

Kommunale indsatser med gåture i fællesskab

En national kortlægningsundersøgelse

Hannah Ahrensberg
Laura Maria Lundegaard Fahlström
Stephanie Cruz Riis
Christina Bjørk Petersen

Kommunale indsatser med gåture i fællesskab

En national kortlægningsundersøgelse

Hannah Ahrensberg
Laura Maria Lundegaard Fahlström
Stephanie Cruz Riis
Christina Bjørk Petersen

Intern reviewer: Teresa Holmberg

Copyright © 2023
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: 978-87-7899-596-4

Statens Institut for Folkesundhed
Studivstræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Finansieret af
Hjerteforeningen
Vognmagergade 7
1120 København
<https://hjerteforeningen.dk/>

Rapporten kan downloades fra:
www.sdu/sif

Forord

Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet har i samarbejde med Hjerteforeningen udarbejdet denne rapport, som er en kortlægningsundersøgelse af kommunale indsatser med gå-aktiviteter målrettet voksne danskere. Rapporten er støttet af TrygFonden. Formålet med kortlægningen er at få et overblik over omfang, udvalgte karakteristika af indsatserne (formål, organisering, finansiering, målgruppe, deltagerantal) samt fremmende og hæmmende implementerings- og brobygningsfaktorer. Kortlægningen er den første undersøgelse, som skaber et sådant overblik nationalt.

Undersøgelsen tager afsæt i Hjerteforeningens projekt GÅ MED, som er et initiativ, der har til formål at få flere danskere ud at gå i fællesskab med andre. Kortlægningsundersøgelsen er et vigtigt fundament i det videre arbejde med implementering af gå-indsatser i danske kommuner. Kortlægningen er baseret på spørgeskemabesvarelser fra 68 ud af de 98 inviterede kommuner samt otte interviews med repræsentanter fra udvalgte kommuner. Desuden er der inddraget information fra forskellige vidensopsamlinger og videnskabelige studier med et særligt fokus på implementering og forankring af indsatser med fysisk aktivitet. Dataindsamlingen forløb fra december 2022 til og med januar 2023.

På baggrund af kortlægningsundersøgelsen kan det konkluderes, at 97 % af de deltagende kommuner har indsatser med gå-aktiviteter som en del af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Til trods for at gå-indsatser er implementeret i stort set alle kommuner, så viser denne kortlægning, at der er stor variation i indsatserne. For eksempel peger kortlægningen på, at flere kommuner arbejder på tværs af kommunale forvaltninger eller med eksterne samarbejdspartnere og frivillige foreninger.

En stor tak til de deltagende kommuner for at have bidraget med viden til denne rapport. Rapporten henvender sig til fagprofessionelle, som arbejder med implementering af gå-aktiviteter som en del af en målrettet sundhedsindsats til voksne. Vi håber, at resultaterne vil inspirere kommuner, lokale foreninger og andre aktører til at udvikle arbejdet med gå-indsatser.

Morten Hulvej Rod
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet

Indhold

Sammenfatning	5
Baggrund og formål	7
Begrebsafklaring	9
Datagrundlag og metode	10
Resultater	12
Omfang af kommunale gå-indsatser	12
Organisering, samarbejde og finansiering.....	13
Målgruppe, indhold og antal deltagere	16
Faktorer i implementering og brobygning af kommunale gå-indsatser	20
Diskussion	25
Konklusion	28
Case-beskrivelser	29
Referencer	34
Bilag 1 – Spørgeskema	37
Bilag 2 – Interviewguide	40

Sammenfatning

Denne rapport er en kortlægningsundersøgelse af kommunale indsatser med gå-aktiviteter målrettet voksne danskere (40 år eller derover). Formålet med kortlægningen er at få et nationalt overblik over omfanget af gå-indsatser samt udvalgte karakteristika af indsatserne (formål, organisering, samarbejdspartnere, finansiering, målgruppe, indhold og deltagerantal) samt fremmende og hæmmende faktorer for implementering og forankring. Resultaterne i rapporten bygger på data fra spørgeskemaesvarelsen fra 68 ud af de 98 inviterede kommuner samt otte uddybende interviews med repræsentanter fra otte udvalgte kommuner. Dataindsamlingen løb fra december 2022 til og med januar 2023.

Resultaterne viser, at flertallet (97 %) af de kommuner, som har besvaret spørgeskemaet, har gå-indsatser målrettet voksne. Indsatserne varierer i indhold, målgruppe, organisering, samarbejdspartnere og finansiering. Til trods for variation i de kommunale gå-indsatser ses der overordnede tendenser:

- Sundhedsforvaltningen har typisk ledelsesansvaret i gå-indsatserne (39 %).
- De eksterne samarbejdspartnere, fx idrætsorganisationer eller lokale foreninger, har flere roller, men rekrutterer i de fleste tilfælde enten deltagere (30 %) eller frivillige til indsatserne (23 %).
- Størstedelen af gå-indsatserne er finansieret ved driftsmidler (44 %).
- Gå-indsatserne henvender sig ofte bredt til borgerne, men også til specifikke målgrupper såsom inaktive, kronikere, ældre og psykisk sårbare.
- Varigheden og rutelængden afhænger af målgruppens behov, lyst og funktionsniveau. Gå-indsatserne er oftest af en times varighed (45 %), og deltagerne går typisk 2-3 km (28 %) i løbet af turen.
- Foruden gå-aktiviteter inkluderer indsatserne let forplejning i form af kaffe og te (21 %), naturoplevelser (15 %), træning (14 %) og kulturelle indslag (10 %).

Med udgangspunkt i de uddybende interviews og forskellige vidensopsamlinger har vi fundet frem til otte faktorer, som har betydning for implementeringen, forankringen og brobygningen af gå-indsatser. Dette er både organisatoriske faktorer og faktorer, der relaterer direkte til selve gå-indsatsen: 1) samarbejde og partnerskab med tydelige rollefordelinger, 2) ressourcer og opbakning fra ledelsen, 3) et socialt fællesskab, 4) fælles tovholder og koordinering, 5) udgangspunkt i civile initiativer og inddragelse af målgruppen i tilpasningen af aktiviteterne, 6) rekrutteringsstrategier, 7) fast struktur og genkendelighed, og 8) tilgængelighed, overblik over vejrforhold og faciliteter.

Gå-indsatser er således allerede en integreret del af den kommunale folkesundhedsindsats, men varierer i høj grad i deres organisering og samarbejdsformer. Der findes derfor ikke én model, som sikrer succes med henblik på implementering og brobygning. Fremadrettet er der derfor behov for

mere viden om, hvad der virker under hvilke omstændigheder, sådan at eksisterende og fremtidige gå-indsatser lykkes bedst muligt til gavn for foreningerne, kommunerne og borgerne.

Baggrund og formål

Det er veldokumenteret, at fysisk aktivitet forebygger for tidlig død samt en række sygdomme og tilstande, som er hyppigt forekommende i den danske befolkning [1]. Herunder hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, visse kræftformer, demens, slidgigt og knogleskørhed. Derudover forebygger fysisk aktivitet udvikling af angst og depression [2].

Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2021 viser imidlertid, at 58,1 % af de voksne danskere ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet [3]. Endvidere viser tallene, at omkring 19 % af mænd og kvinder primært har stillesiddende fritidsaktiviteter (fx læser eller ser fjernsyn). Dette peger på et behov for et styrket fokus på fysisk aktivitet, og der er brug for viden om, hvordan vi fremmer og fastholder flere voksne danskere til en fysisk aktiv livsstil – hele livet. Som følge af strukturreformen i 2007 er kommunerne forpligtet til at levere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne [4]. Fremme af fysisk aktivitet og bevægelse skal derfor indgå i kommunens opgaveløsning, men kan integreres på forskellig vis.

En stor undersøgelse fra Syddansk Universitet i 2020 kortlagde danskernes bevægelsesvaner og fandt her, at særligt gåture er populære. Omkring 90 % af borgerne i landets kommuner svarede, at de har gået en tur i deres fritid i løbet af det seneste år [5]. Gåture og vandring i naturen er således en integreret del af bevægelsesmønstret i Danmark. Undersøgelsen viste også, at gåture for de fleste er en social aktivitet, som de gør i fællesskab med andre. Baseret på denne og anden viden er gåture en velegnet indsats til at fremme fysisk aktivitet, som kan appellere på tværs af køn, alder og sociale grupper, og særligt blandt de personer, som er mest stillesiddende og har nedsat funktionsniveau [6, 7]. Tilmed er gå-indsatser en omkostningseffektiv måde at øge fysisk aktivitet på for kommunerne [8].

Gåture har en række sundhedsmæssige fordele, som er væsentlige for den enkeltes fysiske og mentale helbred samt trivsel [7]. Flere systematiske reviews og metaanalyser har vist, at gåture har positive effekter på fysisk form og kondition [9], blodtryk [10], væggtab [11], depression [12] og forebyggelse af hjertekarsygdom [13]. Gåture handler også om at komme ud i naturen. Forskning viser, at ophold i grønne områder har en positiv effekt på den enkeltes sundhed, både fysisk, mentalt og socialt [14]. Aktiviteter i naturen fremmer forskellige kognitive funktioner, den enkeltes selvværd og tro på egne evner samt forebygger psykisk uro og psykiske lidelser [15]. De frie rammer i naturen opleves også som fremmende for det sociale fællesskab og erfaringsudvekslingen, heriblandt dannelsen af tillidsfulde relationer mellem mennesker [16]. Der er derfor sket en stigning i naturbaserede folkesundhedsindsatser, og flere af disse har vist positive resultater [17]. Nogle af de teorier, der ligger til grund for denne sammenhæng, er teorier om den rettede opmærksomhed [18] og stressreduktion [19], som blandt andet beskriver, hvordan naturen skaber en anden stimulering til gavn for øget fokus, koncentrationsevne, energi og performance. Når vi kommer udenfor og hører fuglesang og raslende blade samt mærker blæst og sollys, stimuleres vores hjerne og sanser til kreativitet. Dertil kommer, at studier peger på, at naturen kan virke afslappende [20]. Denne følelse af overskud og positive energi kan være med til at reducere stress.

På baggrund af ovenstående har Hjerteforeningen igangsat initiativet GÅ MED, hvor målet er at udvikle en stærk fællesskabsbaseret national indsats med implementering af gå-grupper i mindst 70 kommuner. I denne forbindelse er der brug for et nationalt overblik over kommunernes nuværende gå-indsatser til voksne som basis for det videre arbejde i GÅ MED. En tidligere kortlægningsundersøgelse har vist, at 90 % af kommunerne inddrager natur- og friluftaktiviteter i deres arbejde med borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse [21]. Størstedelen af disse indsatser har et fokus på at fremme fysisk aktivitet, men en betragtelig andel har også fokus på at øge mental sundhed og trivsel [21]. Således spænder tilbuddene bredt over de potentielle helbredsmæssige udfordringer, som aktiviteterne er adresseret mod. I flere kommunale forebyggelsesindsatser indgår gåture som element til for eksempel fremme af fysisk aktivitet og mental sundhed og rehabilitering [22]. Det reelle omfang af indsatser kendes dog ikke, og der mangler et overblik over, hvordan sådanne aktiviteter er organiseret, og hvilke organisatoriske og strukturelle rammer der kendetegner indsatserne. Endvidere mangler der viden om, hvad der hæmmer og fremmer implementering og forankring af gå-indsatser, herunder viden om samarbejde og brobygning mellem kommuner og civilsamfund.

Formålet med kortlægningen i denne rapport er således at skabe et overblik over omfanget og indholdet af eksisterende kommunale indsatser målrettet voksne (40+-årige), hvor gåture i fællesskab med andre indgår som en væsentlig komponent. Kortlægningen har også til formål at beskrive udvalgte karakteristika ved indsatserne såsom organisering, finansiering, målgruppe og deltagerantal. Desuden er formålet at generere viden og skabe opmærksomhed om, hvilke hæmmende og fremmende faktorer der kan have betydning for implementering og brobygning af kommunale gå-indsatser som en del af de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

Begrebsafklaring

Kommunale indsatser

Kortlægningen er afgrænset til kommunale indsatser, hvor kommunen har en aktiv rolle i enten implementeringen, faciliteringen, rekrutteringen eller finansieringen af indsatsen. Indsatserne skal have til formål at fremme sundhed og trivsel og inkluderer både den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme såvel som den patientrettede rehabilitering. Den borgerrettede forebyggelse har til formål at undgå, at sygdom opstår hos almene borgere, mens den patientrettede indsats skal medvirke til at hindre, at sygdom udvikler sig yderligere, eller at der opstår komplikationer i forbindelse med sygdom. Indsatserne skal være eksisterende indsatser og kan involvere aktører fra flere forskellige sektorer og faggrupper. Indsatser forankret i lokale og frivillige organisationer uden kommunens medvirken er som udgangspunkt ikke medtaget i undersøgelsen. Dette kan eksempelvis være initiativer varetaget af idrætsforeninger eller NGO'ere, som blot er geografisk placeret i kommunen, men som ikke har et samarbejde med kommunale aktører.

Gå-aktiviteter i fællesskab

Undersøgelsen har fokus på gå-aktiviteter, som foregår i fællesskab med andre (>2 personer). Der er således tale om organiserede gåture i kommunalt regi, hvor fællesskabet er et centralt element. Gå-aktiviteterne behøver ikke nødvendigvis være det primære i indsatsen, men kan være en integreret del af indsatsen, fx borgere går en tur og kigger på fugle i naturen sammen med andre. Indsatser, hvor gang udelukkende bruges som transport til indsatsen, er ikke inkluderet i kortlægningen. I rapporten omtales indsatser med gå-aktiviteter som gå-indsatser.

Implementering og forankring

Implementering er her defineret som en proces, som forløber fra beslutningen om at igangsætte en gå-indsats, til at den er integreret i praksis. Succesfulde indsatser kræver en vellykket implementering, således at den bliver sat i værk og virker efter hensigten for de personer, som indsatsen er målrettet [23]. Forankring kendetegner i stedet processen fra implementering og til, at indsatsen overgår til drift, hvor indsatsen er veletableret, og relevante aktører drifter indsatsen på egen hånd.

Brobygning

Brobygning af indsatser er her defineret som overgangen til fra et kommunalt indsatsforløb til civile tilbud i lokale foreninger eller fastholdelsen i en aktiv hverdag på egen hånd. En vellykket brobygning giver eksempelvis borgerne bedre kendskab til eksisterende tilbud i lokalområdet og motivation for at benytte sig af dem.

Målgruppe

Kortlægningen er afgrænset til at omhandle gå-indsatser målrettet voksne, der er 40 år eller derover. Indsatserne kan i nogle tilfælde dække en bredere aldersgruppe.

Datagrundlag og metode

Kortlægningen er baseret på spørgeskemaundersøgelser fra 68 ud af de 98 inviterede kommuner samt otte interviews med repræsentanter fra otte udvalgte kommuner. Dataindsamlingen forløb fra december 2022 til og med januar 2023. Desuden er der inddraget information fra forskellige vidensopsamlinger og videnskabelige studier, da de har et særligt fokus på implementering og forankring af indsatser med fysisk aktivitet.

Spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaet bestod af 15 spørgsmål, hvor der indledningsvis blev spurgt ind til omfanget af indsatser med gå-aktiviteter målrettet voksne i den kommunale borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremmeindsats samt i den patientrettede rehabiliteringsindsats. Dernæst fulgte uddybende spørgsmål for udvalgte indsatser (maksimalt fem) om involverede forvaltninger og samarbejdspartnere, samarbejdspartneres rolle, finansiering, målgruppe, indhold og formål, deltagerantal, mødefrekvens, varighed samt rutelængde (se bilag 1). Antallet af spørgsmål afhang således af antallet af de udvalgte gå-indsatser i kommunen.

Det elektroniske spørgeskema blev udarbejdet og opsat i SurveyXact, og distribueret via e-mail til alle landets kommuner. Spørgeskemaet blev sendt til både sundhedsledere samt til landets kommuners hovedadresse for at opnå en højere besvarelsesprocent. Vedhæftet mailen var der et følgebrev, der beskrev kortlægningens videnskabelige og praktiske sigte. Der blev ringet til de kommuner, som ikke havde svaret på spørgeskemaet inden tidsfristen. I alt besvarede 69 % af kommunerne spørgeskemaet (68 ud af 98 kommuner), 7 % var delvist besvaret, og 62 % var fuldt besvaret. Svarene var jævnt fordelt på tværs af landets regioner (se tabel 1).

Tabel 1: Antal svarkommuner fordelt på landets regioner.

Region	Antal	Procent
Hovedstaden	21 ud af 29 kommuner	72 %
Sjælland	12 ud af 17 kommuner	71 %
Syddanmark	14 ud af 22 kommuner	64 %
Midtjylland	14 ud af 19 kommuner	74 %
Nordjylland	7 ud af 11 kommuner	64 %
I alt	68 ud af 98 kommuner	69 %

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen er både baseret på delvise og fulde besvarelser. Afhængig af spørgsmålet er resultaterne enten opgjort på andel af de deltagende kommuner eller andel af de udvalgte gå-indsatser, som kommunerne har valgt at beskrive. Det har i flere tilfælde været muligt at angive flere svarmuligheder, hvorfor antallet af besvarelser overstiger det samlede antal kommunale besvarelser eller antallet af de udvalgte gå-indsatser. Til enkelte spørgsmål var der mulighed for at angive 'ved ikke'. Disse svar er medtaget i de analyser, hvor det er

meningsgivende i forhold til resultaterne. Ud fra spørgeskemabesvarelserne er det ikke altid muligt at vurdere, hvorfor der er svaret 'ved ikke'.

Uddybende interviews

Da de kommunale indsatser varierer meget i form og organisering, har der været brug for at få et uddybende indblik i kommunernes erfaringer med gå-aktiviteter målrettet voksne. Derfor blev der gennemført otte opfølgende, semistrukturerede interviews med otte udvalgte kommuner af 30-60 minutters varighed. Kommunerne blev udvalgt ud fra spørgeskemabesvarelserne på baggrund af projektgruppens vurdering af, hvilke kommuner som havde særlige erfaringer med indsatser med gå-aktiviteter. Informanterne er enten den kommunale koordinator for sundhedsindsatser eller projektlederen på den kommunale indsats, som har størst indsigt i den konkrete indsats. Interviewene tog som hovedregel udgangspunkt i én bestemt indsats, men kunne også dække flere afhængigt af informanternes erfaringer og viden.

Der blev udarbejdet en semistruktureret spørgeguide, som muliggjorde en systematisk indsamling af aktiviteter og tematikker på området (se bilag 2). Spørgeguiden blev udviklet på baggrund af en gennemgang af erfaringer fra tidligere kortlægningsundersøgelser og eksisterende litteratur på området [21, 24, 25]. I spørgsmålene var der fokus på organisering, finansiering, indhold, brobygning, eventuelle evalueringer samt informantens egen vurdering af indsatsens effekt. Afslutningsvis fulgte en række spørgsmål om betydningsfulde faktorer for at fremme implementeringen af gå-aktiviteter som en del af den kommunale folkesundhedsindsats. De otte interviews blev foretaget over Teams eller telefonisk, hvor de blev lydoptaget og efterfølgende analyseret tematisk og enkelte passager blev transskriberet.

Resultater

Resultaterne af kortlægningen er todelt, hvor den første del præsenterer de kvantitative opgørelser baseret på spørgeskemaskemabesvarelser. Her præsenteres omfang, organisering, samarbejdspartnere, finansiering, målgruppe, deltagerantal og rutelængde af de kommunale gå-indsatser. Opgørelserne er suppleret med citater fra de uddybende interviews for at understøtte resultaterne. I den anden del præsenteres mulige hæmmende og fremmende faktorer i implementeringen og brobygningen af kommunale gå-indsatser. De beskrevne faktorer er baseret på interviews samt forskellige vidensopsamlinger.

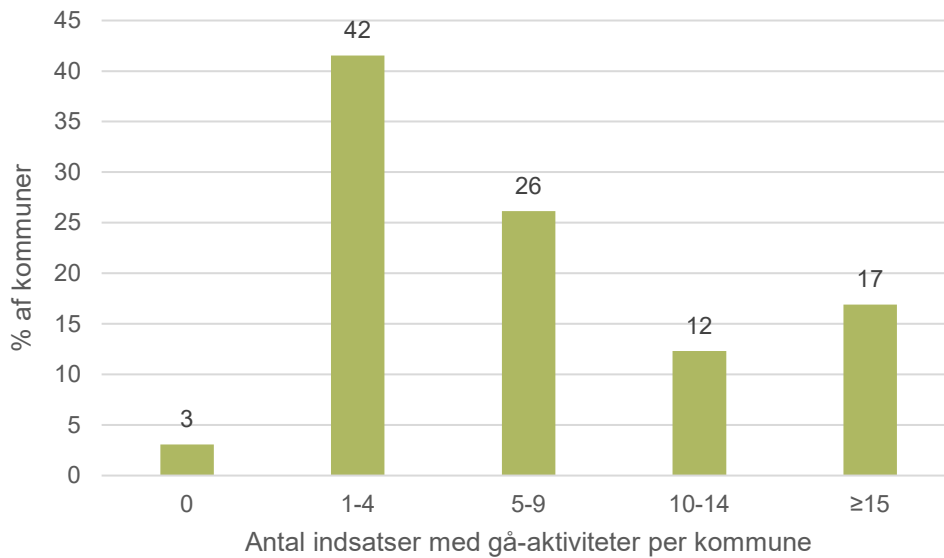
Omfang af kommunale gå-indsatser

Kortlægningen viser, at 97 % af de 68 deltagende kommuner har én eller flere eksisterende gå-indsatser målrettet voksne (se tabel 2).

Tabel 2: Andel af kommuner, som har eksisterende gå-indsatser målrettet voksne.

	Antal	Procent
Ja	66 kommuner	97 %
Nej	2 kommuner	3 %
I alt	68 kommuner	100 %

Figur 1 viser andel af kommuner fordelt på antallet af gå-indsatser. Størstedelen af de deltagende kommuner har 1-4 gå-indsatser målrettet voksne (42 %). Dernæst har 26 % af kommunerne 5-9 gå-indsatser, og 17 % har 15 eller flere gå-indsatser. Det skal dog bemærkes, at det i gennemgangen af besvarelserne er fundet, at flere af kommunerne har medtaget gå-indsatser, hvor kommunen ikke har en aktiv rolle i indsatsen, men som foretages og gennemføres af lokale og frivillige organisationer uden kommunens medvirken. Dette kan være grunden til, at flere kommuner angiver at have 15 gå-indsatser eller flere.

Figur 1: Andel af deltagende kommuner (n=68) opgjort på antallet af gå-indsatser. Procent.

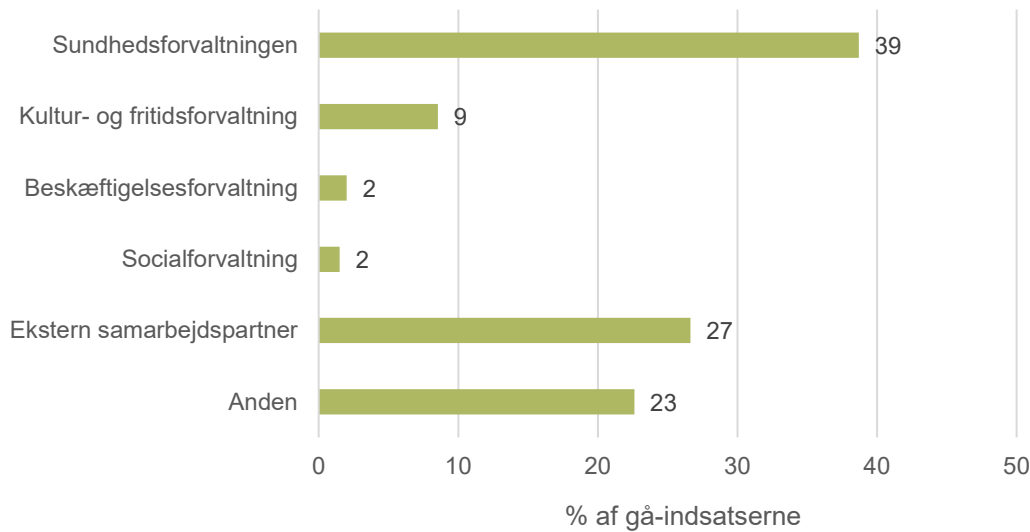
Organisering, samarbejde og finansiering

Flere kommuner samarbejder på tværs af kommunale forvaltninger eller med eksterne samarbejdspartnere og frivillige foreninger (se figur 2). Tværsektorielt samarbejde muliggør eksempelvis inddragelsen af flere forskellige fagligheder i gå-indsatsen, hvilket kan være til gavn for borgerne, for eksempel i patientrettede tilbud [26]. I et interview nævnes det blandt andet, at det er en fordel, at fysioterapeuter, sygeplejersker og ergoterapeuter inddrages i indsatsen, da de kender til patienternes fysiske formåen, hvilket er med til at gøre patienterne mere trygge:

"Den faglighed, vi har hernede ved at sige, at vi connecter vores sygeplejefaglighed, vores fysio- og ergoterapeut faglighed og vores naturformidlingsfaglighed. Det er dét, der gør den indsats så stærk, og effekten af den her indsats bliver også styrket på den måde [...] Det handler ikke bare om at gå. Der er rigtig mange videnskompetencer, som er vigtige at få med her, for at den her rehabiliteringsindsats bliver endnu bedre og bliver endnu mere mærkbar for den enkeltes liv".

Kommunernes gå-indsatser er oftest forankret i sundhedsforvaltningen (39 %), mens lidt under en tredjedel afvikles af eksterne samarbejdspartnere (27 %). En relativt set stor andel af kommunerne har valgt kategorien 'anden' (23 %), hvilket dækker over en blanding af allerede definerede svarkategorier eller en uddybning af eksterne samarbejdspartnere såsom frivillige foreninger, sundhedscentre eller idrætsorganisationer.

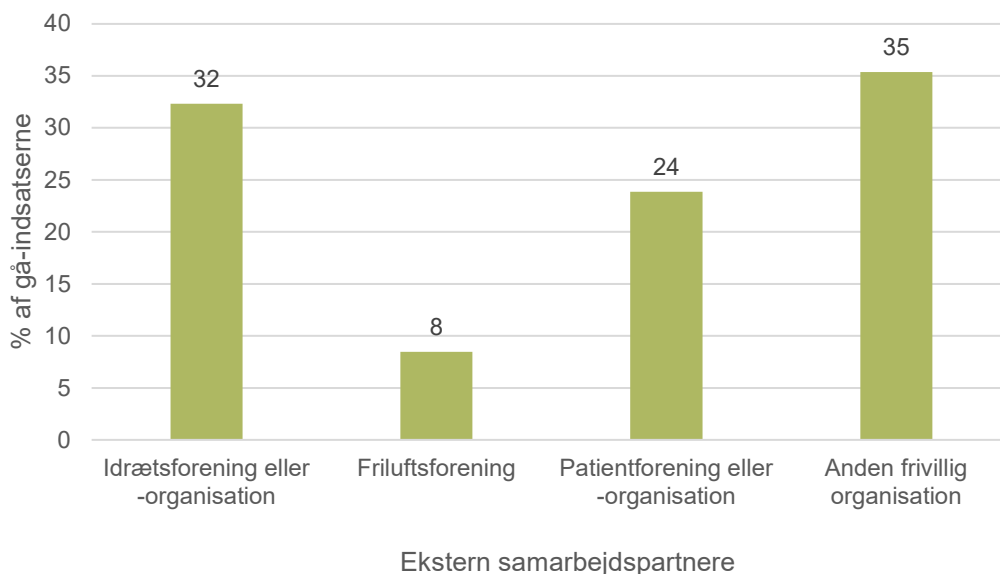
Figur 2: Andel af gå-indsatser opgjort på hvem, der har hoved-/ledelsesansvar. Procent.



Note: Kommunerne har haft mulighed for at sætte flere krydser.

Resultaterne viser, at 37 % ikke har inkluderet eksterne samarbejdspartnere i organiseringen af de kommunale gå-indsatser. Eksterne samarbejdspartnere dækker over forskellige partnere uden for den kommunale organisation. Figur 3 viser, at blandt deltagende kommuner med eksterne samarbejdspartnere, samarbejder 35 % med frivillige organisationer, 32 % med idrætsorganisationer og 24 % med patientforeninger. I besvarelserne nævnes DGI (Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger) og DIF (Danmarks Idrætsforbund) som eksempler på idrætsorganisationer, da de som et led i initiativet 'Bevæg dig for livet' har et kommunalt samarbejde for at nå deres mål om flere aktive voksne i 2025. Hjerteforeningen, Diabetesforeningen og Kræftens Bekæmpelse nævnes som eksempler på patientforeninger, mens lokale foreninger og aktivitetscentre er eksempler på frivillige organisationer.

Figur 3: Andel af gå-indsatser med eksterne samarbejdspartner opgjort på forskellige typer af eksterne samarbejdspartnere. Procent.



Note: Kommunerne har haft mulighed for at sætte flere krydser.

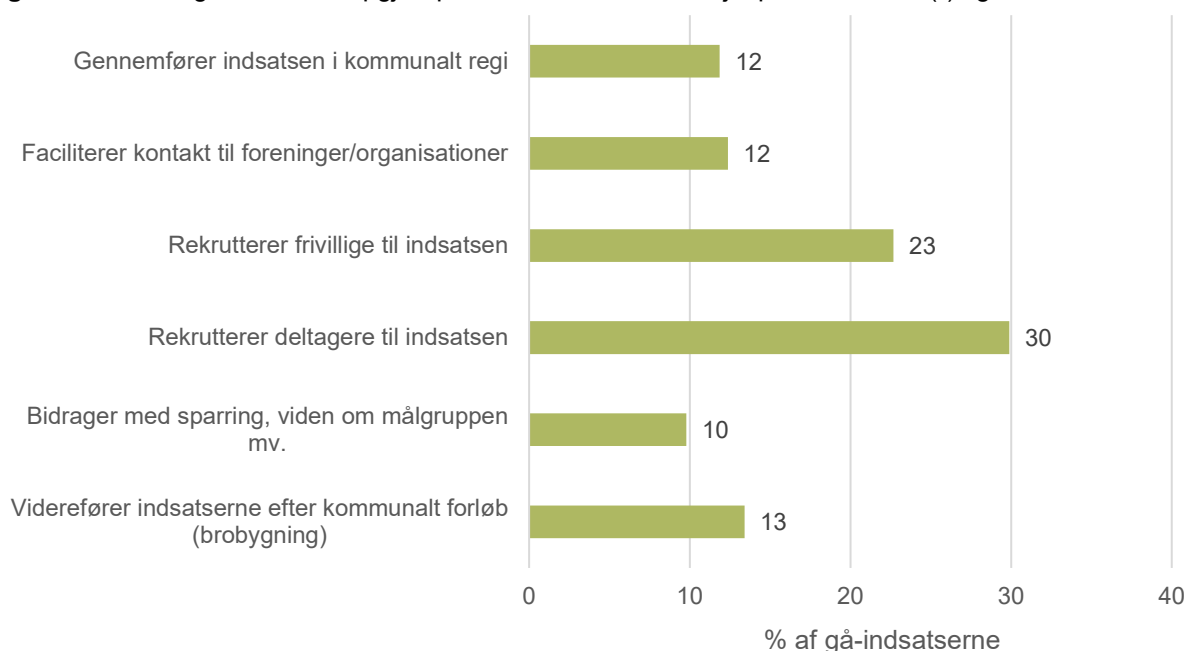
De eksterne partnere har flere roller og ansvarsområder i samarbejdet med de kommunale gå-indsatser. Størstedelen af dem står for at rekruttere deltagere (30 %) og frivillige (23 %) til indsatserne (se figur 4). Enkelte eksterne samarbejdspartnere viderefører også indsatserne efter kommunalt forløb (13 %), faciliterer kontakt til foreninger eller organisationer (12 %), gennemfører indsatsen i kommunalt regi (12 %) samt bidrager med sparring og viden (10 %). I et interview nævnes den klare rollefordeling mellem kommunen og den eksterne samarbejdspartner, hvor den eksterne samarbejdspartner bidrager med sparring og viden, mens kommunen blot bidrager finansielt og gennemfører indsatsen:

“Hvis instruktørerne har brug for én eller anden sparring omkring noget, så tager de også fat i DGI, for det er også dem, der er vores samarbejdspartner i det her, og som har den der viden omkring det. [...] Vi er typisk dem med pengene, og DGI kan være med til at udvikle foreningerne og være med til at pege på, hvad det er, de siger, de mangler.”

Endvidere nævner informanten, at det er det gode samarbejde med den eksterne samarbejdspartner, som har været skyld i, at de lokale gå-grupper er blevet videreført efter kommunalt forløb:

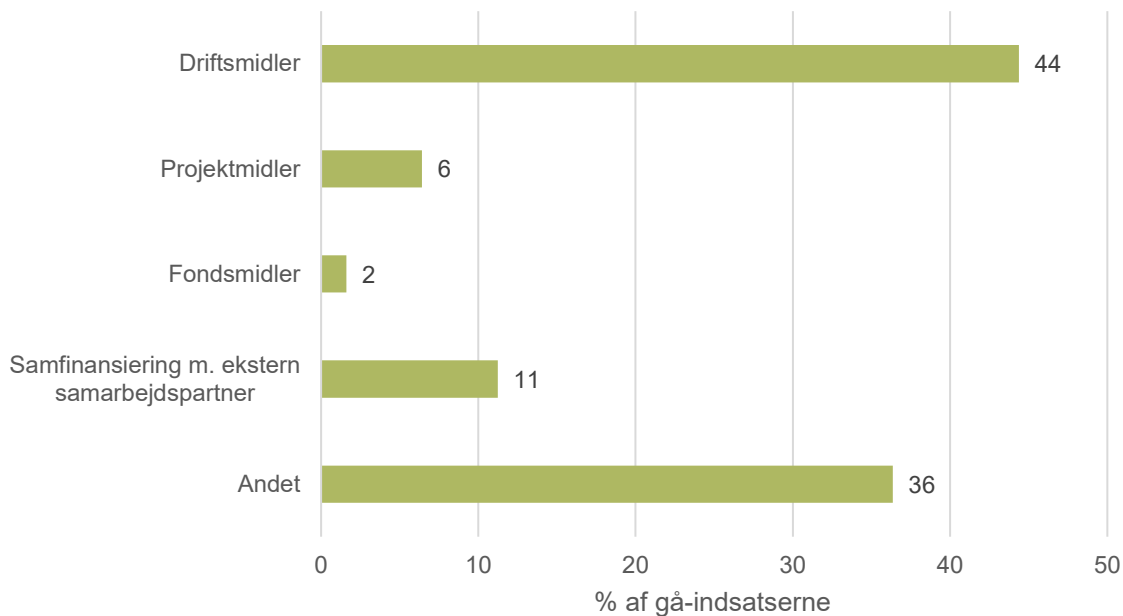
“Jeg tror, det skyldes meget den her konsulent [DGI], vi har haft. Der har været så meget hands on hele tiden, både på foreningerne, men også på målgruppen derude. [...] Så jeg synes egentlig, at samarbejdet rundt omkring har været rigtig fint. Så jeg tænker meget, at brobygning skyldes nok DGI-konsulenten – at det lykkedes så godt.”

Figur 4: Andel af gå-indsatser opgjort på de eksterne samarbejdspartneres rolle(r) i gå-indsatserne. Procent.



Note: Kommunerne har haft mulighed for at sætte flere krydser.

Størstedelen af gå-indsatserne er finansieret af driftsmidler (44 %), mens en mindre andel er finansieret af projektmidler (6 %), samfinansiering med ekstern samarbejdspartner (11 %) eller fondsmidler (2 %) (se figur 5). En stor andel af kommunerne har angivet, at indsatserne er finansieret på anden vis (36 %). Disse indsatser er blandt andet statsfinansieret gennem servicelovens §18 og §79-midler eller finansieret gennem kontingentbetaling eller er selvkørende og drevet på frivillighed.

Figur 5: Andel af gå-indsatser opgjort på finansiering af gå-indsatserne. Procent.

Note: Kommunerne har haft mulighed for at sætte flere krydser.

Målgruppe, indhold og antal deltagere

Målgruppe

De kommunale gå-indsatser henvender sig oftest bredt til borgerne i kommunerne, men kan også være henvendt til specifikke målgrupper, for eksempel i forbindelse med patientrettede indsatser. I spørgeskemabesvareelserne fremgår det, at målgrupperne blandt andet er inaktive, ensomme, ældre, kronikere, demensramte, overvægtige, enlige/fraskilte, borgere med kognitive udfordringer, psykiske lidelser eller med et psykosocialt handicap. Indsatserne kan også være målrettet borgere på overførselsindkomst, hvor de er en del af en beskæftigelsesindsats med fremme af fysisk aktivitet. I de uddybende interviews bliver det også fremhævet, at der i flere af gå-indsatserne tages hensyn til, at de fleste borgere kan være med uanset funktionsbegrænsninger:

”Alle er velkomne, og det er pointen, at det i virkeligheden bare er et initiativ med en lav barriere og meget lav tærskel. Der er ikke noget med præstation, og man skal ikke gå langt, og det behøver heller ikke være smukt, der hvor man går, så det er i virkeligheden bare et fællesskab, hvor alle kan være med. Så psykisk sårbare og handicappede kan jo også sagtens være en del af det.”

Indhold

Indsatserne varierer i indhold, og flere af indsatserne indeholder elementer foruden gå-aktiviteterne. Dette afhænger blandt andet af målgruppen og formålet med indsatsen. Omkring en femtedel af indsatserne involverer let forplejning med kaffe og te (21 %), enten som en indskudt pause eller efter gåturene (se figur 6). Kaffepausen anses i flere af de uddybende interviews som en væsentlig faktor i det sociale fællesskab:

“Der var blevet lagt meget fokus på – ved jeg i de her kurser – at den her afrunding med en kop kaffe, eller at man måske får rundstykker eller kage, eller hvad de lige kan være afhængigt af tidspunktet. Det har også været ret afgørende for netop at have det sociale i det.”

Flere af indsatserne har naturoplevelser som det primære formål (15 %) eller elementer af træning (14 %), kulturelle indslag (10 %) eller mindfulness, yoga eller sansevandringer (8 %). I et uddybende interview fremhæves vigtigheden af at inkludere naturen i en gå-indsats for den mentale sundhed og trivsel:

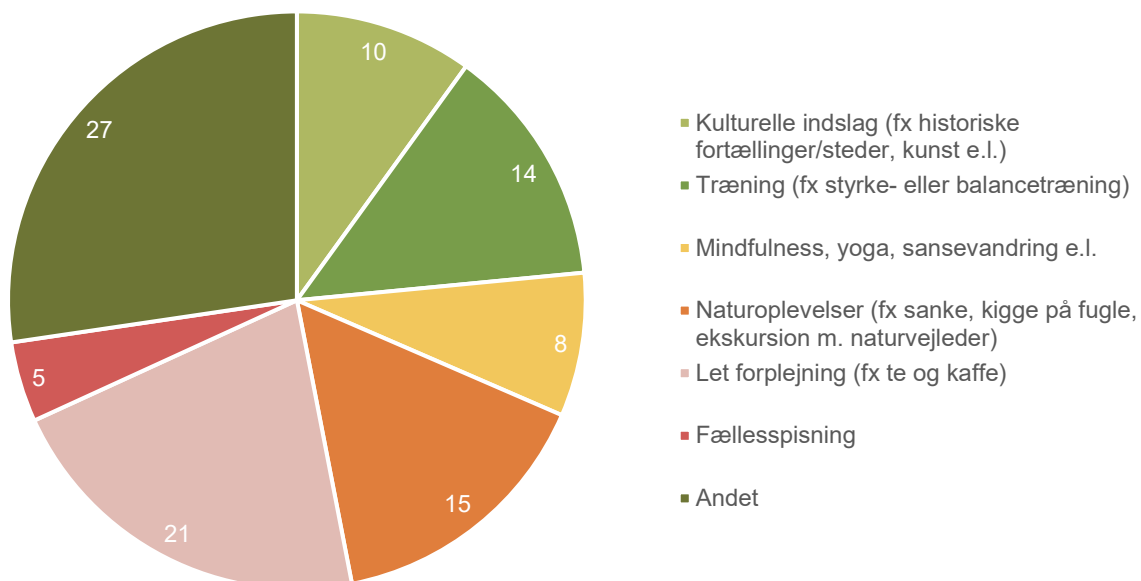
“Jeg arbejder med det der med at slappe af i naturen, trække vejret ned i maven og bare slappe af, så jeg finder de gode spots, hvor vi holder pause, og hvor vi bare sidder og lytter til fuglene, ser ud over en smuk udsigt, det kan være jeg læser en lille historie op, det kan være jeg fortæller noget om lige præcis denne her skov, at der er nogle helt særlige arter.”

I besvarelserne fremgik det, at 27 % af gå-indsatserne inkluderede andre elementer ('andet') end de definerede svarkategorier. I disse besvarelser er der særligt lagt vægt på det sociale fællesskab og samhørighed som en væsentlig faktor for indsatsen. Det sociale element bliver også nævnt i de uddybende interviews:

“Der var positive tilbagemeldinger, der blev lagt meget vægt på det sociale, og også det her med at man glemmer egentlig, at man er ude og gå, fordi man går og hyggesnakker lidt om alt – vind og vejr og det hele. Så på den måde, at man også får rørt sig, og man får noget socialt.”

I besvarelserne dækker 'andet' også over indsamling af affald på gåturene eller erfaringsudveksling, fx mellem pårørende til patienter eller psykisk sårbare samt udvekslet viden omkring sund kost, sygdomslære eller beskæftigelse.

Figur 6: Andel af gå-indsatser, som indeholder andre elementer foruden gå-aktiviteten i indsatsen. Procent.



Note: Kommunerne har haft mulighed for at sætte flere krydser.

Antal

Antallet af deltagere i gå-indsatserne varierer ofte fra gang til gang, hvorfor det er svært for kommunerne at besvare hvor mange der deltager i gå-indsatserne. Dette ses blandt andet ved, at 30 % har angivet 'ved ikke' (se tabel 3). Resultaterne er derfor angivet som et groft gennemsnit af deltagerantal. Enkelte gå-indsatser har store grupper af deltagere på over 30 personer (9 %), mens andre blot har 2-5 deltagere per gang (18 %) (se tabel 3). Størstedelen af gå-indsatserne har 6-10 deltagere (47 %). De fleste gå-indsatser har derfor ikke flere end 15 deltagere, hvilket kan være et udtryk for, at en stor gruppe er for heterogen i forhold til behov og fysisk formåen. Dette underbygges i et interview, hvor gå-holdene kan blive for store i forhold til at tilgodese alle:

"Hjerteforeningen har også noget, hvor de er rigtig mange, hvor de måtte dele sig i to og have to gå-værter, fordi der var for mange. Så kunne de også inddele det lidt efter niveau, så dem, der kunne gå lidt længere, de gik så den ene, og så dem, der var aller dårligst, de blev."

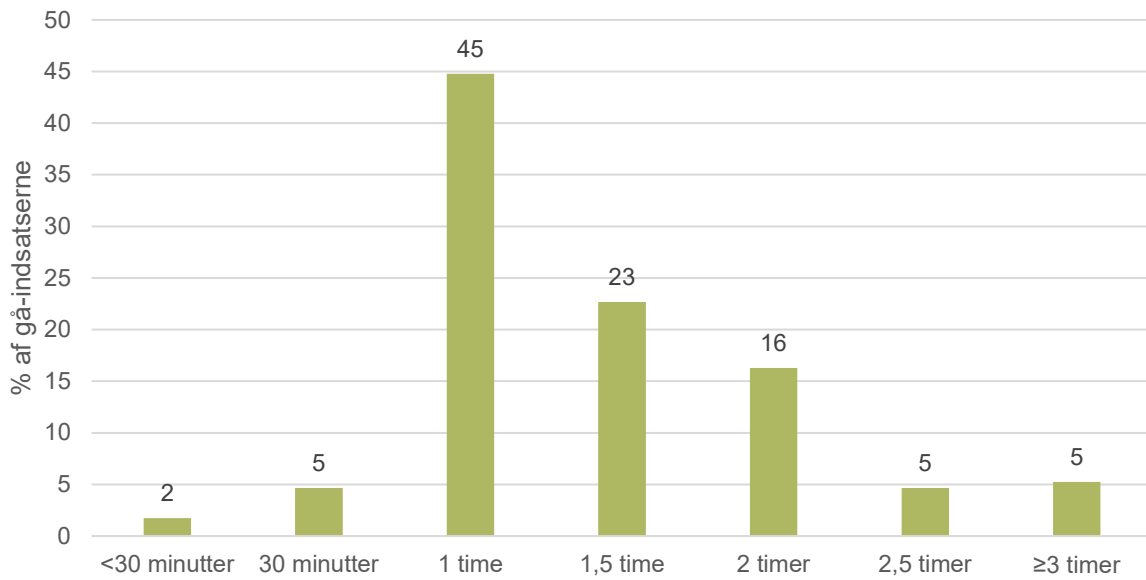
Tabel 3: Andel af gå-indsatser opgjort på antal deltagere. Gennemsnit og procent.

Antal deltagere	Antal gå-indsatser	Procent
2-5	17	12
6-10	45	33
11-15	16	12
16-30	9	7
>30	9	7
Ved ikke	42	30
I alt	138	100

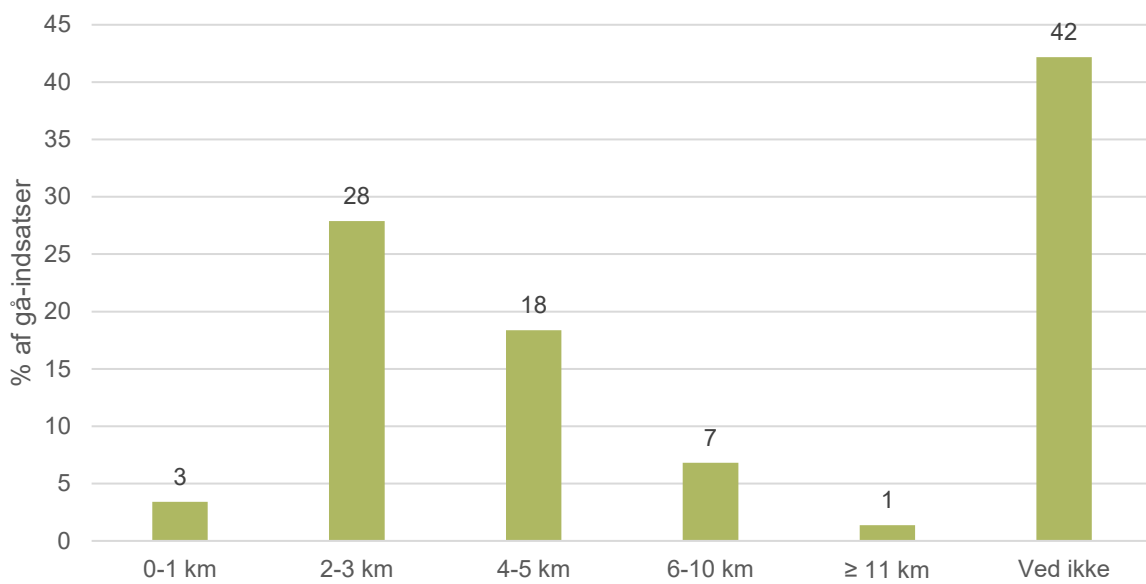
Figur 7 og 8 viser henholdsvis andelen af gå-indsatser fordelt på varighed og rutelængde. Størstedelen af gå-indsatserne varer omkring 1 time (45 %) og er 2-3 km (48 %). En relativt set stor andel (42 %) har angivet, at de ikke ved, hvor lange gå-ruterne er (se figur 8). Både varighed og rutelængde afhænger af borgernes funktionsniveau, formåen og lyst på selv dagen, hvilket er én af grundene til, at det har været svært for kommunerne at angive længden på ruten. Dette nævnes også i et interview:

"Det er jo det samme område, vi går i, så laver jeg jo de her fem forskellige ture. Men så er de fra gang til gang også forskellige. Vi går forskellige steder i området [...] De fem ture er i forskellig længde og sværhedsgrad og tempo."

Figur 7: Andel af gå-indsatser opgjort på varighed af gå-indsatsen. Procent.



Figur 8: Andel af gå-indsatser opgjort på rutelængde af gå-indsatsen Procent.



Faktorer i implementering og brobygning af kommunale gå-indsatser

Succesfulde indsatser kræver en vellykket implementering, hvori forankring og brobygning indtænkes, således den bliver sat i værk og virker efter hensigten for de personer, som indsatsen er målrettet [23]. Erfaringer fra en mastercase baseret på en kvalitativ analyse af 16 indsatser fra Sundeborgere.dk viser, at mange borgere, som har modtaget en indsats med fysisk aktivitet, ikke fortsætter de gode vaner efter indsatsens afslutning [27]. Denne problematik understøttes også i et uddybende interviews hvor kommunen mangler løsninger hertil:

“Problemet kan være at få det over på andres hænder, det kan være rigtig svært det der med at oprette noget kommunalt, der kommer til at være en barriere i forhold til overgang til virkeligheden. [...] Vi bliver nødt til at tænke i brobygning til virkeligheden eller til civilsamfundet og foreningslivet. For at noget skal være bæredygtigt, så skal det foregå det sted, hvor borgeren kan fortsætte.”

Af denne grund er det væsentligt at finde ud af, hvilke faktorer der er vigtige for implementeringen og brobygningen af gå-indsatserne og fastholdelse. I dette kapitel gennemgås otte faktorer, som kan være fremmende i implementerings- og brobygningsprocessen af gå-indsatser. Faktorerne er fremkommet på baggrund af en tematisk analyse af de uddybende interviews, vidensopsamlinger fra Sundhedsstyrelsen [23] og Københavns Universitet [28] samt mastercasen fra Sundeborgere.dk [27]. Første del omhandler kapacitetsopbygning til implementering, mens anden del omhandler fremmende faktorer relateret til, i hvilken grad gå-indsatsen lykkes.

Kapacitetsopbygning til implementering

Samarbejde og partnerskab med tydelige rollefordelinger

I implementeringen af gå-indsatser kan der være behov for en række af færdigheder og ekspertiseområder til at motivere borgerne til deltagelse samt støtte dem i fastholdelse af de gode vaner. Såfremt de nødvendige færdigheder ikke findes i egen organisation, vil det være nødvendigt at inddrage relevante aktører og samarbejdspartnere til varetagelse af de påkrævede opgaver [26]. Eksempelvis kan det være nødvendigt at inddrage aktører med viden om målgruppen eller aktører til rekruttering.

“Jeg er ansat på tværs af to forvaltninger; Sundhedsforvaltningen og det, der hedder Sport- og Fritidsforvaltningen. Det har jo egentlig gjort det ret nemt [...] det har i hvert fald været med til at gøre, at det har været hurtigt at sætte i gang. Det er ikke, fordi der skal begge forvaltninger til, den ene forvaltning kan sagtens gøre det, men der er måske en viden fra Sundhedsforvaltningen omkring nogle målgrupper af dem, der gerne vil gang med noget, og så måske noget foreningsvidenovre i Sport- og Fritidsforvaltningen og nogle ting, der kan tænkes sammen.”

Hvorvidt partnerskabet og samarbejdet lykkes, afhænger imidlertid af en række faktorer. Indsatser har bedre muligheder for succes, hvis der i et partnerskab formuleres fælles mål og visioner samt afklares roller og ansvarsområder [27, 28]. I rollefordelingen er det væsentligt at

samarbejdspartnerne har tillid til hinandens fagligheder og ikke mindst give samarbejdspartnere ejerskab over projektet. Desuden er det en fordel for implementeringen og forankringen i lokalsamfundet at lade foreningerne eller frivillige tilpasse tilbuddet til deres kontekst og justere det undervejs i dialog med kommunen [28]. Dette er også en forståelse, som informanterne deler:

"Pointen er ligesom, at det skal være på deres hænder og ikke på mine kommunale hænder. Så det er også dem, der må forme det initiativ, kan man sige."

For nogle gå-indsatser handler det også om at lade de frivillige foreninger være selvkørende efter kommunal opstart, da der ikke skal forekomme for mange ændringer udefra:

"Det har været ret tydeligt, at dem, der er med i netværkene, altså i gå-fællesskaberne, de vil rigtig gerne have, at vi i kommunen blander os nogenlunde udenom. De vil gerne have, vi laver det her netværksmøde, og så dem, der er etableret i forvejen, de vil gerne bare køre det, som de plejer."

Ressourcer og opbakning fra ledelsen

Ressourcer i form af finansiering, men også i form af afsætning af medarbejderressourcer, færdigheder, ekspertise og materialer, er basale byggesten og essentielle for implementeringen af gå-indsatserne [23]. Mange af indsatserne i kortlægningen er allerede finansieret via driftsmidler, men der er også en stor andel, som finansieres via projektmidler. Ved finansiering via driftsmidler sikres, at organisationen kan drifte indsatsen på egen hånd, og at indsatsen dermed ikke afsluttes ved projektafslutning. Der kan naturligvis fortsat ske ændringer i de finansielle ressourcer, såfremt der opstår nye 'konkurrerende' indsatser, ændret politisk fokus eller udskiftning i ledelsen eller blandt centrale medarbejdere.

Endelig er en vedvarende opbakning fra ledelsen en fremmede faktor for at sikre en vellykket implementering og forankring. Det er afgørende, at ledelsen eller en politisk beslutningstager har forståelse for indsatsens relevans og sørger for, at de enkelte medarbejdere, som udfører indsatsen, har den nødvendige viden og motivation til at gennemføre indsatsen [23]. Dette nævnes ikke eksplicit af informanterne, hvilket kan tilskrives, at interviewet tager udgangspunkt i eksisterende indsatser, som allerede har den nødvendige politiske eller ledelsesmæssige opbakning.

Fremmede elementer i selve gå-indsatsen

Et socialt fællesskab

Flere studier peger på, at fysisk aktivitet sammen med andre øger den fysiske og mentale sundhed, og at de sociale relationer er væsentlige for, at deltagere fastholdes i et kommunalt træningsforløb og efterfølgende benytter sig af idrætstilbud i civilsamfundet [29, 30]. Gåture øger mulighederne for social kontakt og dialog med ligesindede. Desuden kan gåture bidrage til, at deltagerne opnår et bedre kendskab til deres eget lokalområde, både hvad angår ruter og potentielle sociale fællesskaber. Øget social kontakt og relationsdannelse fordrer til øget social samhørighed [31]. Oplevelsen af at være sammen om noget er vigtigt for fastholdelsen af gåture. Ligeledes fordrer fællesskabet deltagere til at møde op, da der er en vis forpligtelse og ansvar over for gruppen.

Flere af informanterne understreger ligeledes, at det sociale samvær og fællesskab er en grundlæggende faktor for, at borgerne deltager i indsatsen, da deltagerne får et socialt behov opfyldt, samt at de føler en mødeforpligtelse over for de andre deltagere:

“Det der med at man kommer nogle gange, og så er der nogle, der ikke dukker op – ‘gad vide hvor de er henne i dag?’. Ret hurtigt etablerer der sig et eller andet tilhørsforhold og måske også endda en forpligtigelse til at komme. Det er jo rigtig positivt, at der sker det imellem mennesker, som ikke er noget, vi dikterer eller noget, det sker ligesom bare af sig selv.”

Det sociale aspekt er samtidig med til at give tryghed for deltagerne, særligt ældre, der er balanceudfordret og er bange for at falde:

“Så er det rart for dem at gå i en gruppe, ikke fordi de andre kan gribe én, hvis man falder, fordi de er også selv dårligt gående, men så er der i hvert fald nogen til at alarmere. Så for nogle af dem er det den eneste måde at gå på.”

Fælles tovholder og koordinering

Flere informanter fremhæver, at det er en klar fordel at have en tovholder, som deltager i aktiviteten og har planlagt ruten. Den fælles tovholder kan agere koordinator og bindeled for indsatsen både i forhold til intent samarbejde i kommunen og samarbejdet mellem kommunen og eksterne samarbejdspartnere [28]. Tovholderens funktion bliver således at understøtte samarbejdet, skabe forbindelse og fremme koordinering og involvering af relevante fagligheder på tværs. Tovholderens funktion kan også bestå i at være ansvarlig for igangsættelse af selve aktiviteterne. I nogle indsatser beskrives disse som 'Gå-værter'. Ofte vil tovholderen være én, som er ansat i kommunen. Men det kan også være en person fra den lokale forening eller en tidligere deltager på et forløb. I en gåindsats med overvægtige fremhæves det unikke ved at have en kontaktperson eller en tovholder, som selv har været igennem et væggtabsforløb, og som deltagerne dermed kan spejle sig i. Dét, at der er en person med kendskab til deltagerne, og som kan motivere, tilpasse og inspirere undervejs, kan for nogle målgrupper være afgørende for, hvorvidt man lykkes med indsatsen:

“Han har selv været igennem det hele, minus firs kilo – så har man været igennem det hele. Det er både grædturene, bokseturene og snublet og kommet op at stå igen og ja, det kan man ikke få en uddannelse i. [...] Han er nok om nogen den, der har det meste og største empati, når han taler med de her mennesker, fordi han forstår dem. Han forstår godt, hvor de er henne lige nu, ‘jeg har også været der’, som han siger ‘jeg tror godt, jeg ved, hvad du snakker om’.”

Udgangspunkt i civile initiativer og inddragelse af målgruppen i tilpasningen af aktiviteterne

Forskning bag brobygning beskriver, at det kan have en positiv effekt at inddrage potentielle deltagere og foreninger i selve designfasen af indsatsen [28]. I de uddybende interviews bliver der også påpeget vigtigheden af at støtte de i forvejen eksisterende civile initiativer, da det gør implementeringen og ikke mindst brobygningen nemmere:

“Det aller nemmeste er at gøre det dér, hvor folk samles i forvejen. Sådan noget med at gå rundt og stemme dørklokker, hvor der ikke i forvejen er et socialt initiativ, er sværere, end det er i forbindelse med en café for eksempel, hvor de kommer ned hver onsdag og spiller banko, for der kommer folk, og så kan man bedre samle en flok på én gang.”

Indsatser er ofte målrettet bestemte grupper af borgere, som er mindre ressourcestærke, og som har brug for individuelle løsninger, fx ensomme, psykisk sårbare eller kronisk syge. Disse målgrupper kan have forskellige behov og motivation for deltagelse. Inddragelse af målgruppen, der modtager indsatsen, vil derfor ofte styrke implementeringen, da indsatserne dermed kan justeres og tilpasses undervejs [23]. Inddragelse af målgruppen er også vigtig i forhold til at fastholde borgerne i de sunde vaner efter kommunalt forløb. To informanter beskriver:

"Jeg tager udgangspunkt i den gruppe, jeg har derude, hvorvidt det er den fysiske aktivitet, vi skal fokusere på, på holdet [...]. Det handler simpelthen om motivationsarbejde."

"Når jeg laver onsdagstur, så er det jo ikke bare mig, der har en plan i lommen, det har jeg altid, men der er også en plan b, der hedder 'gruppen bidrager også med noget'."

Den samskabende tilgang har vist at have betydning for borgerens fastholdelse og foreningernes engagement, idet der skabes ejerskab omkring indsatserne [28].

Rekrutteringsstrategier

En succesfuld rekruttering af deltagere er også en væsentlig faktor for en vellykket implementering og forankring af indsatsen. I de patientrettede forløb henvises borgerne sædvanligvis til tilbuddene gennem kommunens praktiserede læge. Men i de borgerrettede indsatser kan der anvendes forskellige strategier, som blandt andet afhænger af, hvilken målgruppe man ønsker at rekruttere til indsatsen. Tidspunktet kan eksempelvis være afgørende, hvor formiddage i hverdagen fortrinsvis tillokkes ældre borgere uden for arbejdsmarkedet. Derudover påpeges det i de uddybende interviews, at det særligt er de mundtlige invitationer, der er de mest effektive.

"Mund til mund. Hvor folk har hørt, altså nogle, de kender, som snakker om, at de har været med derude og gå."

Derudover nævnes promovning af gå-indsatserne i gratisaviserne og lokalaviserne, hvor det er muligt at indfange de borgere, som er ensomme, og som ikke kommer ud og snakker med andre ligsindede. Der kan også være en rekrutteringsstrategi i at samarbejde med andre i kommunen, som har de rette forudsætninger og kvalifikationer til at opspore de rette borgere.

"Jeg har samarbejdet meget med mine kollegaer, jeg har flere kollegaer, som er forebyggende medarbejdere, det vil sige, de tager ud til ældre, efter de er blevet en vis alder, og de er ret gode til at screene 'er der nogen, der kunne have behov'."

Fast struktur og genkendelighed

I de uddybende interviews opfordres der til en fast struktur i gå-indsatserne, hvor gruppen mødes samme tid og sted i ugens løb i velkendte rammer og sammen med de samme mennesker. Det er ofte vigtigt i fastholdelsen af deltagere og de gode vaner, da det skaber en hverdagsrutine [28].

"Vi lægger meget op til, hvis det er muligt, at de skal prøve at gå på en fast ugedag på et fast tidspunkt, for så er det aller nemmest."

Kommunen bør ligeledes indtænke en fast struktur i brobygningen, således der sikres en direkte overgang fra det kommunale tilbud til et civilt tilbud. I overgangen bør der altså være en vis genkendelighed mellem den kommunale indsats og det tilbud, der brobygges til i foreningsregi [32].

Tilgængelighed, overblik over vejrforhold og faciliteter

Flere af informanterne fremhæver afstanden til aktiviteten, vejrforholdene og faciliteterne på ruten som afgørende for både tilslutningen undervejs i indsatserne og for den efterfølgende fastholdelse i foreninger eller på egen hånd. Det er derfor vigtigt, at de ansvarlige har dette med i overvejelserne, når gåturene tilrettelægges.

“Jeg har en dialog med mine sundhedsmedarbejdere inden gåturen, hvor vi snakker om 'hvem er der i gruppen, kan vi mountainbike, eller er der nogle, der er så dårlige, at det skal være en gåtur, er der rigtig mange af dem, der er stressede, er der nogle, der har socialt angst?' [...] jeg tjekker vejret om morgenen, og om det er den ene eller den anden vej, vi skal gå i forhold til modvind, hvor skal vi holde pause, hvor er der regnlø, altså alle de der elementer, der gør, at turen bliver vellykket.”

Gå-indsatserne bør dels være så tilgængelige som muligt uden for megen transport, da det gør det lettere og mere overskueligt for borgerne at møde op, særligt for de målgrupper, hvis fysiske funktionsniveau er nedsat.

“Desto mere lokalt, desto bedre [...]. De kan ikke komme så langt, så pointen er, at det virkelig bare skal være lige ude foran deres hoveddør, for at det rigtig giver mening for de aller dårligst gående.”

For deltagerne kan det også have stor betydning, hvorvidt der er toiletfaciliteter samt bænke til rådighed i løbet af ruten, da det ellers giver en utryghed for de enkelte.

“Så vil jeg sige igen, at det der med toiletforhold, det har vi hele tiden været meget bevidste om, og det der med at kunne holde hvile.”

Diskussion

I dette kapitel diskuteres resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen og de uddybende interviews med udvalgte kommuner. Kapitlet er opdelt i en diskussion af resultaterne sammenlignet med andre undersøgelser fund samt en metodediskussion.

Sammenligning med andre undersøgelser

Der har været en formodning om, at gåture indgår som et element i mange af de eksisterende borger- og patientrettede indsatser i kommunalt regi grundet gåturens mange fordele. Dette bekræftes også i denne kortlægning, hvor størstedelen af kommunerne har én eller flere gå-indsatser som en del af den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme såvel som den patientrettede rehabilitering. Vi kender dog meget lidt til, hvordan gå-indsatser er organiseret og tilrettelagt, og hvad der har betydning for implementeringen, forankringen og brobygningen af denne typer indsatser. I denne kortlægning er der fundet frem til otte faktorer, som kan have betydning for dette: 1) samarbejde og partnerskab med tydelige rollefordelinger, 2) ressourcer og opbakning fra ledelsen, 3) et socialt fællesskab, 4) fælles tovholder og koordinering, 5) udgangspunkt i civile initiativer og inddragelse af målgruppen i tilpasningen af aktiviteterne, 6) rekrutteringsstrategier, 7) fast struktur og genkendelighed, og 8) tilgængelighed, overblik over vejrforhold og faciliteter.

Andre undersøgelser finder også, at et godt partnerskab, tilstrækkelige ressourcer og opbakning fra ledelsen er væsentlige organisatoriske faktorer for succesfuld implementering i sundhedsindsatser [23, 26]. Det fremhæves eksempelvis i kortlægningen, at samarbejdet på tværs bidrager med en række fordele, herunder forskellige fagligheder, og at et vellykket samarbejde kan skabe stor værdi for både kommune, forening og borger. Det er imidlertid også muligt, at der kan opstå udfordringer, hvis partnerne i kraft af forskellige professionsbaggrunde ikke deler samme syn på indsatsen, eller hvis de har lidt erfaring i at arbejde sammen. Dette fremhæves i en undersøgelse foretaget af Sundhedsstyrelsen [23]. Et partnerskab kræver også koordinering af opgaver, som kan være tidskrævende, hvilket kan påvirke arbejdsrelationen og i yderste konsekvens have betydning for, om indsatsen fungerer efter hensigten [26]. Som en løsning på dette fremhæves det i Sundhedsstyrelsens undersøgelse, at det kan være fordelagtigt med en decentral opbygning [23]. En mere decentral organisering, mindsker antallet af beslutningsled, hvilket anses for en fordel for implementeringen og forankringen, da indsatserne hurtigere kan sættes i værk og tilpasses undervejs. I nærværende undersøgelse peger flere informanter på, at kommunerne har tillid til de lokale foreninger, som på egen hånd tilpasser gå-indsatserne til deres kontekst, og hvor kommunerne blot bidrager med økonomisk støtte, sparring og viden. Herved mindskes antallet af beslutningsled, hvilket anses for fremmende for implementeringen. Det understøttes endvidere af to studier, som finder, at det giver foreningerne oplevelsen af medejerskab og et større engagement i indsatsen, når kommunerne gør brug af en blød styring i samarbejdet [33, 34].

Ud over de organisatoriske faktorer, som relaterer sig til kapacitetsopbygning, er faktorer relateret direkte til selve gå-indsatsen væsentlig for, at gå-indsatsen i sig selv lykkes for de borgere, den er målrettet. I kortlægningen blev det eksempelvis fremhævet, at inddragelse af målgruppen er vigtigt

i forbedringen af gå-indsatserne. Dette vurderes også til at være en væsentlig faktor i andre undersøgelser [23, 28]. Det kan være med til at sikre, at indsatsen ikke kun gennemføres af de borgere, som er mest motiveret for at deltage, men også af de mindre ressourcestærke borgere, som måske er mindre motiveret [23]. I et australsk studie påpeges det, at det mest udfordrende er at lykkes med nye idrætstilbud rettet mod nye målgrupper, hvis ikke de inddrages [35]. Her er det hensigtsmæssigt, at både målgruppe og de involverede foreninger allerede inddrages i udviklingsfasen, og inden indsatsen bliver implementeret. Flere studier påpeger også, at det er en god idé at udføre en behovsanalyse gennem interviews og observationer med målgruppen og foreningerne [35-37]. Dette lægger sig op ad kortlægningens fund om, at det er relevant at tage udgangspunkt i eksisterende initiativer i civilsamfundet.

I inddragelse af målgruppen er det også vigtigt at planlægge, hvordan der skabes kontakt til målgruppen. På denne måde kan det sikres, at gå-indsatserne når ud til de rigtige [23]. I kortlægningen er det fundet relevant at overveje forskellige rekrutteringsstrategier afhængigt af målgruppen. Det blev blandt andet fremhævet, at de mundtlige invitationer er de mest effektive, men dette er måske ikke den rette tilgangsmåde ved borgere, der lever mere isoleret. I stedet viser kortlægningen og en anden undersøgelse, at lokalaviser, gratisaviser, sms-information og foldere kan være vejen frem for at indfange disse borgere [23]. Tidspunktet, afstanden og medlemskabsbetaling kan også være afgørende herfor. Hvis gå-indsatserne er placeret om formiddagen, rammer man oftest de borgere, som er uden for arbejdsmarkedet [30]. Ligeledes kan længere afstand til gå-indsatsen have betydning, da det for borgeren kan virke uoverskueligt overhovedet at komme i gang, inden vedkommende er mødt op. Det kan også være, at vedkommende ikke selv kan komme derhen med bil eller anden form for transportmiddel. I flere studier fremhæves det derfor også, at indsatsen bør foregå i lokalområdet, hvor deltagerne bor [29, 38, 39]. Det er også med til at understøtte borgerens omgangskreds i nabolaget efterfølgende. En barriere for deltagelse i gå-indsatser kan også være et for højt kontingent for medlemskab [29, 30].

Metodiske problemstillinger

De kommunale gå-indsatser, som er belyst i denne undersøgelse, er organiseret væsentligt forskelligt. Et fællestræk er imidlertid, at gå-indsatserne er forankret på tværs af flere forvaltninger, hvilket kan betyde, at det har været svært for kommunerne at indhente tilstrækkelig information på kort tid til en nøjagtig beskrivelse af indsatsernes omfang og karakteristika. Enkelte besvarelser kan derfor være mangelfulde i forhold til kommunens samlede antal gå-indsatser. Dertil har besvarelserne givet indsigt i, at gå-indsatser er et svært felt at afgrænse, da definitionen af gå-indsatser er bred og omfavner forskelligartede initiativer, hvor nogle indsatser har gåture som det primære formål, mens det i andre indsatser er et sekundært element. Resultaterne kan derfor være påvirket af, at kommunerne i besvarelsen har haft svært ved at afgrænse hvilke indsatser, der bør eller ikke bør indgå i besvarelsen. Flere kommuner har inkluderet aktiviteter, som foregår i privat regi, og som ikke er et kommunalt tilbud, men hvor kommunen blot hjælper med at informere og henvise til dem. Disse forhold og udfordringer skal tages i betragtning ved fortolkningen af resultaterne fra kortlægningen.

Derudover skal det nævnes, at de uddybende interviews er foretaget med kommuner, som har særlige erfaringer med indsatser med gå-aktiviteter. De udvalgte kommuner er derfor en selekteret gruppe, som har haft succes i implementeringen, forankringen og brobygningen af gå-indsatserne. I resultaterne har det derfor ikke været muligt at inkludere de negative erfaringer og oplevelser i forbindelse med implementering af gå-indsatser og herved fremhæve de hæmmende faktorer,

heriblandt samarbejdsvanskeligheder med eksterne partnere. Selvom de fremmende faktorer er væsentlige for vellykket implementering og forankring, er det også vigtigt at være opmærksom på de hæmmende faktorer, så det er muligt at tilpasse og forbedre indsatserne. Et eksempel på en hæmmende faktor er manglende eller vanskeligt samarbejde og koordinering. Fremadrettet er der derfor behov for mere viden om, hvad der virker under hvilke omstændigheder, sådan at eksisterende og fremtidige gå-indsatser lykkes bedst muligt til gavn for foreningerne, kommunerne og borgerne – herunder viden om strategier, der fungerer i implementeringen og brobygningen af denne type indsatser, så der sikres en større fastholdelse af deltagere efter endt kommunalt forløb. Desuden er der brug for mere viden om, hvilken betydning gå-indsatserne har for både fysisk og mental trivsel.

Konklusion

Denne kortlægningsundersøgelse viser, at danske kommuner i høj grad allerede har implementeret gåture i forebyggelsesindsatsen, idet 97 % af de deltagende kommuner har eksisterende gå-indsatser målrettet voksne i alderen 40 år eller derover. Indsatserne varierer i indhold, målgruppe, organisering, samarbejdspartnere og finansiering. Størstedelen af gå-indsatserne er forankret i Sundhedsforvaltningen, men er kendetegnet ved, at de ofte er organiseret på tværs af forvaltninger og samarbejder med eksterne aktører. De eksterne samarbejdspartneres rolle varierer, men er ofte relateret til rekruttering af enten deltagere eller frivillige til indsatserne. Gå-indsatserne henvender sig ofte bredt til borgerne, men henvender sig også til specifikke målgrupper som inaktive, kronikere, ældre og psykisk sårbare. Størstedelen af gå-indsatserne er af en times varighed, og deltagerne går i gennemsnit 2-3 km i løbet af turen. Rutelængden er desuden afhængig af, om gåturen er det primære formål med indsatsen, eller om indsatserne også inkluderer andre elementer foruden gå-aktiviteten. Her kan nævnes forplejning og fællesspisning, naturoplevelser, træning, kulturelle indslag eller mindfulness.

I denne undersøgelse er der tilmed fundet frem til otte faktorer, som kan have betydning for implementeringen, forankringen og brobygningen af indsatserne. Dette er både organisatoriske faktorer og faktorer, der relaterer sig direkte til selve gå-indsatsen: 1) samarbejde og partnerskab med tydelige rollefordelinger, 2) ressourcer og opbakning fra ledelsen, 3) et socialt fællesskab, 4) fælles tovholder og koordinering, 5) udgangspunkt i civile initiativer og inddragelse af målgruppen i tilpasningen af aktiviteterne, 6) rekrutteringsstrategier, 7) fast struktur og genkendelighed, og 8) tilgængelighed, overblik over vejrforhold og faciliteter.

Denne undersøgelse viser, hvad der allerede findes af gå-indsatser i kommunerne samt hvilke faktorer, der skal fokuseres på i den kommunale implementerings- og brobygningsopgave ved gå-indsatser. Kortlægningsundersøgelsen bidrager dermed til nyttig viden, som kommunale medarbejdere og andre relevante aktører kan integrere i eksisterende og fremtidige sundhedsindsatser. Erfaringerne med gå-indsatser samt implementeringen og brobygningen af dem er generelt positive, men resultaterne fra denne undersøgelse viser også, at der ikke findes én model til udrulning for dette. Dette skyldes, at gå-indsatserne er så varierede i organisering og samarbejdsform. Der mangler derfor flere studier, der undersøger velfungerende implementerings- og brobygningsstrategier i denne type indsatser, sådan at der sikres en større fastholdelse af deltagere efter endt kommunalt forløb. Desuden mangler der studier, der undersøger effekterne af de enkelte gå-indsatser, da de er sparsomt evalueret i Danmark.

Case-beskrivelser

I dette kapitel præsenteres fem case-beskrivelser fra udvalgte kommuner som eksempler på konkrete gå-indsatser. Eksemplerne er baseret på spørgeskemabesvarelser samt resultater fra uddybende interviews. De er derfor ikke udvalgt på baggrund af, at de har en evidensbaseret effekt. I stedet er de udvalgt med det sigte at vise bredden og variationen i gå-indsatserne. Det er forventningen, at beskrivelserne kan give inspiration til fremadrettede gå-indsatser i de danske kommuner. Det er muligt at finde flere case-beskrivelser på Sundeborgere.dk eller på kommunale hjemmesider.

Rehabiliteringskursus for ældre i Vordingborg Kommune

Formål

Indsatsen er et udendørs, gruppebaseret rehabiliteringsforløb med træning. Formålet er at introducere naturens positive virkning på menneskers fysiske, psykiske og mentale tilstand samt at give inspiration til at bruge naturen i hverdagen efter kurset.

Målgruppe

Indsatsens målgruppe er kronikere, der enten er i gang med eller har gennemført et rehabiliteringsforløb. Kronikere kan lide af hjertefejl/-sygdomme, diabetes, KOL, kræft, kroniske smerter m.m.

Initiativ

Initiativet stammer tilbage fra den kommunale sammenlægning i 2007-2008, hvor der allerede eksisterede forskellige rehabiliterende gå-indsatser under navnet "Natur på Recept". Natur på Recept var et gammelt samarbejde mellem Sundhedscenter Stege og Naturstyrelsen Nordstrøm, hvor kommunen købte naturvejledning til deres indsatser.

Organisering

Indsatsen består af guidede ture i naturen med en naturvejleder fra Sundhedsafdelingen og sundhedspersonale tilknyttet patienterne og fungerer som en del af rehabiliteringskurset for kronikere. Rehabilitering for kronikere-indsatsen organiseres i dialog mellem sundheds- og fagsekretariatet og naturvejlederen. Naturvejlederen er tovholder og tilrettelægger indsatsen og står derved for planlægning og eksekvering.

Opbygning, varighed og længde.

Indsatsen foregår én gang om ugen, hvor deltagerne går omkring tre km. Hele indsatsen varer halvanden til to timer og består af forskellige delelementer foruden gåturen, fx te og kaffe samt opsamling til sidst. Til tider kan turen også indeholde længere pauser, hvor deltagerne sidder med tæpper, og naturvejlederen fortæller små historier og/eller deler sin viden om naturen.

Antal deltagere og rekruttering

Der er gennemsnitligt 20 deltagere, og rekruttering kan ske ad flere forskellige veje: 1) læger henviser og opfordrer kronikere, 2) annonceringer, 3) borgerkontakt (kommunale medarbejdere), eller 4) "mund til mund"

Gode erfaringer og oplevelser

Turen afsluttes altid med en samling, hvor deltagerne kan luften deres tanker om turen, vejledningen m.m. Deltagerne kommer oftest med god feedback og lægger især vægt på, at det er betryggende for dem, at sygeplejerske- og plejerskerne deltager. Sygeplejerskerne- og plejerskerne har indgående kendskab til deltagernes begrænsninger og fysiske formåen, hvilket motiverer kronikerne til at deltage. Sundhedspersonalet har også altid en opfølgende samtale med deltagerne, hvoraf de fleste deltagere nævner, at "det var dejligt".

Gå-fællesskaber i Varde Kommune

I Varde Kommune er der et bredt udvalg af gå-fællesskaber, som eksisterer i de fleste byer.

Formål

Gå-fællesskaberne er primært målrettet ældre, hvor målet er, at alle kan deltage uanset brug af rollator eller gåstok. Gå-værterne tager derfor hensyn til deres gå-gruppe og udvælger ruten, så alle har mulighed for at deltage.

Målgruppe

Gå-indsatserne er rettet mod borgere over 60 år samt inaktive borgere. Dette afspejler sig også i tidspunktet for indsatsen, der typisk ligger om formiddagen.

Initiativ

Initiativet bag gå-fællesskaberne i Varde Kommune er opstået på baggrund af et politisk mål og ønske om at være den kommune i Danmark, der har de bedste foreninger og det bedste foreningsliv. Indsatserne har derfor oplevet stor politisk opbakning, og der er indgået et nyt partnerskab med DGI, som vedligeholder og følger op på de nuværende gå-fællesskaber i Varde Kommune.

Organisering

Gå-fællesskaberne er organiseret i samarbejde mellem DGI-Sydvest og kommunen. DGI-Sydvest repræsenteres af en konsulent, der gennemfører indsatsen i kommunalt regi og faciliterer kontakt til foreninger og organisationer, hvor der ses en mulighed for at opstarte et gå-fællesskab. DGI-konsulenten er med til at opstarte alle indsatserne, hvorefter de bliver selvstyrende og overtages af en frivillig gå-vært, der oplæres og trænes gennem DGI's gå-værtsuddannelse. Gå-værternes arbejde består i at planlægge ruten og have fokus på, at alle er med samt styrke det sociale samvær. Målet med gå-fællesskaberne er, at de med tiden kan blive foreningstilbud.

Opbygning, varighed og længde

Gå-fællesskaberne foregår lokalt, men deltagerne skal selv sørge for at transportere sig til og fra det bestemte mødested. Gåturen varer alt fra 45 minutter til halvanden time, hvorefter det afsluttes med kaffe og et rundstykke. Gruppen i det pågældende gå-fællesskab har mulighed for at dele sig op og gå forskellige ruter, således at der tages hensyn til alles fysiske formåen.

Antal deltagere og rekruttering

Der er oprettet gå-fællesskaber i 26 landsbyer med +600 deltagere, som går hver uge. Både kommunen og DGI rekrutterer borgere gennem: 1) annoncer i lokale aviser, 2) plakater i sundhedscenter og andre relevante foreninger, 3) ved at række ud til seniorer-fællesskaber, eller 4) "mund til mund"

Gode erfaringer og oplevelser

Deltagerne udviser stor opbakning og tilslutning til gå-fællesskaberne, hvilket kan ses ved den regelmæssige deltagelse blandt borgerne. En evaluering af gå-fællesskaberne i 2022 viste, at indsatserne styrker det sociale samvær og har en overordnet positiv effekt på deltagerens fysiske og psykiske helbred. Især den sædvanlige afslutning med kaffe og rundstykke har været en god ting for deltagerne at samle sig om. Varde Kommune har tilmed gode erfaringer med, at gå-fællesskaberne foregår lokalt, og at de startes op i samarbejde med en DGI-konsulent.

Lokale gå-grupper i Faxe Kommune

I Faxe Kommune eksisterer der i dag tre gå-grupper, hvoraf to af dem har eksisteret i over 10 år. De er på nuværende tidspunkt i gang med at etablere to nye gå-grupper.

Formål

Gå-grupperne er et åbent, uforpligtigende tilbud, hvor man bare møder op. Formålet er at få de borgere, der normalvis ikke deltager i andre fysiske aktiviteter, til at deltage i gå-gruppen. Derudover er formålet for gå-grupperne at skabe muligheder for bevægelse, samvær, tilhørsforhold og forpligtigelse.

Målgruppe

Alle borgere i kommunen er velkomne til at deltage, og Faxe Kommune er opmærksomme på, at tidspunktet for aktiviteten kan have indflydelse på, hvem der har mulighed for at deltage. Markedsføringen for gå-grupperne lægger særligt vægt på at henvende sig til de borgere, der normalvis ikke får gået ture eller er tilmeldt anden form for fysisk aktivitet.

Initiativ

Initiativet til gå-grupperne udspringer af, at flere borgere mangler fællesskaber og gratis muligheder for at røre sig.

Organisering

Indsatsen er forankret i det kommunale Center for Social, Sundhed og Pleje. Centeret er initiativtagere og etablerer også gå-grupperne. Ansatte i centeret er med til at opstarte gå-grupperne og deltager de første fem til syv gange, hvorefter ansvaret overgives til frivillige kontaktpersoner. Kontaktpersonen fortsætter som tovholder for gå-gruppen, og det er også denne, der varetager kontakten til kommunen.

Opbygning, varighed og længde

Grupperne mødes én gang om ugen på et fast tidspunkt et centralt sted i byen. Turen er omkring 3-4 km, så de fleste har mulighed for at deltage. Center for Social, Sundhed og Pleje prøver forskellige ture af og kommer med forslag hertil, men tid, sted og længden af rute bestemmes i dialog med deltagerne. Til tider serveres der også kaffe i forbindelse med turen.

Antal deltagere og rekruttering

De lokale gå-grupper har gennemsnitligt 10 deltagere pr. gang. Kommunen gør i stor grad brug af de ansattes borgerkontakt som en metode til at sprede nyheden om indsatsen og dermed rekruttere deltagere til gå-grupperne. Kommunen markedsfører blandt andet gennem infoannoncer i gratisaviser, og også de lokale patientforeninger og samarbejdspartnere hjælper med markedsføring af tilbuddene. Den årlige vandrefestival, der organiseres af Dansk Vandrelaug, er også med til at annoncere for gå-grupperne.

Gode erfaringer og oplevelser

Da deltagerne selv skal transportere sig frem og tilbage til mødestedet, har kommunen erfaret, at mødestedet må være et centralt sted i byen for at opnå en øget tilgængelighed. Muligheden for, at deltagerne og den frivillige kontaktperson selv kan bestemme over udførelsen af gåturen, er med til at give en følelse af ejerskab, hvilket deltagerne værdsætter. Kommunen og kontaktpersonerne har erfaret, at det kan være svært med opstart af en gågruppe i de kolde efterårs- og vintermåneder. De er derfor opmærksomme på, at årstiden spiller en væsentlig rolle, når det handler om at få inaktive borgere til at komme mere ud. Derudover har de oplevet, at nogle deltagere vender om, hvis turen er for lang, og de er derfor opmærksomme på, at gruppen skal være rummelig.

Overvægtsklinikens gå-hold i Tønder Kommune

Formål

Formålet er, at borgere, der er tilknyttet overvægtsklinikken, kan starte ud med en blid form for motion og dermed finde glæden ved at bevæge sig og deltage i et fællesskab. Tilbuddet er også et forsøg på at fastholde borgerens engagement for vægtreduktion.

Målgruppe

Borgere tilknyttet Overvægtsklinikken, og som har brug for fællesskabet til at komme ud og motionere.

Initiativ

Initiativet til gå-holdet opstod som følge af, at en virksomhedspraktikant i Overvægtsklinikken havde et mål om at kunne gå et halvmaraton og i denne forbindelse reducerede sin vægt med 80 kg. Overvægtsklinikken så herved en mulighed i at bruge virksomhedspraktikanten som gå-coach på klinikken.

Organisering

Den kommunale sundhedsforvaltning har det primære ledelsesansvar for Overvægtsklinikens gå-hold. Gå-holdene organiseres og faciliteres af Overvægtsklinikens tidligere virksomhedspraktikant (gå-coach).

Opbygning, varighed og længde

Gåturene er fastsatte på bestemte tidspunkter hver tirsdag og torsdag. Længden er afhængig af deltagerne og varer som regel en halv time, men aldrig mere end en time. Ved gåholdenes opstart går deltagerne først en individuel tur med tovholderen. Formålet med dette er, at tovholderen får mulighed for at hilse på deltagerne og kan foretage en vurdering af fysisk formåen og dermed hvilket hold, deltageren skal på. Der findes et hurtig-, middel- og langsomhold. Deltagerne har også mulighed for at gå eneture med tovholderen, hvis vedkommende ikke vurderes som egnet til at kunne deltage på holdene.

Antal deltagere og rekruttering

Turene har gennemsnitligt 10-12 deltagere. Rekrutteringen foregår igennem Overvægtsklinikken, da man skal være i et forløb hos klinikken for at deltage.

Gode erfaringer og oplevelser

Deltagerne kommer med positive tilbagemeldinger, og Overvægtsklinikken har en fornemmelse af, at indsatsen løfter borgerne. Den tidligere virksomhedspraktikant, som akutelt varetager tovholderrollen, bidrager ifølge Overvægtsklinikken til gå-holdene på en uvurderlig måde, da vedkommende selv har været igennem et væggtabsforløb og nu har fundet lykken ved at gå. Vedkommende er derfor ideel som gå-coach, da vedkommende kender til de samme problematikker og udfordringer, deltagerne kan opleve, og samtidig kan deltagerne spejle sig i vedkommende. Derudover kender tovholderen til flere af turene, som vedkommende selv har gået, og er derfor opmærksom på at planlægge ruterne således, at der altid er en bæk, hvor man kan hvile, hvilket deltagerne sætter pris på.

Langsomtgående gå-fællesskaber i Roskilde Kommune

Formål

Formålet er at skabe et fællesskab, hvor alle kan være med uanset funktionsniveau, og hvor fokus er på både mental og fysisk sundhed.

Målgruppe

Alle er velkomne, men er primært henvendt borgere, der er dårligt gående. Indsatsen målretter sig også mod inaktive og ensomme, som trænger til at deltage i et fællesskab.

Initiativ

De langsomtgående gå-fællesskaber er inspireret af indsatserne i Aabenraa Kommune, som ifølge Roskilde Kommune fungerer rigtig godt. Desuden udspringer indsatsen også af Covid-19, der resulterede i, at de tidligere tiltag gik i stå. Roskilde Kommune oplevede i den forbindelse, at flere, især ældre, blev mere isolerede og inaktive, hvorfor de gik i gang med at kortlægge og understøtte eksisterende gå-fællesskaber samt at opstarte nye gå-fællesskaber.

Organisering

Kommunen tager kontakt til sociale væresteder, ældrefæer, kirker, foreninger og andre steder, der kan være relevante for målgruppen, og forsøger her at inspirere til oprettelsen af et gå-fællesskab i deres regi. Kommunen understøtter med viden om, hvordan man starter gå-fællesskabet op, og hvordan man bedst muligt holder det i gang. Desuden hjælper kommunen også med rekruttering og markedsføring af indsatsen. Gå-fællesskabet overtages efter opstarten af frivillige gå-værter, og herefter ligger ansvaret hos de frivillige, der selv planlægger og tilpasser turene. Hvert år organiserer kommunen et netværksmøde for alle dem, der deltager i gå-fællesskaberne. Her deltager også frivilligcenteret i Roskilde Kommune, kirker og patientforeninger. Netværksmødet skaber mulighed for sparring og problemløsning.

Opbygning, varighed og længde

Gåturene er oftest ikke særligt lange af hensyn til deltagerens fysiske formåen. Mange af turene afsluttes med kaffe.

Antal deltagere og rekruttering

Der er gennemsnitligt 12 deltagere per gå-hold. Kommunen inspirerer væresteder og foreninger til at oprette lokale gå-grupper og rekrutterer deltagere gennem de respektives netværk. Rekrutteringen sker derudover gennem: 1) borgerkontakt (kommunale medarbejdere), 2) kirker, 3) frivilligcenteret, 4) flyers, eller 5) "mund til mund"

Gode erfaringer og oplevelser

Kommunen erfarer, at det kan være svært at opstarte nye gå-fællesskaber, og at der kan gå noget tid, før indsatserne er velforankrede. Den bedste og hurtigste måde at starte nye gå-fællesskaber på er derfor at gøre det dér, hvor folk samles i forvejen. Deltagerne er glade for det sociale fællesskab, som indsatserne skaber, og flere ser frem til den næste gåtur. Flere nævner også, at grupperne giver dem mulighed for at komme ud og bevæge sig, da mange af deltagerne ikke har mulighed for at gå tur alene.

Referencer

1. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba EP, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark: sygdomme: Sundhedsstyrelsen; 2015.
2. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020.
3. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Róman JEI, Kragelund K, Christensen AI, et al. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Sundhedsstyrelsen; 2022.
4. Hanak ML, Falk J, Størup M, Bruun JJ. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen - en vejledning til Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2. Sundhedsstyrelsen; 2007.
5. Ibsen B, Høyer-Kruse J. Danskernes gå-vaner-i fritiden og under transport. 2021.
6. Kassavou A, Turner A, French DP. Do interventions to promote walking in groups increase physical activity? A meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2013;10(1):1-12.
7. Hanson S, Jones A. Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*. 2015;49(11):710-5.
8. Lamb SE, Bartlett H, Ashley A, Bird W. Can lay-led walking programmes increase physical activity in middle aged adults? A randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2002;56(4):246-52.
9. Murphy MH, Nevill AM, Murtagh EM, Holder RL. The effect of walking on fitness, fatness and resting blood pressure: a meta-analysis of randomised, controlled trials. *Preventive medicine*. 2007;44(5):377-85.
10. Lee L-L, Watson MC, Mulvaney CA, Tsai C-C, Lo S-F. The effect of walking intervention on blood pressure control: a systematic review. *International journal of nursing studies*. 2010;47(12):1545-61.
11. Richardson CR, Newton TL, Abraham JJ, Sen A, Jimbo M, Swartz AM. A meta-analysis of pedometer-based walking interventions and weight loss. *The Annals of Family Medicine*. 2008;6(1):69-77.
12. Robertson R, Robertson A, Jepson R, Maxwell M. Walking for depression or depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Mental health and physical activity*. 2012;5(1):66-75.
13. Hamer M, Chida Y. Walking and primary prevention: a meta-analysis of prospective cohort studies. *British journal of sports medicine*. 2008;42(4):238-43.
14. Eva Skytte. Sundhed og livskvalitet i naturen - et idekatalog. Sundhedsnetværket; 2013.
15. Mygind L, Kjeldsted E, Hartmeyer R, Mygind E, Bentsen P. Forskningsoversigt over effekter af friluftsliv på mental, fysisk og social sundhed. 2018.
16. Klein-Wengel TT, Andkjær S. Natur og friluftsliv i sundhedsindsatsen: et review af viden fra praksis: Syddansk Universitet, Institut for Idræt og Biomekanik; 2019.
17. Annerstedt M, Währborg P. Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(4):371-88.
18. Ohly H, White MP, Wheeler BW, Bethel A, Ukoumunne OC, Nikolaou V, et al. Attention Restoration Theory: A systematic review of the attention restoration potential of exposure to natural environments. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*. 2016;19(7):305-43.
19. Ulrich RS, Simons RF, Losito BD, Fiorito E, Miles MA, Zelson MJJoep. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. 1991;11(3):201-30.

20. Kuo MJFip. How might contact with nature promote human health? Promising mechanisms and a possible central pathway. 2015;6:1093.
21. Kastoft-Christensen A, Petersen CB. KORTLÆGNING - Kommunernes inddragelse af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen. Friluftsrådet; 2018.
22. Sunde borgere - fra kommune til kommune. Naturen som sundhedsfremmende arena: Sunde borgere - fra kommune til kommune; 2022 [Available from: <https://sundeborgere.dk/case/naturen-som-sundhedsfremmende-arena/#formaal>].
23. Christensen A. Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser: Sundhedsstyrelsen; 2011.
24. Petersen CB, Kieler, A. R., Hansen, M. B., Tolstrup, J. S., Holmberg, T., & Grønbæk, M. Kortlægning: Beskæftigelsesrettede indsatser med fysisk aktivitet for unge ledige under 30 år. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2017.
25. Kvale S, Brinkmann S. Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk: Hans Reitzels Forlag; 2015.
26. Lasker RD, Weiss ES, Miller R. Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. The Milbank Quarterly. 2001;79(2):179-205.
27. Statens Institut for Folkesundhed S. Meningsfulde fællesskaber: Sundeborgere.dk; 2022 [Available from: <https://sundeborgere.dk/kommune/mastercase/>].
28. Larsen SE, Ottesen LS, Hansen HF. Implementering af brobygning - fra kommunalt træningsforløb til idrætsforeninger eller idrætsfællesskaber: Center for Holdspil og Sundhed, Københavns Universitet; 2020.
29. Hansen H. En figurationssociologisk undersøgelse af voksnes muligheder og begrænsninger for at forandre træningsrutiner under og efter Motion på recept og Holdspil på recept på Forebyggelsescenter Nørrebro. København: Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet.
30. Hartley SE, Yeowell G. Older adults' perceptions of adherence to community physical activity groups. Ageing & Society. 2015;35(8):1635-56.
31. Kwak L, Kremers S, Walsh A, Brug H. How is your walking group running? Health Education. 2006;106(1):21-31.
32. Leenaars K, Smit E, Wagemakers A, Molleman G, Koelen M. Facilitators and barriers in the collaboration between the primary care and the sport sector in order to promote physical activity: a systematic literature review. Preventive Medicine. 2015;81:460-78.
33. Scheele CE, Vrangbæk K, Kriegbaum M. Volunteer association perceptions of municipal policy strategies to promote co-production of healthy ageing services. Ageing & Society. 2019;39(6):1152-71.
34. Ibsen B, Levinsen K. Collaboration between sports clubs and public institutions. European journal for sport and society. 2019;16(2):187-204.
35. Staley K, Donaldson A, Randle E, Nicholson M, O' Halloran P, Nelson R, et al. Challenges for sport organisations developing and delivering non - traditional social sport products for insufficiently active populations. Australian and New Zealand journal of public health. 2019;43(4):373-81.
36. Mansfield L, Kay T, Anokye N, Fox-Rushby J. A qualitative investigation of the role of sport coaches in designing and delivering a complex community sport intervention for increasing physical activity and improving health. BMC Public Health. 2018;18(1):1-11.
37. Lamont E, Harris J, McDonald G, Kerin T, Dickens GL. Qualitative investigation of the role of collaborative football and walking football groups in mental health recovery. Mental Health and Physical Activity. 2017;12:116-23.
38. Jancey JM, Clarke A, Howat PA, Lee AH, Shilton T, Fisher J. A physical activity program to mobilize older people: a practical and sustainable approach. The gerontologist. 2008;48(2):251-7.

39. Fletcher KE, Ertl K, Ruffalo L, Harris L, Whittle J. Empirically derived lessons learned about what makes peer-led exercise groups flourish. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*. 2017;11(4):379-86.

Bilag 1 – Spørgeskema

Du vil nu blive præsenteret for spørgsmål, som omhandler omfanget af indsatser med gå-aktiviteter i jeres kommune. Indsatserne skal være målrettet voksne og være eksisterende som foregår i fællesskab med andre.

Nr.	Spørgsmål
1	<p>Har I eksisterende indsatser med gå-aktiviteter i kommunen? Medtag både indsatser, I selv står for, og som I har eksterne udbydere på.</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Ja (2) <input type="checkbox"/> Nej</p>
2	<p>Hvis ja, hvor mange indsatser med gå-aktiviteter, har I i kommunen?</p> <p><input type="checkbox"/> Rullemenu med antal af indsatser (1-15)</p>
<p><i>I det efterfølgende vil vi bede dig beskrive de enkelte indsatser med gå-aktiviteter, som I har i kommunen. Det er vigtigt for besvarelsen, at du beskriver alle indsatser med gå-aktiviteter, som I tilbyder (dog maksimalt fem indsatser). Spørgsmålene omhandler indsatsernes organisering samt indhold og formål, målgruppe, antal deltagere, mødefrekvens og varighed. Du bedes beskrive indsatserne én af gangen.</i></p>	
3	<p>Nedenfor bedes du angive navnet på den første indsats, som spørgsmålene skal besvares ud fra.</p> <hr/>
4	<p>Hvem har (hoved/ledelses) <u>ansvaret</u> for indsatsen? Sæt gerne flere krydser.</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Sundhedsforvaltningen (2) <input type="checkbox"/> Kultur- og fritidsforvaltning (3) <input type="checkbox"/> Beskæftigelsesforvaltning (4) <input type="checkbox"/> Socialforvaltningen (5) <input type="checkbox"/> Ekstern samarbejdspartner (fx frivillig organisation eller idrætsforening) (6) <input type="checkbox"/> Anden, uddyb: _____</p>
5	<p>Hvilke eksterne <u>samarbejdspartnere</u> er der i indsatsen? Sæt gerne flere krydser.</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Ingen samarbejdspartnere (2) <input type="checkbox"/> Idrætsforening eller -organisation (3) <input type="checkbox"/> Friluftsförening (4) <input type="checkbox"/> Patientforening eller -organisation (5) <input type="checkbox"/> Anden frivillig organisation (6) Skriv gerne hvilke samarbejdspartnere: _____</p>

<p>6</p>	<p>Hvilken <u>rolle</u> har den eksterne samarbejdspartner? Sæt gerne flere krydser.</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Gennemfører indsatsen i kommunalt regi (2) <input type="checkbox"/> Faciliterer kontakt til foreninger/organisationer (3) <input type="checkbox"/> Rekrutterer frivillige til indsatsen (4) <input type="checkbox"/> Rekrutterer deltagere til indsatsen (5) <input type="checkbox"/> Bidrager med sparring, viden om målgruppen m.v. (6) <input type="checkbox"/> Viderefører indsatserne efter kommunalt forløb (brobygning) (7) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb: _____</p>
<p>7</p>	<p>Hvordan er indsatsen <u>finansieret</u>? Sæt gerne flere krydser.</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Driftsmidler (2) <input type="checkbox"/> Projektmidler (3) <input type="checkbox"/> Fondsmidler (4) <input type="checkbox"/> Samfinansiering m. ekstern samarbejdspartner (5) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb: _____</p>
<p>8</p>	<p>Hvem er indsatsen henvendt til (<u>målgruppe</u>)? Fx ensomme, sårbare, inaktive, bestemt køn, alders- eller patientgruppe.</p> <p>_____</p>
<p>9</p>	<p>Beskriv kort indsatsens <u>indhold og formål</u></p> <p>_____</p>
<p>10</p>	<p>Er der <u>andre elementer</u> i indsatsen foruden gå-aktiviteten? Sæt gerne flere krydser.</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Kulturelle indslag (fx historiske fortællinger/steder, kunst e.l.) (2) <input type="checkbox"/> Træning (fx styrke- eller balancetræning) (3) <input type="checkbox"/> Mindfulness, yoga, sansevandring e.l. (4) <input type="checkbox"/> Naturoplevelser (fx sanke, kigge på fugle, ekskursion m. naturvejleder) (5) <input type="checkbox"/> Let forplejning (fx te og kaffe) (6) <input type="checkbox"/> Fællesspisning (7) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb: _____</p>
<p>11</p>	<p>Hvor mange <u>deltager</u> i gå-indsatsen pr. gang?</p> <p>(1) Notér ca. antal _____ (2) <input type="checkbox"/> Ved ikke (3) Evt. kommentar _____</p>
<p>12</p>	<p>Hvor <u>ofte</u> foregår indsatsen? Sæt ét kryds.</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Dagligt (2) <input type="checkbox"/> Flere gange om ugen (3) <input type="checkbox"/> Én gang om ugen (4) <input type="checkbox"/> Flere gange om måneden</p>

	<p>(5) <input type="checkbox"/> Én gang om måneden</p> <p>(6) <input type="checkbox"/> Andet, uddyb: _____</p>
13	<p>Hvad er <u>varigheden</u> af hele indsatsen? Sæt ét kryds.</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> <30 minutter</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 30 minutter</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 1 time</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 1,5 time</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 2 timer</p> <p>(6) <input type="checkbox"/> 2,5 time</p> <p>(7) <input type="checkbox"/> 3 timer eller mere</p>
14	<p>Hvor langt går deltagerne i indsatsen/hvor lang er ruten i indsatsen?</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Skriv antal km (ca.): _____</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> Ved ikke: _____</p> <p>(3) Evt. kommentar: _____</p>
15	<p>Mangler du at beskrive flere indsatser med gå-aktiviteter, som I har i kommunen?</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p><i>Du er nu færdig med at besvare spørgeskemaet. Tusind tak fordi du tog dig tid til at svare på alle spørgsmålene. Det er en rigtig stor hjælp. Er der noget, du afslutningsvist ønsker at tilføje?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Bilag 2 – Interviewguide

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
<p>Briefing og præsentation</p>	<p>Opsætning af rammerne for interviewets gang.</p> <p>Interviewet kommer til at tage udgangspunkt i dine besvarelser af spørgeskemaet. Vi vil gerne snakke med dig om indsatsen XX.</p> <p>Kan du uddybe indsatsens opbygning lidt? Hvad går turen ud på? Består den af forskellige delelementer? Hvad skulle hvert element bidrage med?</p>
<p>Organisering Hvilke organisatoriske forhold synes at henholdsvis fremme og hæmme implementeringen?</p>	<p>Kan du fortælle mere om indsatsens organisering? Hvem stod for hvad – er der nogle nøglepersoner du kan pege på ift. Organisering og facilitering af indsatsen?</p> <p>Hvor kommer initiativet fra og hvordan startede det op? Er det jeres eget koncept eller er i blevet inspireret udefra? Var der fx en tovholder som koordinerede? Hvem var tovholderen?</p> <p>I nogle tilfælde sker facilitering af indsatsernes indhold i tæt samarbejde med eller udelukkende af ikke-kommunale aktører: Kan du beskrive hvilke elementer de bidrager med - både fagligt og praktisk?</p> <p>Planlægningen og det praktiske: Hvem beslutter gå-ruten? Hvis indsatsen foregik ude et sted (hvor man skulle køre til) - hvem stod for transport?</p> <p>I hvilken grad var der opbakning til indsatsen i din organisation?</p> <p>Hvordan påvirkede organiseringen processen? Hvordan gavtede den indsatsen? Skabte det problemer undervejs? Hvordan?</p>

<p>Implementering Hvilke udfordringer og potentialer opleves i forhold til implementeringen af indsatserne?</p>	<p>Hvordan er gennemførelsen af indsatsen gået indtil nu?</p> <p>Var der noget i forbindelse med gennemførelsen af indsatsen, der overraskede dig? Var der noget der gik særligt godt eller var udfordrende? Var der noget som du kan fremhæve som fremmende eller hæmmende for processen?</p>
<p>Rekruttering/fastholdelse Definition af målgruppen og rekruttering. Udfordringer og styrker. Hvem blev rekrutteret som deltager og hvordan? Hvordan fastholdt man deltagerne?</p>	<p>Hvilken målgruppe blev rekrutteret til indsatsen?</p> <p>Hvem stod for rekrutteringen (fx medarbejdere tæt på målgruppen, frivillige e.l.)? Hvordan foregik rekrutteringen? (fx Rekruttering fysisk, gennem sociale medier, og i det offentlige rum)</p> <p>Gjorde I noget for at motivere folk til at deltage og skabe synlighed? Gjorde i noget for at fastholde deltagerne?</p> <p>Har der været noget brobygning mellem kommune, deltagere og evt. forening? Hvordan er det foregået?</p> <p>Er der noget du kan fremhæve som fungerede godt ved samarbejdet og hvad var vanskeligt? (Samarbejde, kommunikation)</p> <p>Er samarbejdet fortsat efter tilbuddet (hvorfor/hvorfor ikke?)</p>
<p>Deltagerne Hvordan forholdt deltagerne sig til indsatsen og hvilke udfordringer oplevede de for deres deltagelse i indsatsens forskellige komponenter?</p>	<p>Har I fået noget feedback fra deltagerne? Hvad synes de om de forskellige elementer?</p> <p>Kunne de passe det ind i deres hverdag? Virkede de engagerede i indsatsen? Var der nogen der havde svært ved det? Følg op med: Hvordan?</p>
<p>Eventuel effekt/gode erfaringer Hvordan afspejler ovenstående sig i (eventuelt ændret praksis) hos deltagerne? I hvilken udstrækning ses forbedringer vedr. deltagernes fysiske og mentale tilstand? Hvordan relaterer disse resultater sig til deltagernes generelle oplevelse af indsatsen?</p>	<p>Har du en ide om indsatsen har haft en effekt? Hvordan viste det sig? Kunne du se det i deltagernes handlinger? Var deres situation ændret efterfølgende? Hvordan? (mental/fysisk sundhed, mestring, arbejdsmarkeds- og uddannelsesparathed)</p> <p>Hvordan har deltagernes generelle oplevelse af indsatsen været?</p>

Lessons learned	Er der nogle "Do's/don'ts-ting" der er vigtige at have fokus på. Har du gjort dig nogen nye erfaringer i forbindelse med indsatsen? Er der noget der er kommet særligt bag på dig?
Udvælgelse af indsatser	Er der nogle indsatser i jeres kommune som I har valgt fra i den her undersøgelse? Var der nogle, I var i tvivl om hvorvidt de skulle med eller ej? Hvad tæller ikke som indsatser? Var det svært at finde ud af om de skulle tælle med? Hvor er styringen?