærdsstaten. Men spørgsmålet er om pengene til "motion på recept" gives rigtigt ud, hvis frafaldsproblematikken og fastholdelsesproblemet viser, at konceptet måske ikke betaler sig på lang sigt. Vi må medtænke både korttidsperspektiver og langtidsperspektiver i overvejelsen af vejledninger til befolkningen. Det at inddrage patienternes perspektiver i form af følelser, tanker og værdier knyttet til motion og til forandring af livsstil, kan således vise sig at være økonomisk fordelagtigt, da patienternes egen måde at integrere fysisk aktivitet i hverdagslivet sandsynligvis vil være bæredygtig. Lad mig give nogle illustrative eksempler.

Målgrupperne for "motion på recept" er meget forskellige. Nogle interventioner henvender sig til overvægtige voksne, andre til børn og unge og nogle retter sig fx mod overvægtige gravide kvinder. Disse specifikke målgrupper har forskellige behov og kan ikke ses som en enslignende gruppe. Livsstil og habitus har også relevans for overvægtige. I projektet, som jeg har evalueret, fik de gravide overvægtige kvinder fx idræt som armbøjninger og englehop – hop som forsøger at nå himmelhøjde. Træningen var af og til struktureret som sædvanlig 'cirkeltræning' inspireret af dansk gymnastik. Men kvinderne gav udtryk for at de ikke havde lyst til englehop med gravide maver, og efter fødslen dalede lysten endnu mere. De efterspurgte motionstyper som de kunne udfolde med børn og familie. Aktiviteter som de selv kunne foretage sig hjemme, og som passede til deres daglige liv. Det er heller ikke alle befolkningsgrupper som nyder at cykle inden døre på en træningscykel, og det er ikke alle befolkningsgrupper som finder glæde ved fx styrketræning i maskiner som i fitnesscentre. Nogle målgrupper foretrækker fællesskabet i idrætsklubben, andre nyder at bevæge sig i skovens stille ro, og andre igen vil hellere svømme ved stranden, med familien. Det at organisere motion i et behandlingsregime kan

medføre en klientgørelse fordi lysten til fysisk aktivitet nedtones på bekostning af den medicinske sundheds- og sygdoms fiksering. Når patientens egen motivation ikke er drivkraften og når behandlingen med fysisk aktivitet orienterer sig mod medicinske parametre som maksimal iltoptagelse, blodsukkerniveau, kolesteroltal og insulinsensitivitet skabes der en afhængighed til eksperter.

## Behandlingsniveauet

Med hensyn til behandlingsniveauet tænkes der på de metodiske redskabers *paradoks* i behandlingsregimet (Vallgård 2004), spørgsmålet vedrørende motivering af ansvar for eget helbred og ansvarliggørelsesprocesserne i konceptet. ”Motion på recept” kan ligestilles med andre nyere folkesundhedsteoretiske initiativer hvor sundhedsvæsenet har ændret fokus fra sygelighed og sygdom mod sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse (Iversen et al. 2002). Den imperative morale i folkesundhedsinitiativerne er, at individet skal rustes til bedre at tage sig af eget helbred bl.a. ved hjælp af en optimering af viden og kunnen, og ved hjælp af redskaber, som træner borgerne i at se realistiske og hensigtsmæssige helbredsmål. Der er stor interesse for at give borgerne en øget handlemulighed, hvad angår sundhedsadfærd. En sådan interventionsstrategi åbner for analysen af folkesundhed som politik (Vallgård 2003). Folkesundheden ses som en bevægelse, der forvalter borgerens ’selvforhold’ (Åkerstrøm Andersen 2003). Den gode hensigt og det hjælpende sundhedsperspektiv er *tilbuddet* om livsstilsforandring, og den hjælpende hånd er viden, som formidler budskaber om sund og usund kost og redskaber, som opøver borgerne i at reflektere over egne sundhedsvaner. ”Den nye folkesundhed” betoner selvstyring frem for rammestyring. Mere præcist foregår styringen af sundhedsadfæren hos borgerne gennem ansvarliggørelsesprocesser, hvor borgerne skal illustrere deres personlige forhold til fx motion og kostvaner. ”Motion på recept” som forebyggelsesinitiativ rækker derfor ud over vidensformidlingsniveauet, da arbejdet med borgernes selvforhold ikke kun omhandler viden om kost og motion. Projekter som ”motion på recept” forholder sig også til borgernes selvverd og selvtillid. Vallgård (2003) skriver, at forebyggelsesbestræbelserne kan være modsatrettede og rumme dobbelte budskaber, fordi samtaler og interventionshandlinger handler om at motivere patienterne til at handle som myndighederne mener, er bedst for dem. Behandlingsteknologierne siger at fokus er på ’ikke-styring’ – fordi borgerne gøres bevidste om u hensigtsmæssige livsstile, og fordi målet for interventionerne er en forbedring af borgernes helbred. ”Motion på recept” kan beskrives som en styreform, der tager udgangspunkt i deltagernes autonomi med henblik på at få dem til selv at vælge ’det rigtige for dem’. Forebyggelsesinitiativet indeholder derfor en dobbelthed: teknikken er ’selvstyring’ og ’ansvarliggørelse af eget helbred’, men målet er fastsat af myndighederne på forhånd. Hvis der således ikke arbejdes meget aktivt med at få patienter involveret, og hvis man ikke aktivt gør noget for at give indflydelse til patienterne, skabes der en afhængighed til eksperterne. Megen forskning i Amerika har allerede vist, at ekspertafhængighed ofte er resultatet. Amerikanske forskere<sup>3</sup> arbejder seriøst med at udvikle computere, der telefonisk informerer inaktive borgere om, hvornår og hvordan de skal motioneres, da

det viser sig at såkaldte 'inaktive' borgere ikke fastholder deres fysiske aktivitetsniveau efter ganske kort tid efter endt behandling med "motion på recept". Disse fremtidsscenerier er ikke holdbare i en nordisk kontekst, hvor den frivillige idræt har en hundrede år lang tradition for kropskultur.

## Empiriske eksempler fra evalueringsprojekt 'Sunde familier'

Det er derfor vigtigt at forebyggelsesinitiativer ikke *tager ansvar* fra borgere, men *skaber ansvar*. Der skal tænkes på tværfagligt, og der skal tænkes nyskabende, således at "motion på recept" ikke skaber afhængighed til eksperter. Det er tvingende nødvendigt at livsstilsforandringer tænkes bredt. Forandringer mht. fx motion må ikke kun tænkes i en medicinsk forståelsesramme. Det medicinske regime er kun et blandt mange perspektiver på motion.

Henning Eichberg (1988) udviklede i 1980'erne en trekantsmodel til analyse af kropskultur i samfundet. Han var inspireret af den tyske Klaus Heinemans idrætsmodel. Eichbergs trekantsmodel indeholder kropskultur, hvor præstation er i centrum (konkurrencesport), kropskultur hvor sundhedspædagogiske aspekter vægtes (en funktionalistisk eller medicinsk bevægelseskultur) og kropserfaringsmodellen hvor det kreative, meditative eller innovative er i fokus. Disse tre former for kropskulturmodeller fortæller noget om motiverne for bevægelse. Mange andre idrætssociologiske modeller og teorier begrebsliggør forholdet mellem krop, kultur og samfund. De engelske sociologer Norbert Elias og Eric Dunning (1986) siger, at spænding og følelser er drivkraften bag idrætslig fritidsliv i det moderne. Jeg tror, at den eksisterende viden, der findes indenfor det idrætssociologiske og idræthistoriske område, er brugbar hvis vi skal motivere bredt til fysisk aktivitet. De videnserkendelser, som er skabt i forhold til den frivillige idræt og i sporten, kan vise vejen for en dybere forståelse for kropslig og sanselig bevægelsesaktivitet. Den fænomenologiske tilgang, der vægter kropslighedens betydning for identitet og selvforståelse, kunne meget vel være et tredje bud på løsninger til fastholdelsesproblemer og manglende 'compliance' i behandlingen med motion.

"Motion på recept" som behandling rækker ikke til i en livsstilsforandring. Behandlingen stopper ikke ved endt motionsforløb på hospitalet eller hos fysioterapeuten. At inddrage motion som del af et levet hverdagsliv er for mange mennesker en stor forandring og ikke let (som at indtage en pille). Det er derfor nødvendigt fra begyndelsen af at tænke "motion på recept" også som et ikke-medicinsk tiltag.

Et af resultaterne i evalueringen af projekt 'Sunde familier' fra Storstrøms Amt var, at målgruppen af gravide kvinder med BMI over 30, havde svært ved at integrere nye livsstilsvaner. Kvinderne fremhævede, at det var lettere at forandre kosten, fordi kosten er noget der skal vælges *fra*, end det var at forandre motionsvanerne, fordi motionen skal vælges *til*. Målgruppen havde sjældent gode erfaringer med idræt fra barndom og opvækst. Idræt har ofte ikke været en del af opvæksten, og når den ikke har det, er det svært at forandre synet på motion og motivationen for motion. De aspekter i interventionen som fremhævede at fysisk aktivitet også handlede om måden at transportere sig på,



om fritidsliv som gåture og cykling, og som betonedede at leg med børn i haven også var fysisk aktivitet bekom deltagerne fint. De ville gerne have flere gode råd om, hvordan de i samværet med familien kunne omstrukturere hverdagslivet.

Evalueringen viser, at forandringen af livsstil med sundere kost og med mere motion er tiltag, som kræver tid og ressourcer (både økonomisk, psykologisk og socialt). Det at udvikle handlekompetence, som her defineres som muligheden for at træffe valg i sundhedsmæssig henseende både i forhold til sig selv og i forhold til andre, er en langsommelig proces, da livsstilen ofte grundlægges i barndommen. Evalueringen viser, at handlekompetence i højere grad, i det specifikke projekt, blev udviklet i forhold til kostområdet end i forhold til motion, måske bl.a. fordi motionen ikke blev integreret godt nok i hverdagen. Motion opleves af kvinderne med et BMI over 30 som ressourcekrævende og tidsrøvende og som psykologisk belastende, fordi målgruppen, der har familier med små børn, oplever at tiden til motion tages fra samværet med familien, og fra tiden med børnene. Kvinderne fremhæver at tid til motion i hverdagen er et for dem næsten egoistisk initiativ, som vil foregå på bekostning af børnene. Og dette aspekt er vigtigt at bemærke i en livsstilsforandringssituation. Det er derfor vigtigt at lytte til kvindernes oplevelse af ”motion på recept”. Hvis deltageres oplevelser ikke tages alvorligt, og hvis man ikke involverer sig med deltageres ønsker, tror jeg at interventionerne vil være overflødige – på lang sigt. Alle de aspekter, som skaber ambivalens i deltagerne overfor motion, skal inddrages, når omlægning og omstrukturering af livsstilen skal iværksættes. Interventioner kunne derfor skabe medindflydelse og være åbne overfor at diskutere, hvorledes den specifikke målgruppe kunne tænke sig at integrere motionsdelen i hverdagslivet. De gravide kvinder kan ikke på lang sigt fastholde traditionel gymnastik i en idrætshal. Samtaler og aktiviteter, der involverede hele familien i fysisk aktivitet, således at tiden til motion ikke tages fra samværet med børn og mænd, ville være en mulighed. Medindflydelse og dialog med målgruppen er derfor givtigt. Men der var i konceptet ikke sat tid af til at udvikle kreative ideer. ”Motion på recept” konceptet var udtænkt af eksperter på forhånd, og alle aktiviteter var fastlagt og nedskrevet i en manual for behandlingsforløbet.

Det er vigtigt at fastholde at manglende motion ikke handler om menneskers dovenskab. Dovenskab er ikke begrebet der betegner inaktive menneskers liv (Rosell et al 2005:7; Klarlund Pedersen 2004:78).

Motion kan for nogle være forbundet med dyb ulyst, ubehag, og dårlige oplevelser. Det at få pulsen op og at svede er ikke positive erfaringer for alle. Selvom motion skal initieres af nødvendighed, fordi kroppen helbredsmæssige omstændighed fordrer det, må der tages højde for de individuelle aspekter. Der kan arbejdes med at genfinde den menneskelige bevægelsesglæde, som vi alle er født med. Det er ligeledes vigtigt at fastholde at livsstil – måden individet lever på, står i relation til de betingelser og levekår, som individet lever i. Livsstil og levekår kan ikke løsrives, de må til stadighed tænkes i en sammenhæng, og det er en politisk opgave at ajourføre forebyggelsesinitiativerne, således at dynamikken mellem de socioøkonomiske dimensioner og psykologiske dimensioner fastholdes. Der er således ikke udelukkende et individuelt problem, at bevæge sig i vores samfund.

## Fremtidsscenarium

Spørgsmålet om den manglende bevægelsesaktivitet hos befolkningen er også et spørgsmål om sociale strukturer og institutionelle sammenhænge og organiseringen af hverdagsliv bredt set. Det glemmes ofte i en tid, hvor forebyggelse betoner ansvar for eget helbred og det individuelle aspekt. Der er sket store samfundsmæssige forandringer i de sidste 20 til 30 år. Flere sociologer siger, at vi har bevæget os fra knaphedens tyranni til overflods-samfundet, hvor det at sætte grænser for forbrug, også i forholdet til kroppen har altovervejende betydning (Featherstone et al. 1990). Fedmeepidemien og befolkningens inaktive tendenser kan derfor også anskues som et samfundsmæssigt problem. Et politisk problem vi grundlæggende kan gøre noget ved rent institutionelt og strukturelt, her tænkes på skoleuddannelse og arbejdsmarkedet, men også transport og udformningen af boligområder. Forandring af befolkningens motionsvaner kan skabes på et samfundsmæssigt niveau, der eksplicit tager hensyn til de sociale forandringer, der er sket over tid. Problemet individualiseres, sådan som landet ligger lige nu. At tænke sig ansvarliggørelsesteknologier på et makropolitisk niveau ville være nyskabende og ikke ødelægge individerne med skyld og skam: hvorledes kan der stimuleres til bevægelsesaktivitet i skolen, på arbejdspladsen, i transportsystemet, i boligområderne og i fritidslivet? Hvorledes kan vi organisere idrætslivet, således at idrætten ikke marginaliserer visse befolkningsgrupper, og således at konkurrenceaspektet ikke er for styrende på børn og unges aktive idrætsliv? Et nærliggende spørgsmål er nemlig, om sportificeringen af idrætslivet i Norden er skyld i udviklingen? Er idrættens udvikling den omfattende konkurrenceudvikling for børn og unge en betydende årsag til inaktivitet? Der er sket store forandringer af idrætslivet i de sidste 20 til 30 år. Hvis du som barn eller ung ikke vil konkurrere eller ikke kan konkurrere på de fastlagte præmisser, så er der dårlige vilkår for den fysiske aktivitet. Den frivillige idræt er ikke så rummelig, som den var engang. Hvis en dansk pige på ca. 10 år fx ikke vil spille håndbold mere end 1 gang om ugen, fordi hun også vil danse 1 gang om ugen, så er det svært at finde en klub der vil acceptere dette. Børnene skal vælge, hvilken idræt de vil specialisere sig indenfor, fordi konkurrencen lægger rammerne for holdopdelingen. Et moderne hverdagsliv for mange børn indeholder både et liv hos mor, og et liv hos far, og dette er svært at kombinere med idræt flere gange om ugen, på højt niveau. Det resulterer i at mange unge dropper ud af idrætten i en tidlig alder. Her ligger en stor udfordring for den frivillige idræt. Ellers kommer der kommerialisering af kropskulturen, og gøres til en monofaglig kultur, hvor adfærdsmæssige planlagte *motiver* for idræt og kropskulturel aktivitet alene er i højsædet, og hvor spørgsmålet om idrætslig bevægelseslyst reduceres til spørgsmålet om såkaldte 'sunde værdier'. Idrætten må tage udfordringen op inden det medicinske paradigme bliver et herskende domæne, som udgrænser al anden bevægelsesfaglig argumentation.

## Noter

- 1 I artiklen vil jeg ikke gå dybere ind i de sociologiske definitioner af henholdsvis fysisk aktivitet, motion, idræt og sport. Det skal dog bemærkes, at der er forskellige kropskulturelle værdier knyttet til de forskellige bevægelsesformer.
- 2 Evaluering af projekt "Sunde familier", 2004, ligger som pdf-fil på [www.UCSF.dk](http://www.UCSF.dk)
- 3 Oplysning fra et forskningsseminar om 'fysisk aktivitet' afholdt på Rigshospitalet i 2004.

## Litteratur

- Beck, U. (1997). Risiko Samfundet. På vej mod en ny modernitet. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag.
- Bydam, J. (2003). Evidensbaseret praksis – en grundbog for sundhedspersonale. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Castel, R. (1991). From Dangerrousness to Risk. In: The Foucault Effect. Studies in Governmentality. With Two Lectures by and an Interview with Michel Foucault. Burchell, G.; Gordon, C.; and Miller, P. (1991). Chicago: The University of Chicago Press.
- Conrad, P.; Schneider, J.W. (1980). „Looking at levels of medicalization: A comment on strong's critique of the thesis of medical imperialism. Social Science and Medicine.
- Dean, M. (1999). Governmentality. Power and rule in Modern Society. Sage Publications. London.
- Eichberg, H. (1988). Det løbende samfund. Forlaget Bavnebanke. Slagelse.
- Elias, N.; Dunning, E. (1986). *Quest for Excitement. Sport and Leisure in the Civilizing Process*. Basil Blackwell. Oxford.
- Featherstone, M.; Hepworth, M.; Turner, B.S. (1990). The Body. Social Process and Cultural Theory. Sage Publications. London.
- Gannik, D.; Schmidt, D. „Sygdom – fra et lægevidenskabeligt til et samfundsmæssigt anliggende“, i Sociologi under forandring. Red. Af Gundelach, P.; Mortensen, N.; Tonboe, J.Chr. Gyldendal. København.
- Giddens, A. (1996). Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under sen-moderniteten. Hans Reitzels Forlag. København.
- Gregson, P.R.W.; Meal, A.G.; Avis, M. (2002). “Meta-analysis: the glass eye of evidence-based practice?” *Nursing Inquiry* 9(1): 24-30.
- Iversen, L., Søndergård Kristensen, T., Holstein, B.E. & Due, P., red. (2002) Medicinsk sociologi: samfund, sundhed og sygdom. 1. udg. Munksgaard Danmark, København.
- Järvinen, M.; Larsen, J.E.; Mortensen, N. (2002). Det magtfulde møde mellem system og klient. Aarhus Universitetsforlag. Aarhus.
- Klarlund Pedersen, B. (2004) Klinisk medicinsk viden i forebyggelsesarbejdet. I: Viden og evidens i forebyggelsen (Bruun, J.J., Hanak, M.L., & Koefoed, B.G., red.). Sundhedsstyrelsen, København, s. 70-80.

- Mitchell, G.J. (1999). "Evidence-based Practice: Critique and Alternative View". *Nursing Science Quarterly*. Vol 12 No. 1, January, 30-35.
- Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt: forslag til løsninger og perspektiver (2003). Sundhedsstyrelsen, København.
- Rose, N. (1999). *Powers of Freedom. Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2001). *Biopolitics in the Twenty First Century – Notes For a Research Agenda*. *Distinktion. Tidsskrift for Samfundsteori*. Nr. 3.
- Rosell, AC.; Raahauge Madsen, L.; Mortensen, EL.; Iversen, L. (2005). "Motion på recept. Et kvalitativt studie af ændringer i patientens adfærd og forestillinger om fysisk aktivitet". *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*. Januar. 83 årg.
- Sackett, D.; Rosenberg, WMC.; Muir Gray, JA.; Haynes, RB.; Richardson, WS. (1996). "Evidence based medicine: what it is and what it isn't". *BMJ*. 312: 71-72 (13 January).
- Sackett, D.L. Straus, S.E.; Richardson, W.S.; Rosenberg, W.; Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. Churchill Livingstone.London.
- Timm, H. (1997) At have en krop og at være en krop. *GRUS*, årg. 18, nr. 52, s. 24-36.
- Vallgård, S. (2003) *Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Aarhus Universitetsforlag, Århus.
- Walker, K. (2003). "Why evidence-based practice now?: a polemic". *Nursing Inquiry* 10(3): 145-155.
- Willemann, M. (2004) *Motion på recept: en litteraturgennemgang med fokus på effekter og organisering*. Sundhedsstyrelsen, København.
- Åkerstrøm Andersen, N. (2003) *Borgerens kontraktliggørelse*. Hans Reitzel, København.