

KORTLÆGNING
Kommunernes
inddragelse af natur-
og friluftsaaktiviteter i
folkesundhedsindsatsen



Friluft
Rådet

FORORD

Friluftsliv og aktiviteter i naturen har et stort potentiale for at øge danskernes sundhed og livskvalitet. Langt de fleste danskere kan nikke genkendende til, at friluftsliv og det at færdes i naturen er godt for både krop og sjæl, hvad enten det er det stille eller det aktive friluftsliv. Naturen danner rammen om et hav af forskellige friluftaktiviteter, der appellerer til en meget bred del af befolkningen. Den er ofte lige uden for hoveddøren og der er - bortset fra i private skove - åbent døgnet rundt. Der er derfor mange gode grunde til at prioritere friluftsliv i kommunen – en af dem er, at flere med et aktivt friluftsliv medfører, at flere borgere holdes sunde og trives, både fysisk, mentalt og socialt, hvilket i sidste ende betyder færre udgifter for kommunerne på sundhedsområdet.

Forebyggelse og sundhedsfremme står højt på den politiske dagsorden. Et stigende antal danskere rammes hvert år af kroniske sygdomme som kræft, diabetes, hjertekarsygdomme og lungesygdomme. Dertil kommer, at mentale sygdomme som stress og depression er blevet nye folkesygdomme. Naturglæde og friluftsliv rummer et stort potentiale, som bidrager til løsningen på mange af de sundheds- og trivselsmæssige udfordringer, som vores samfund står over for. Derfor ser vi, i stigende grad, at kommunerne inddrager friluftsliv og aktiviteter i deres sundhedsfremmende arbejde - og vi oplever stigende efterspørgsel på viden om kommunernes brug af natur- og friluftaktiviteter i deres folkesundhedsindsatser.

Denne rapport samler resultaterne af en landsdækkende kortlægningsundersøgelse med svar fra 80 af landets kommuner. Resultaterne viser, at mange kommuner benytter en eller anden form for natur- og friluftaktiviteter i deres folkesundhedsindsats, men det foregår ikke altid på en systematisk måde. Der er stor politisk interesse for området, og undersøgelsen peger på, at der er behov for videns- og kompetenceopbygning i kommunerne, for at lykkes med implementeringen af indsatserne.

Vi håber, at kortlægningen vil inspirere kommuner, lokale foreninger og andre aktører til at udvikle arbejdet med folkesundhed, natur og friluftsliv yderligere. Lad os sammen sætte friluftslivet på dagsordenen som en del af løsningen, når vi snakker folkesundhed. Det kræver, at vi som samfund prioriterer gode rammer for friluftsliv i landets kommuner til glæde for både den enkelte borgers sundhed, den overordnede folkesundhed og dermed samfundet som helhed.

God læselyst!

Lars Mortensen

Formand, Friluftsrådet 2018

INDHOLD

1 INTRODUKTION.....	side 4
2. RESULTATER	side 5
2.1 Kommunernes inddragelse af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen.....	side 5
2.2 Politiske interesse og udformning	side 9
2.3 Faktorer i implementering af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen.....	side 11
2.4 Karakteristik af indsatser	side 12
2.5 Evaluering af indsatserne	side 16
3 KONKLUSION	side 17
4 DATAGRUNDLAG OG METODE	side 19
REFERENCER.....	side 21

KORTLÆGNING

Kommunernes inddragelse af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen.

Udgivet af Friluftsrådet 2018.

Rapporten kan downloades på www.friluftsradet.dk/sundinaturen.

Fotos: Colourbox.com, side 7 + 18:
Karin Winther.

ISBN.Nr.: 978-87-7764-036-0

Redaktion: Amalie Kastoft-Christensen, Christina Bjørk Petersen.

RESUME

Friluftsrådet gennemførte i efteråret 2017 en spørgeskemaundersøgelse, som havde til formål at kortlægge inddragelsen af natur- og friluftaktiviteter i kommunernes forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser. Kortlægningen bygger på spørgeskemabesvarelser fra 80 af landets 98 kommuner og syv opfølgende interviews med nøglepersoner i udvalgte kommuner.

Rapporten konkluderer, at langt størstedelen af landets kommuner benytter en eller anden form for natur- og friluftaktiviteter i deres folkesundhedsindsats på nuværende tidspunkt, men der er stor variation i både indholdet og organisering af indsatser. Der er stor politisk velvilje til at udvide området yderligere, hvilket understreger at, der er et behov for, at opsamle, dokumentere og systematisere praksisviden og erfaringer med natur- og friluftslivsaktiviteter i den kommunale folkesundhedsindsats.

Resultaterne viser, at størstedelen af landets kommuner inddrager natur- og friluftaktiviteter i den kommunale folkesundhedsindsats:

- 72 ud af 80 kommuner (90 %) i de borgerrettede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser
- 60 ud af 80 kommuner (75 %) i de patientrettede forebyggelsesindsatser og rehabilitering

Til trods for stor variation i kommunale indsatser med natur- og friluftaktiviteter ses, følgende fællestræk i fokusområder og organisering:

- Sundhedsfremmende og forebyggende indsatser med er primært målrettet fremme af fysisk aktivitet
- Rehabiliteringsindsatser er primært målrettet borgere med kroniske lidelser, som eksempelvis diabetes, KOL, hjerte-kar-symptomer/sygdom og kræft.
- Indsatserne er primært placeret i sundhedsforvaltningen, men hyppigt involveres flere forvaltninger i indsatsen herunder teknik- og miljøforvaltningen, kultur- og fritidsforvaltningen samt beskæftigelsesforvaltningen.
- 7 ud af 10 (72 %) indsatser inkluderer et samarbejde med eksterne aktører som fx natur- og friluftsledere, frivillige ildsjæle og idrætsforeninger, mens hver fjerde indsats udøves udelukkende i kommunalt regi.
- Halvdelen af kommunerne mener, at kvalifikationer og kompetencer hos de involverede medarbejdere er en af de vigtigste faktorer for implementeringen. Op mod hver tredje mener, at viden om det sundhedsfremmende potentialer, politisk efterspørgsel, tid samt engagerede frivillige er væsentlige for og kompetenceudvikling for at lykkes med implementeringen.
- Knap halvdelen (48%) af indsatserne er blevet evalueret. En overvejende del af indsatserne vurderes til at resultere i fysiske helbredsforbedringer, bedre trivsel og større engagement fra borgeren i forløbet.



1. INTRODUKTION

På baggrund af den stigende bevidsthed om at natur og friluftsliv kan ses som et bidrag til at løse de sundhedsmæssige udfordringer, som mange kommuner står overfor, er der flere og flere kommuner, der inddrager natur og friluftsliv i folkesundhedsindsatsen. Omfanget af denne type indsats er hidtil ukendt, ligesom vi heller ikke har et overblik over variationer i indhold, struktur og organisering fra kommune til kommune. Der er et behov for at få et overblik over, hvordan landets kommuner inddrager natur- og friluftaktiviteter i deres sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsats. Denne rapport viser resultaterne af en kortlægning af, hvordan og i hvilket omfang kommunerne inddrager natur- og friluftaktiviteter i deres folkesundhedsindsats.

Hvad kan naturen?

Naturen er derude, til rådighed for os alle og rummer et stort uudnyttet potentiale til at fremme sundheden, både fysisk, mentalt og socialt. Naturen er en uformel ramme, som tillader adgang for alle landets borgere uanset alder, køn, socioøkonomisk baggrund, fysiske og mentale helbredsudfordringer. Af rapporten "Danskernes friluftsliv" (Friluftsrådet, 2017) kan vi se, at mange danskere er glade for friluftsliv, og mange er aktive i det fri flere gange ugentligt. Den sociale ulighed er tilmed relativt begrænset i danskernes foretrukne friluftaktiviteter, såsom at gå en tur eller at gå ud for at opleve naturen (Friluftsrådet, 2017). I naturen er der rig mulighed for et væld af aktiviteter, som kan foregå i fællesskab såvel som individuelt. Naturen kan danne ramme om højintense og krævende fysiske aktiviteter, men i naturen kan vi også finde plads til fordybelse, ro og dyrke de mange sansindtryk, vi bliver udsat for. Naturen er unik i sin mangfoldige karakter og udfoldelsesmuligheder, og så er den let tilgængelig for os.

Hvad ved vi om effekterne?

Evidensen for friluftslivets gavnlige effekter for folkesundheden findes bl.a. i forskningsoversigten "Viden om effekter af friluftsliv på sundhed" (Mygind et al., 2018). Heri dokumenteres, hvad vi ved om friluftslivets effekter på både den fysiske, psykiske og sociale sundhed. Forskningsoversigten viser, at der er god dokumentation for, at ophold og aktiviteter i naturen medfører et lavere stressniveau, reducerer risikofaktorer for hjertekarsygdomme,

forbedrer koncentrationsevnen og styrker selvværd, personlig kontrol og samarbejdsdynamikker (Mygind et al., 2018).

Kommunernes opgave

Som følge af strukturreformen i 2007 har kommunerne med Sundhedsloven fået hovedansvaret for at skabe rammerne for en sund levevis, ligesom kommunerne er forpligtet til at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver omfatter både en borgerrettet indsats og en patientrettet indsats. Indsatsene bør være baseret på en sundhedsfaglig prioritering, dokumenterede metoder og aktiviteter samt en løbende kvalitetsovervågning (Sundhedsstyrelsen, 2007). Kommunernes forebyggelsesindsats forventes at bygge på evidensbaserede tiltag med dokumenterbar effekt. Forskningsoversigten (Mygind et al., 2018) peger på, at praktikere og sundhedsplanlæggere i kommunerne på baggrund af relativ sikker viden kan facilitere indsats, som at inddrage naturen og friluftaktiviteter i forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende indsats. Rapporten peger imidlertid også på, at der fortsat er områder, som vi ikke ved så meget om. Forskningen er fortsat på et tidligt stadie, og vi har brug for at udbygge viden om, hvad virker for hvem og under hvilke omstændigheder. Af denne grund varierer kommunernes indsats betragteligt, hvilket yderligere skaber et behov for at få et overblik over, hvad der sættes i gang og gennemføres i landets kommuner.

Mål eller middel?

Sundhedsfremme kan være et mål i sig selv, men det kan også være et middel til at opnå andre mål. Mangfoldigheden i naturens sundhedsfremmende potentiale peger ind i flere forskellige forvaltningsområder. Fremme af mental sundhed gennem natur og friluftaktiviteter kan eksempelvis være et middel til at mindske sygefravær, gøre borgere uden for beskæftigelse mere arbejdsmarkedsparete og sikre flere selvhjulpne ældre (Sundhedsstyrelsen, 2012a). Det er derfor relevant at tænke sundhedsfremme med natur og friluftsliv ind på tværs af forvaltningsområder, da sundhedsfremmende indsats kan bidrage til at løfte nogle af kerneopgaverne for andre forvaltningsområder end sundhedsområdet (Sundhedsstyrelsen, 2010a).



2. RESULTATER

Resultaterne af kortlægningen er todelt. Den ene del af resultaterne er baseret på spørgsmål, der omhandler omfanget af kommunale patient- og borgerrettede sundhedsindsatser, som inddrager natur- og friluftaktiviteter, samt opgørelser over kommunernes politiske interesse i området. Den anden del er baseret på beskrivelser af konkrete indsatsers organisering, indhold samt en vurdering af indsatserne. Eksemplerne på konkrete indsatser suppleres med resultater fra de uddybende interviews.

2.1 Kommunernes inddragelse af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen

Borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse

På baggrund af spørgsmål vedrørende kommunernes inddragelse af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen viser kortlægningen, at 90 % af de deltagende kommuner i løbet af det seneste år har inddraget natur- og friluftaktiviteter i deres arbejde med borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse (tabel 1).

	Antal	Procent
Ja	72	90
Nej	8	10
I alt	80	100

Tabel 1: Andel af kommuner, som inden for det seneste år har inddraget natur- og friluftaktiviteter i den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse.

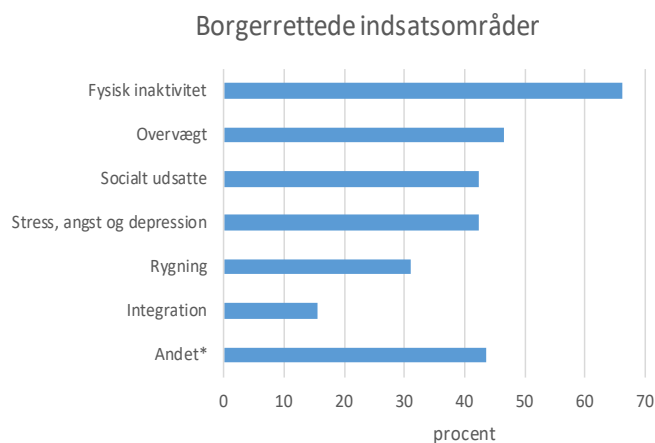
Det er således en meget høj andel af de adspurgte, som inddrager natur- og friluftaktiviteter i den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse. Det skal imidlertid bemærkes, at vi ikke kender forekomsten af denne typer indsats blandt de kommuner, som ikke har besvaret spørgeskemaet. Det er muligt, at de kommuner, som ikke har besvaret spørgeskemaet, ikke har nogle sundhedsindsatser af denne karakter. Det skal endvidere bemærkes, at der i dette spørgsmål ikke skelnes mellem graden af natur- og friluftsliv i indsatsen og formålet med indsatsen. Derfor indebærer ovenstående procentsats både kontinuerlige indsatsers såvel som enkeltstående indsatsers med varierende indhold, organisering og varighed.

Af tabel 2 ses den regionale fordeling af inddragelsen af natur- og friluftaktiviteter i borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse inden for det seneste år. Kommunerne i region Nordjylland er dem, der i mindst udstrækning inddrager natur- og friluftaktiviteter i den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse, men overordnet er de geografiske forskelle begrænsede. Tallene er angivet i procent.

Region	Ja	Nej
Hovedstaden	87	13
Sjælland	91	9
Syddanmark	95	5
Midtjylland	94	6
Nordjylland	80	20

Tabel 2: Regional fordeling af inddragelsen af natur- og friluftaktiviteter i borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse inden for det seneste år. N=80

Af figur 1 fremgår det, at fysisk inaktivitet er det primære indsatsområde for borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse, der inddrager natur- og friluftaktiviteter (66 %). Derudover er de hyppigste indsatsområder i denne forbindelse knyttet til overvægt (47 %), stress, angst og depression (42 %), socialt udsatte borgere herunder bl.a. ledige, hjemløse og misbrugere (42 %) og rygning (31 %). En mindre andel er rettet mod integrationsområdet, og en anden lille del af indsatsene er ikke rettet mod nogle specifikke målgrupper (16 %) (figur 1 side 6). Kommunerne i alle fem regioner inddrager natur- og friluftaktiviteter i deres borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse, når det gælder sundhedsindsatser med fokus på fysisk inaktivitet, overvægt, socialt udsatte, rygning. Også i sundhedsfremmende og forebyggende indsats, der ikke er rettet mod nogen specifik målgruppe, inddrages natur- og friluftaktiviteter. Kommunerne i Region Nordjylland har som de eneste ikke nogen indsats rettet mod stress, angst og depression, ligesom de heller ikke inddrager natur- og friluftaktiviteter i den borgerrettede indsats i forhold til integration (data ikke vist).



Figur 1: Opgørelse over indsatsområder i den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse, som inddrager natur- og friluftaktiviteter. Mulighed for angivelse af flere svar. N=71

*Kategorien "Andet" inkluderer bl.a. indsatser rettet mod personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, personer med særlige sociale problemer, samt indsatser der ikke er rettet mod nogle specifikke sundhedsudfordringer.

Patientrettet rehabilitering

Kortlægningen viser, at 60 % af de deltagende kommuner i løbet af det seneste år har inddraget natur- og friluftaktiviteter i deres arbejde med patientrettet rehabilitering (tabel 3).

	Antal	Procent
Ja	60	75
Nej	15	19
Ved ikke	5	6
I alt	80	100

Tabel 3: Andel af kommuner, som inden for det seneste år har inddraget natur- og friluftaktiviteter i den patientrettede rehabilitering.

Den store andel af kommuner, som angiver, at natur- og friluftaktiviteter inddrages i den patientrettede rehabilitering, kan ligesom ved den borgerrettede sundhedsfremme skyldes, at de

kommuner, der ikke indgår i undersøgelsen er dem, der ikke inddrager natur- og friluftaktiviteter i deres rehabiliteringsindsatser. Det bør også bemærkes, at der i spørgsmålet til patientrettede rehabiliteringsindsatser ikke skelnes mellem graden af natur- og friluftsliv i indsatsen. Derfor indebærer ovenstående procentsats både kontinuerlige indsatser såvel som enkeltstående indsatser med varierende indhold, organisering og varighed. Enkelte kommuner har desuden angivet "ved ikke", hvilket kan være et udtryk for, at det har været svært for vedkommende, der har besvaret spørgeskemaet, at vurdere hvilke rehabiliteringsindsatser der findes på området. Det reelle billede af kommunernes inddragelse af natur- og friluftaktiviteter i rehabiliteringsindsatser kan derfor være anderledes.

Region	Ja	Nej	Ved ikke
Hovedstaden	65	26	9
Sjælland	82	18	0
Syddanmark	80	15	5
Midtjylland	81	13	6
Nordjylland	70	20	10

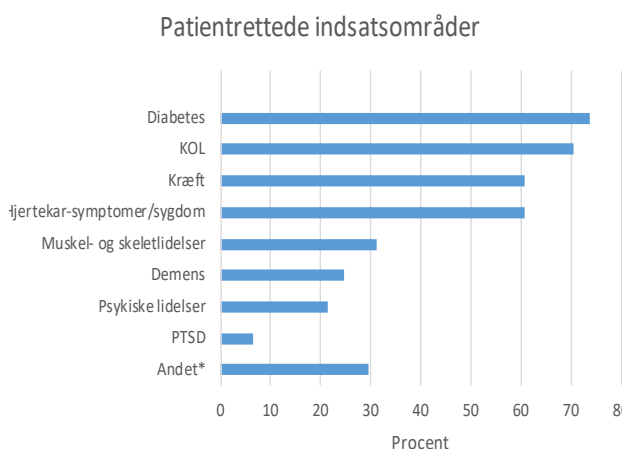
Tabel 4: Regional fordeling af inddragelse af natur- og friluftaktiviteter i patientrettet rehabilitering inden for det seneste år. N=80

Tabel 4 viser den regionale fordeling af inddragelsen af natur- og friluftaktiviteter i den patientrettede rehabilitering inden for det seneste år. Kommunerne i Region Hovedstaden og Nordjylland inddrager i mindst udstrækning natur- og friluftaktiviteter i den patientrettede rehabilitering (hhv. 65 og 70 %). Til gengæld er det også i disse to regioner, at vi finder flest "ved ikke"-besvarelser. De regionale forskelle i inddragelsen af natur- og friluftaktiviteter i patientrettet rehabilitering er dog begrænsede. Det er ikke muligt at vurdere, hvorfor der er svaret "ved ikke", men et bud på en forklaring kan være, at spørgsmålet har været svært at besvare, hvis ikke relevante fagpersoner har været involveret i besvarelsen af spørgsmålet. Tallene er angivet i procent.



Figur 2 viser en opgørelse over, hvilke indsatsområder den patientrettede rehabilitering som inddrager natur- og friluftaktiviteter typisk er rettet mod. I den patientrettede rehabilitering inddrager kommunerne især natur- og friluftaktiviteter i indsatsen rettet mod kroniske lidelser, som eksempelvis diabetes (74 %), KOL (71 %), hjerte-kar-symptomer/sygdom (61 %) og kræft (61 %).

Når det gælder patientrettede indsatser med fokus på demens, psykiske lidelser og PTSD, er inddragelsen af natur- og friluftaktiviteter begrænset i alle fem regioners kommuner. I denne kortlægning er der eksempelvis kun registreret rehabiliteringsindsatser i naturen rettet mod PTSD-ramte i enkelte kommuner i region Syddanmark (data ikke vist).

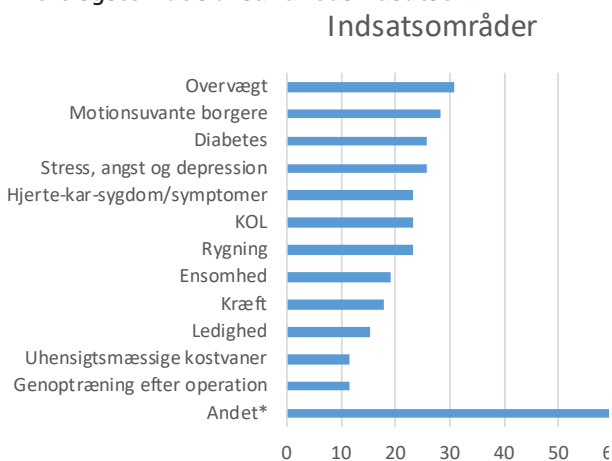


Figur 2 Opgørelse over indsatsområder i den patientrettede rehabilitering, som inddrager natur- og friluftaktiviteter. Mulighed for angivelse af flere svar. N=61

*Kategorien "Andet" inkluderer bl.a. indsatser rettet mod borgere med metabolisk syndrom, samt indsatser der ikke er rettet mod specifikke helbredsudfordringer.

I spørgeskemaet har det været muligt for hver kommune at beskrive op til tre forskellige indsatser. Dette har resulteret i 80 forskellige eksempler på indsatser.

I nedenstående figur præsenteres en opgørelse over hvilke fysiske, mentale og sociale udfordringer, som indsatserne er rettet mod, baseret på den del af spørgeskemaet der omhandler konkrete beskrivelser af kommunernes indsatser. Som det fremgår af figuren, er indsatserne ofte rettet mod flere forskellige helbredsudfordringer og favner dermed bredt. I knap hver tredje indsats er overvægt i fokus, og over 25 % af indsatserne henvender sig mod helbredsudfordringer som diabetes, stress, angst og depression samt motionsuvede borgere. Hver femte indsats er rettet mod helbredsudfordringer som hjerte-kar-problemer, KOL, rygning og ensomhed (figur 3). Det er imidlertid uklart, hvordan det samlede billede af natur- og friluftsliv i folkesundhedsindsatsen ser ud, da beskrivelserne af de konkrete indsatser er baseret på 55 % af de deltagende kommuner i kortlægningsundersøgelsen (44 kommuner). Det kan derfor være, at de kommuner, der ikke har beskrevet en konkret indsats, primært inddrager natur- og friluftaktiviteter i enkeltstående aktiviteter og offentlige arrangementer, fremfor at det indgår mere systematisk i sundhedsindsatsen.



Figur 3: Opgørelse over hvilke helbredsudfordringer indsatserne er rettet mod. Mulighed for angivelse af flere svar. N=78

*Kategorien "Andet" inkluderer bl.a. indsatser rettet mod beboere i socialt belastede boligområder, borgere med demens, undervægt, alkoholmisbrug, PTSD, samt indsatser som ikke er rettet mod nogle specifikke målgrupper.



Den brede fordeling af hvilke indsatsområder de kommunale sundhedstilbud retter sig mod kan ses som et udtryk for, at natur- og friluftaktiviteter er tiltalende for mange borgere på tværs af fysiske, psykiske og sociale udfordringer. Dette kommer eksempelvis til udtryk i den måde en informant omtaler, hvordan naturen er oplagt at inddrage i forskellige typer sundhedstilbud, netop i kraft af naturens uformelle rammer, rige udfoldelsesmuligheder og lette tilgængelighed:

”Det at bevæge sig i naturen er noget alle har mulighed for. I hvert fald i vores kommune, hvor vi er en landkommune, så alle er rimelig tæt på naturen. Det har været helt naturligt fra starten at inddrage naturen, også fordi naturen ikke lægger op til at man skal have noget særligt tøj på, der er ikke nogle spejle, der er ikke nogen andre der på den måde kan se én, og kræver heller ikke at man skal have nogle redskaber.”

Køn- og aldersfordeling

På baggrund af beskrivelserne af de 80 konkrete indsatser, fremgår det, at størstedelen af indsatserne ikke er kønsspecifikke (84 %) (tabel 5).

	Antal	Procent
Kvinder	2	3
Mænd	11	14

Tabel 5: Indsatserne fordelt på køn

At størstedelen af indsatserne ikke er målrettet et specifikt køn, understreger at naturen anses som anvendelig at inddrage i sundhedstilbud rettet til både mænd og kvinder. Når 14 % af de beskrevne indsatser er specifikt henvendt til mænd, begrundes det eksempelvis med, at kommunale sundhedstilbud i naturomgivelser er mere appellerende for mænd end traditionelle tilbud. En informant beskriver bl.a. følgende årsager til at lave sundhedsindsatser, der inddrager natur- og friluftaktiviteter specifikt henvendt mænd:

”De benytter sig ikke på samme måde af de tilbud vi har i centret, og vi må så prøve at gøre noget andet for at få fat i dem. Så det her med at det er i naturen, det er ude, det er ikke så meget sundhedssnak og ikke så meget sygdom. Det er sådan mere ud at være lidt mand og lave nogle mandige ting.”

De samme faktorer spiller ind i et opfølgende interview med en anden informant, som også beskriver, hvordan sundhedstilbud i naturen kan virke mere tiltalende for mænd med helbredsudfordringer:

”Vi kunne se at det med at være ude i naturen for dem [mændene], var et andet møderum, som var mere uformelt og det var en mere almindelig mødesituation, det er også sådan noget andre mennesker gør.”

Rekruttering af mænd til kommunale folkesundhedstilbud kan være en udfordring. Derfor søger flere kommuner at målrette indsatser til mænd med tilbud, som tænkes at motivere og fastholde dem til indsatserne. Konteksten for en sundhedsindsats rettet mod mænd kan i sig selv have betydning for deres deltagelse og dermed have betydning for, om indsatsen har en effekt eller ej (Sundhedsstyrelsen, 2010b). I denne forbindelse nævner flere informanter, at de oplever, at naturen kan være en velegnet arena for sundhedsindsatser til mænd.

Størstedelen af indsatserne er henvendt til den voksne del af befolkningen (+18 år). En lille andel af indsatserne er målrettet børn og unge (5 %). Derudover er 6 % af indsatserne henvendt til familier, og enkelte indsatser går på tværs af aldersgrupper, eksempelvis indsatser på tværs af generationer, såsom bedsteforældre og deres børnebørn (tabel 6).

	Antal	Procent
Børn og unge	4	5
Børn, unge og voksne (familier)	5	6
Voksne	44	55
Ældre	4	5
På tværs af aldersgrupper	3	4
Alle aldersgrupper	20	25
I alt	80	100

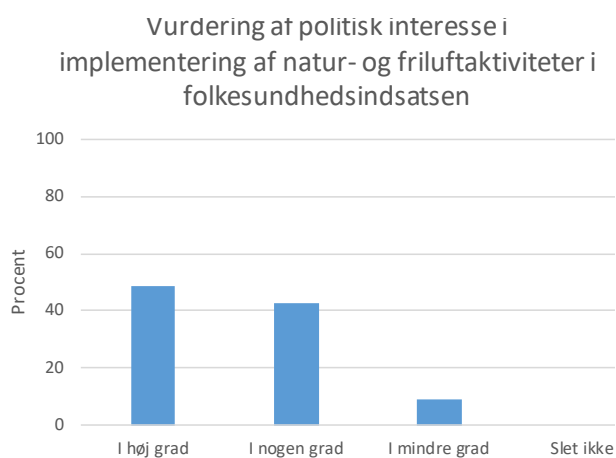
Tabel 6: Indsatserne fordelt på alder

Ud fra beskrivelserne af konkrete sundhedsindsatser som inddrager natur- og friluftaktiviteter, beskæftiger indsatserne rettet mod børn og unge sig primært med motionsuvanathed, stress, angst og depression. I enkelte indsatser er der desuden fokus på overvægt. Disse indsatsområder er også omdrejningspunkter for indsatser målrettet voksne. Indsatser rettet mod voksne er i tillæg hertil også sygdomsrelateret, fx i behandling af hjerte-kar-sygdom eller diabetes. (Data ikke vist).

2.2 Politiske interesse og udformning

Vurdering af politisk interesse

I spørgeskemaet bliver respondenterne bedt om at vurdere i hvilken udstrækning, de mener, at der er politisk interesse i at implementere natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen i den kommune, de er ansat i. Knap halvdelen af de adspurgte vurderer, at der i deres kommune er høj grad af politisk interesse i at implementere natur- og friluftaktiviteter i kommunens folkesundhedsindsats (49 %). I 43 % af besvarelserne vurderer respondenterne, at der er nogen grad af politisk interesse i området. Under 10 % vurderer, at der kun er mindre grad af interesse. Ingen af de adspurgte vurderer, at der slet ikke er nogen politisk interesse i emnet (figur 4).



Figur 4: Politisk interesse i implementering af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen. N=80

I spørgeskemaet er der spurgt til respondenternes subjektive vurdering af, om der er politisk interesse i at implementere natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen.

Det er derfor muligt, at såfremt en anden person havde lavet besvarelsen, ville opfattelsen af den politiske interesse for området have været en anden. Det kan derfor ikke

konkluderes, at denne vurdering af politisk interesse for området afspejler den reelle politiske interesse i landets kommunalbestyrelser og udvalg/råd.

Til trods for denne subjektive vurdering, oplever en stor andel af de adspurgte en politisk interesse for at inddrage natur- og friluftaktiviteter i sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsatser, hvilket eksempelvis udtrykkes således af to informanter:

"På politiker-niveau har de den her vision om naturen, og derved er der noget fokus på det. [...] Jeg har en klar opfattelse af, at der er opbakning til det her [at inddrage natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen]. Hvordan det så lige kommer til udtryk, det er lidt svært at sige. Men jeg ved, at vores overordnede leder jævnligt hører om hvilke indsatser der er, og i og med at der ikke bliver lukket ned for dem, må der være en eller anden positiv indstilling til det."

"Der er helt sikkert en politisk interesse i langt mere borgerinddragelse, og det er noget kommunen gør meget ud af og som politikerne er meget interesserede i. Men der er stadigvæk nogle helt organisatoriske udfordringer, det kan fx være det med kontingent; at vi ikke må tage penge for vores tilbud."

Én ting er den politiske interesse for området, noget andet er de strukturelle rammer, som kommunernes sundhedstilbud er underlagt. Ovenstående citat påpeger udfordringen med at lave kommunale sundhedstilbud i samarbejde med foreninger, hvilket også hæmmer brobygningsmulighederne, da kommunen ikke kan kræve betaling fra borgeren eller betale kontingentet for borgeren i en sådan situation.



Integrering af natur- og friluftaktiviteter i eksisterende politikker

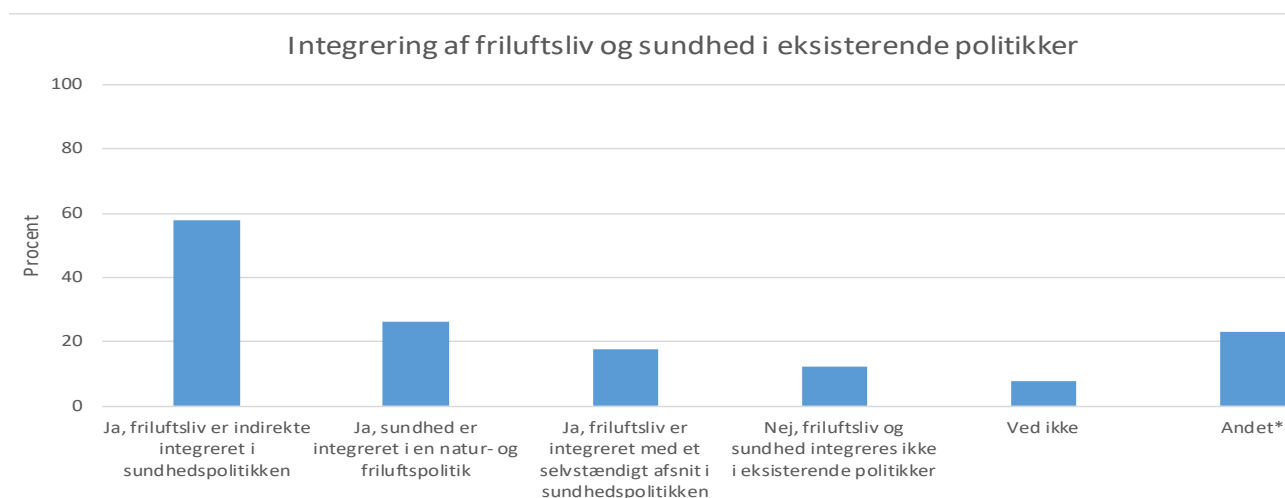
I knap 60 % af landets kommuner er friluftsliv indirekte integreret i sundhedspolitikken, fx ved henvisninger til brug af natur eller udearealer. I hver fjerde af de deltagende kommuner er sundhed integreret i en natur- og friluftspolitik, og i op mod hver femte kommune er friluftsliv integreret med et selvstændigt afsnit i sundhedspolitikken. I 13 % af de deltagende kommuner integreres friluftsliv og sundhed ikke i de eksisterende politikker (figur 5).

At friluftsliv oftest er indirekte integreret i en sundhedspolitik kan bl.a. hænge sammen med, at Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker kun i begrænset omfang inkluderer natur og friluftsliv. Natur og friluftsliv indgår som delelement i enkelte af pakkerne, fx forebyggelsespakkerne om mental sundhed og fysisk aktivitet (Sundhedsstyrelsen, 2012a, 2012b). De faglige anbefalinger på området er derfor begrænsede, og det kan være udfordrende at udforme selvstændige politikker, når vidensgrundlaget er begrænset. En måde at imødekomme denne udfordring kan være ved at se nærmere på Sund By Netværket, som er etableret for at understøtte folkesundhedsarbejdet på tværs af kommunale, regionale og politiske grænser og bl.a. har temagruppen "Natur, udeliv og sundhedsfremme". Denne temagruppe har til formål at "fremme folkesundheden ved at sætte fokus på og inspirere til, at natur og udeliv inddrages og anvendes rammesættende og strukturelt i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde på tværs af afdelinger, forvaltningsområder i kommunerne og eksterne aktører" (Sund By Netværkets temagruppe for Natur, udeliv og sundhedsfremme). Et eksempel på integration af sundhed og friluftsliv kommer til udtryk i en respondents uddybende kommentar, hvor vedkommende beskriver, at

"naturen anvendes målrettet i sundhedsindsatsen" i den pågældende kommunes udvalgsstrategi for Sundhed & Omsorgsudvalget. Nogle kommuner har integreret sundhed, som et selvstændigt element i natur- og friluftspolitikken. Bl.a. i Ishøj Kommunes Natur- og Friluftspolitik 2016, hvor sundhed er et ud af fire fokusområder, som i sammenhæng skal skabe en mere helhedsorienteret udvikling i kommunen. Visionen for sundhedsområdet i denne Natur- og friluftspolitik er at "sikre tilgængelighed til rekreative og grønne områder, der tilgodeser borgernes behov for mentalt og fysisk sunde aktiviteter. [At] skabe rum for ro og fordybelse og styrke oplevelsen af tryghed på stinettet og i naturområderne." (Ishøj Kommune). Ringkøbing-Skjern Kommunes vision Naturens Rige er et andet eksempel på, hvordan naturen er omdrejningspunkt i sundhedspolitikken, og at man "gennem naturen vil sikre borgerne det gode liv og at skabe vækst i kommunen" (Ringkøbing-Skjern Kommune).

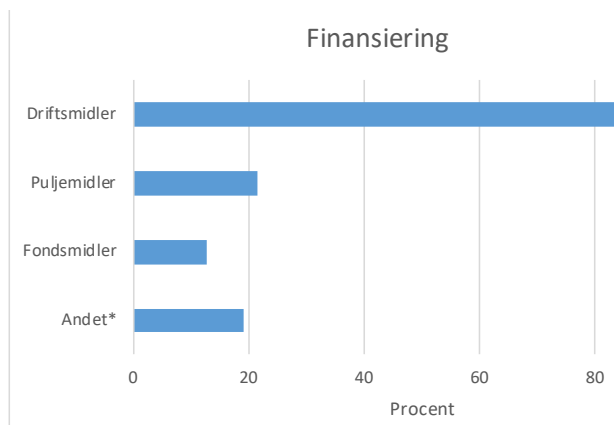
Finansiering

Figur 6 viser, at størstedelen af indsatserne er finansieret af driftsmidler (84 %) og gerne i kombination med midler fra puljer eller fonde. Ud af de 80 beskrevne indsatser finansieres 15 % af dem således af en kombination af drifts- og puljemidler, mens få indsatser finansieres af både drifts-, pulje- og fondsmidler (4 %) (data ikke vist). Ud af de i alt 80 beskrevne indsatser, er 60 % udelukkende finansieret af driftsmidler (data ikke vist). Hver femte indsats finansieres af puljemidler, og 12 % af de beskrevne indsatser finansieres af fondsmidler. Spørgsmålene vedrørende vurdering af den politiske interesse i at implementere natur- og friluftaktivitet i kommunale sundhedsindsatser, samt hvordan sundhed og friluftsliv integreres i eksisterende politikker, er interessant i forhold til, hvordan der i praksis arbejdes med natur- og friluftsliv i de kommunale folkesundhedsindsatser.



Figur 5: Integrering af friluftsliv og sundhed i eksisterende politikker. Mulighed for angivelse af flere svar. N=78

*Kategorien "Andet" inkluderer bl.a. direkte og indirekte integrering i idræts- og bevægelsespolitikker, børne- og ungepolitikker, kultur- og fritidspolitikker, miljø- og klimapolitikker samt en selvstændig Friluftstrategi hvori sundhed indgår.



Figur 6: Andel af indsatser, som er finansieret af drift-, pulje- eller fondsmidler. Mulighed for angivelse af flere svar. N=79

*Kategorien "Andet" inkluderer bl.a. finansiering gennem diverse interne puljer, LAG-midler og foreningers frivillige involvering.

At langt størstedelen af indsatserne er finansieret af driftsmidler kan betragtes som et udtryk for at sundhedsindsatser, der inddrager natur- og friluftaktiviteter møder politisk opbakning og prioriteres i kommunernes budgetter. På trods af at natur og friluftsliv ikke nødvendigvis har selvstændige politikker med fokus på sundhed, men at natur og friluftsliv oftest er indirekte integreret i sundhedspolitikker (jf. figur 6), viser der sig en lokal politisk vilje til at prioritere inddragelsen af natur og friluftsliv i kommunale sundhedsindsatser. Det er interessant, at størstedelen af de beskrevne indsatser er finansieret af driftsmidler, da sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser sammenlignet med andre forvaltningsområder i højere grad er præget af en projektkultur, der er velegnet til udvikling og til at sikre fleksibilitet i forhold til anvendelsen af ressourcerne, mens der er forventning om mere stabilitet, såfremt indsatserne implementeres i driften (Sundhedsstyrelsen, 2010a). I et interview udtrykker en informant, at en af udfordringerne ved denne typer indsatser er at få det implementeret i driften, så der er sikret tid og ressourcer.

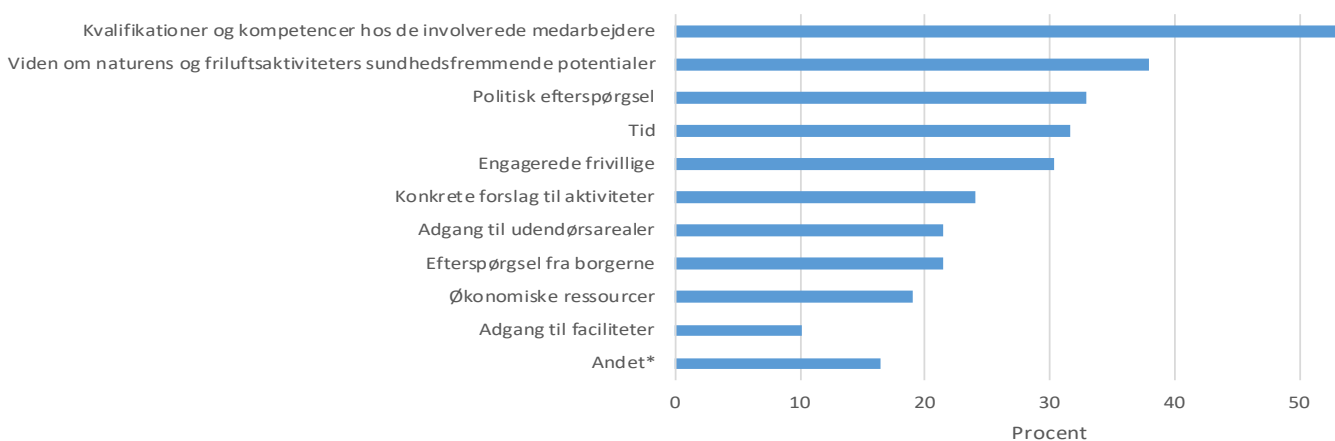
Det bør bemærkes, at der i denne kortlægning ikke spørges ind til, hvad finansieringen dækker over. Indsatsernes økonomiske størrelsesorden er derfor ikke nærmere specificeret.

2.3 Betydningsfulde faktorer for implementering af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen

Figur 7 viser en opgørelse over hvilke faktorer de deltagende kommuner vurderer har størst betydning for at fremme implementering af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen. Kommunerne har haft mulighed for at vælge op til tre af i alt ti på forhånd opstillede faktorer. Derudover har der været mulighed for at komme med uddybende kommentarer til valget, samt mulighed for at angive andre betydningsfulde faktorer. Halvdelen af kommunerne mener, at kvalifikationer og kompetencer hos de involverede medarbejdere er en af de vigtigste faktorer for implementeringen af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen. Derudover er der en jævn fordeling mellem de andre oplyste faktorer, men op mod hver tredje kommune mener, at viden om naturens og friluftaktiviteters sundhedsfremmende potentialer, politisk efterspørgsel, tid samt engagerede frivillige er blandt de vigtigste faktorer for at fremme inddragelsen af natur og friluftsliv i folkesundhedsindsatserne (figur 7).

Efterspørgslen på kompetencer og evidens for naturens sundhedsmæssige potentialer er stor. Kompetenceudvikling kan eksempelvis være ved at inddrage naturvejledere i sundhedsindsatserne, eller afholde kurser for sundhedspersonalet, som bl.a. én informant nævner, at de har gjort i vedkommendes kommune:

Betydningsfulde faktorer for implementering af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen



Figur 7: Vigtigste faktorer for implementering af natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen. Mulighed for op til tre svar. N=79

*Kategorien "Andet" inkluderer bl.a. logistik, kvaliteten af samarbejdet på tværs af forvaltninger og foreningernes imødekommenthed over for nye deltagergrupper.

”For at vi kan lave de her tilbud er man nødt til at uddanne folk til det. For eksempel har vi sendt nogle sundhedsvejledere på kursus i fitness i skoven, altså fitness med naturredskaber. Det er vigtigt at man uddanner folk, at man tilbyder det. At man bliver opmuntret til at bruge naturen. At der kan findes nogle ekstra ressourcer, så der kan blive ansat flere naturvejledere til at tage sig af det.”

Frivillighed nævnes af flere informanter i de udbydende interviews som vigtige for implementeringen af sundhedsindsatser af denne karakter. Frivillige aktører kan indgå på forskellig vis i sundhedsindsatserne, eksempelvis i forbindelse med at få borgeren til at føle sig tryk og have lyst til tage del i tilbuddet:

”De frivillige betyder rigtig meget. At man selv er der, virker engageret og står klar. Og at man modtager de nye, byder velkommen og gør de andre i gruppen opmærksomme på, at der er kommet en ny. Man kan jo være lidt sårbar i den situation, hvor man måske ikke kender nogen.”

En af de udfordringer, som informanterne nævner ved samarbejdet med eksterne aktører, er at der i implementeringsfasen kan ske forandringer, således indsatsen ændrer karakter fra hvad der oprindeligt var tiltænkt:

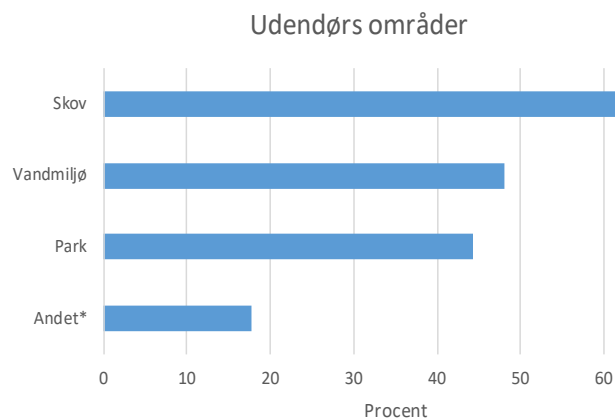
”Det der altid er en udfordring er, at det ikke altid bliver lige som man havde forestillet sig. Vi er to som havde tænkt, det her det er godt nok et fedt koncept og har tænkt én vej i det, og når vi så samarbejder med frivillige og organisationer, jamen så er det ikke sikkert, at det er lige den vej de synes. De har noget engagement og en ide, men det er jo ikke sikkert, at tilbuddet får lige den udformning man havde tænkt.”

2.4 Karakteristik af indsatser

Kortlægningsundersøgelsen har resulteret i 80 forskellige eksempler på indsatser. I besvarelsen af spørgeskemaet har det været muligt for hver kommune at beskrive op til tre forskellige indsatser. 55 % af kommunerne har beskrevet én indsats eller mere. For den andel af kommuner, som ikke har beskrevet en indsats, er det uklart, hvordan de mere konkret inddrager natur- og friluftaktiviteter i folkesundhedsindsatsen. I det følgende afsnit præsenteres opgørelser over de spørgsmål der bl.a. omhandler indsatsernes målgrupper, brug af udeområder og faciliteter, aktivitetstyper og organisering. Da der i nogle tilfælde har været mulighed for at angive flere svar, vil tallene i nogle tilfælde summere til mere end 100 %.

Udeområder, aktiviteter, faciliteter

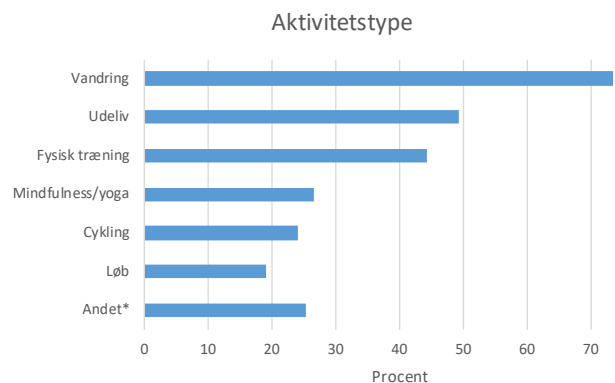
Figur 8 viser en opgørelse over hvilke udendørs områder, der typisk anvendes i kommunale folkesundhedsindsatser, som inddrager natur- og friluftaktiviteter. Skoven er et af de hyppigst anvendte udeområder blandt de beskrevne indsatser (62 %). I en stor del af indsatserne kombineres brugen af forskellige typer udearealer. Et eksempel herpå er, at i 71 % af de indsatser, hvor skoven bruges, benyttes også andre udeområder, som eksempelvis park, vandmiljø og eng- og markområder. Med vandmiljø menes eksempelvis hav, strand og kyst.



Figur 8: Opgørelse over anvendelsen af udendørs områder. Mulighed for angivelse af flere svar. N=79

*Kategorien ”Andet” inkluderer bl.a. nærliggende grønne områder, eng, mark og moseområder.

Den mest anvendte aktivitetstype i de beskrevne indsatser er vandring. I knap 75 % af indsatserne indgår vandring som aktivitet (figur 9). Det fremgår desuden af rapporten ”Danskernes friluftsliv”, at den foretrukne friluftaktivitet blandt danskerne er at gå en tur (Friluftsrådet, 2017). Halvdelen af indsatserne indbefatter udeliv med aktiviteter som eksempelvis madlavning over bål, sanke urter og overnatning. Fysisk træning er også en bredt anvendt aktivitet, som indgår i 44 % af de beskrevne indsatser. Knap hver fjerde indsats involverer cykling, og i hver femte indsats indgår aktiviteten løb. I 25 % af indsatserne er aktivitetstypen beskrevet som ”andet”, herunder eksempelvis svømning, roning, sejlads og klatring.

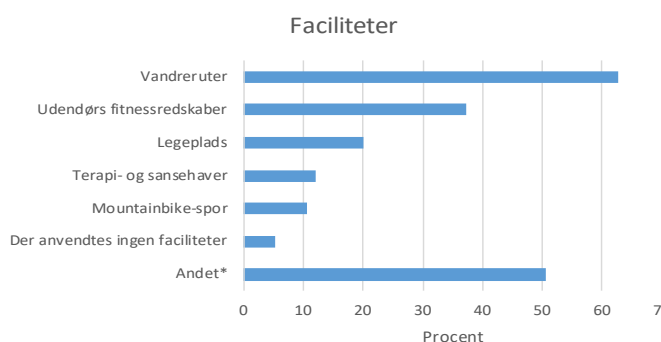


Figur 9: Opgørelse over aktivitetstyper. Mulighed for angivelse af flere svar. N=79

*Kategorien ”Andet” inkluderer bl.a. svømning, roning, sejlads og klatring. Fysisk træning er bl.a. styrketræning, parkour, kredsløbstræning, koordinations- og balance-træning.

Da størstedelen af aktiviteterne i indsatserne involverer vandring, er det så ikke overraskende, at der i over 60 % af indsatserne anvendes van-

dreruter. Derudover er der ved hver anden indsats angivet "andet" i forhold til hvilke faciliteter der anvendes, og i tilknytning hertil nævnes brug af bålhuse, shelterpladser, naturcentre, spejderhytter og lignende (figur 10). Disse faciliteter giver mulighed for madlavning over bål og overnatning, hvilket netop halvdelen af indsatserne indbefatter (jf. figur 9). Derudover giver brugen af bålhytter, shelterpladser og spejderhytter også ofte adgang til toiletfaciliteter og siddepladser, hvilket ellers kan være en begrænsende faktor for personer, der lider af visse sygdomme (fx kræftpatienter) eller for ældres borgers deltagelse i aktiviteter i naturen (Friluftsrådet, 2013).



Figur 10: Opgørelse over anvendelse af faciliteter. Mulighed for angivelse af flere svar. N=75

*Kategorien "Andet" inkluderer eksempelvis bålhuse, bål- og shelterpladser, naturcentre og spejderhytter.

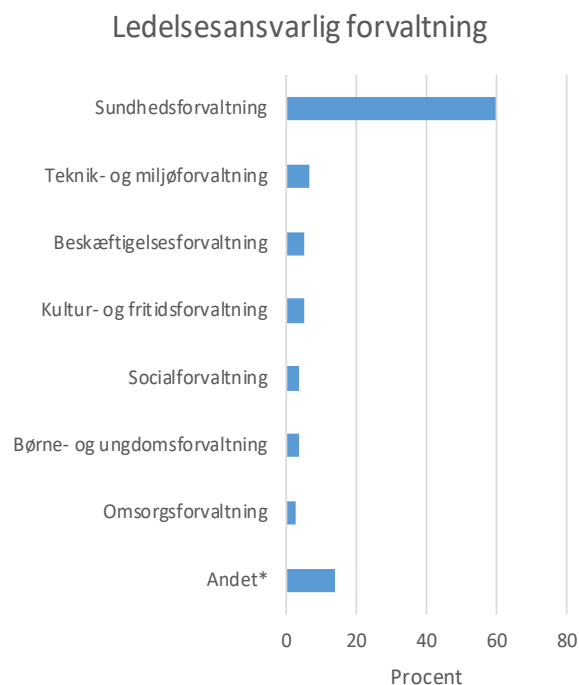
Interne aktører

Figur 11a viser en opgørelse over hvor ledelsesansvaret for indsatsen er placeret, mens figur 11b er en opgørelse over hvilke kommunale forvaltninger, der er involverede i indsatserne.

I 60 % af de beskrevne indsatser er ledelsesansvaret placeret i sundhedsforvaltningen (figur 11a), og i over 75 % af indsatserne er sundhedsforvaltningen involveret i en eller anden udstrækning (figur 11b). Sundhedsforvaltningen er i en tredjedel af indsatserne den eneste kommunale aktør, og lidt over halvdelen af disse indsatser involverer ingen eksterne aktører (data ikke vist). Årsagen til denne fordeling kan skyldes den måde spørgeskemaet blev distribueret på, som ved anden udsending primært blev sendt direkte til ansatte inden for sundhedsforvaltningen. Indsatser, som ikke er under ledelse af kommunens sundhedsforvaltning, ledes jævnt fordelt af teknik- og miljøforvaltningen (6 %), beskæftigelsesforvaltningen (5 %), kultur- og fritidsforvaltningen (5 %), socialforvaltningen (4 %), børne- og ungdomsforvaltningen (4 %) og omsorgsforvaltningen (3 %). I 14 % af indsatserne er ledelsesansvaret placeret i andre forvaltninger og afdelinger, som respondenterne ikke har kunnet placere i de ovenstående kategorier. Det gælder

eksempelvis for indsatser, hvor ledelsesansvaret er delt mellem to forvaltninger eller placeret hos fx sundheds- og kulturforvaltningen og handicapforvaltning. Ledelsesansvaret er i 11 % af de beskrevne indsatser delt mellem flere aktører (data ikke vist).

Foruden sundhedsforvaltningens hyppige involvering i sundhedsindsatser, der inddrager natur- og friluftaktiviteter, er der i flere indsatser interne kommunale samarbejder på tværs af forvaltningerne. Teknik- og miljøforvaltningen samt kultur- og fritidsforvaltningen indgår i over 25 % af de beskrevne indsatser, og beskæftigelsesforvaltningen er involveret i 16 % af indsatserne (figur 11b). Derudover involveres hhv. socialforvaltningen, børne- og ungdomsforvaltningen og omsorgsforvaltningen i ca. 10 % af kommunernes sundhedstilbud, som inddrager natur- og friluftaktiviteter.



Figur 11a: Opgørelse over hvilken forvaltning, der har/havde ledelsesansvaret for indsatserne. N=79

*Kategorien "Andet" 11a inkluderer bl.a. Ældre- og Handicapforvaltning, Sundheds- og Kulturforvaltning, Vækst- og Udviklingsforvaltningen, kommunale naturvejledere samt eksempler på tværgående indsatser med delt ledelsesansvar mellem to forvaltninger eller med ledelsesansvaret placeret hos en ekstern aktør. En kommune har således angivet, at ledelsesansvaret er "delt mellem teknik/miljø og sundhedsforvaltningen". En anden kommune har givet et eksempel på hvordan ledelsesansvaret er placeret hos en ekstern aktør i form af en paraply- og interesseorganisation.



Figur 11b: Opgørelse over hvilke forvaltninger der er/var involveret i indsatserne. Mulighed for angivelse af flere svar. N=76

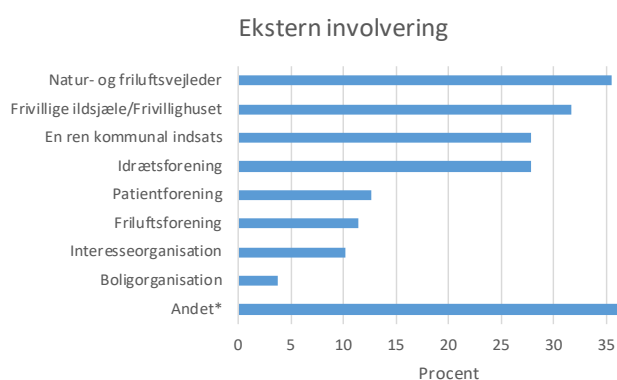
*Kategorien "Andet" 11b inkluderer bl.a. forvaltninger og afdelinger, der ikke kunne placeres i de opstillede kategorier, såsom Ældre- og Handicapforvaltningen, Sundheds- og Kulturforvaltningen og Center for ældre og rehabilitering.

Involveringen af flere forvaltningsområder viser, hvordan indsatser med natur og sundhed inddrages inden for andre områder end sundhedsområdet, hvorigennem sundhedsfremme kan være et middel til at løse andre forvaltningers kerneopgaver, såsom at forbedre den mentale sundhed som led i at øge beskæftigelsen. En sundhedspolitik med forpligtende og målbare mål for hvert forvaltningsområde, kan være en måde at implementere sundhed i andre forvaltningsområder. Dertil kan det være nyttigt, at det enkelte forvaltningsområde udarbejder handlingsplaner med klare mål for integrationen af sundhedsindsatsen. Tværsektorielle sundhedspolitikker kan medvirke til at skabe et fælles ansvar og give ejerskab for folkesundhe-

den blandt medarbejdere i forskellige forvaltningsområder (Sundhedsstyrelsen, 2010a).

Eksterne aktører

I 72 % af de beskrevne indsatser samarbejdes med eksterne aktører. Inddragelsen af eksterne aktører er eksempelvis natur- og friluftvejledere (35 %), frivillige ildsjæle (32 %) og idrætsforeninger (28 %). I alt 28 % af indsatserne er dog rene kommunale indsatser, og involverer således ikke samarbejde med eksterne aktører. Over en tredjedel af indsatserne involverer andre eksterne aktører, som eksempelvis indbefatter samarbejde med DGI, Naturstyrelsen, lokale råd og kredse, eksterne sundhedsaktører på området. Den store andel af "andet" viser, at indsatser af denne karakter er mangfoldige og kan involvere samarbejde ikke bare på tværs af kommunale forvaltninger, men også på tværs af lokale institutioner. (Figur 12)



Figur 12: Opgørelse over involverede eksterne aktører. Mulighed for angivelse af flere svar. N=79

*Kategorien "Andet" inkluderer bl.a. DGI, Naturstyrelsen, lokalråd, Sund By Netværket, eksterne sundhedsaktører på området.

Fleere informanter omtaler, hvordan involveringen af eksterne aktører er netværksbaseret og ofte udspringer af tidligere erfaringer med samarbejde med pågældende aktør, eller som resultat af at den enkelte medarbejder tilknyttet en indsats tager initiativ til et samarbejde.

"Det her Naturtræning er opstået på baggrund af det kroniker-samarbejde [rehabiliteringsindsats], der har været mellem DGI og kommunen og en forening."





”Hjerteforeningen har vi samarbejdet med omkring flere ting, og når man så laver sådan nogle her ting, så forgrener det sig og netværket bliver større. Nu bruger vi hinanden meget mere. Det gælder også Dansk Arbejder Idræt. Det har været et fint samarbejde med dem, og så begynder man at tænke, at vi også kan samarbejde med dem på andre områder.”

”Jeg er selv vinterbader og medlem af en forening i mit lokal-område. Så jeg har lånt klubben, og så tager jeg mændene med ud at bade i november, og viser dem hvad saunagus er, og det har betydet at rigtig mange af de mænd, har meldt sig ind i foreninger som vinterbader [...] Det er jo bare noget jeg tænker kunne være en god ide, så det prøver jeg, og på den måde er det blevet en fast del af det.”

I en tredjedel af indsætserne er der et samarbejde med en natur- eller friluftvejleder (figur 12). Naturvejlederen kan åbne naturen op for borgere, som måske ikke vant til at færdes i de områder, vedkommende tager dem med ud. To informanter omtaler bl.a. hvordan naturvejlederens faglighed kan give borgerne øget viden om naturen i lokalområdet, og igangsætte friluftaktiviteter, som borgerne måske ikke selv havde taget initiativ til. Et samarbejde med natur- eller friluftvejleder i kommunale sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsætser kan derved medvirke til, at borgerne får en større tilknytning til naturen og på egen hånd udforske den:

”Naturvejlederen har mulighed for at skabe nogle rammer i naturen, hvor det bliver en kombination af noget leg og noget praktisk, som man egentlig godt kan bruge til noget. Det her med at komme ud at køre mountainbike for eksempel - det kan godt være, at de ikke kommer ud at køre mountainbike bagefter, men hvis det så gør, at de kommer ud at cykle på deres almindelige cykel igen, så har det jo været et kæmpe plus. Det med at være i naturen, det flytter fokuset fra træningsdelen til oplevelsesdelen, og deraf bliver det også nemmere at lokke dem med til nogle ting, hvor man nogle gange tænker, ”det havde vi aldrig fået dem til”. Det giver dem nogle oplevelser, og fokus er et andet sted.”

”Jeg kan se, at dem jeg er ude med en gang om ugen er vilde med de naturture vi laver. De føler sig virkelig inspireret og synes det er helt fantastisk at komme ud at høre om de forskellige steder [...] Så kommer de ugen efter og siger »jeg tog min familie med ud sidste weekend, vi gik samme tur og jeg fortalte alt det du havde fortalt.« Mange af dem bliver rigtig inspireret og engageret i det.”

I knap halvdelen af alle de beskrevne indsætser er der i en eller anden udstrækning samarbejde med en forening, organisation eller frivillige/Frivillighuset, og 62 % af disse indsætser er afhængige af frivillige kræfter (data ikke vist). En af de udfordringer der nævnes i forbindelse med involveringen

af foreninger, og herunder frivillige, er at indsætserne eller tilbuddene ikke altid er fast forankrede i driften, hvorfor man er tilbageholdende med at inddrage foreninger/frivillige:

”Med projektet i 2016 var det planlagt, at vi skulle have foreningerne med ind over, som ville stå for nogle aktiviteter. Det var på plads, det var de foreninger, som gerne ville. Men så kom der problemer med stor personalemangel, så vi kom i en lidt vanskelig situation i socialpsykiatrien, og projektet blev derfor ikke til så meget. Men det har vi mulighed for at bygge videre på nu, for der var nogle foreninger, som godt ville være med. Men jeg tror først vi vil trække dem med ind igen, når vi kan se, at vi kan få en lidt mere stabil drift. Hvis vi først inviterer foreningerne, skal det helst også blive til noget, så der ikke bruges en masse tid på planlægning, og så bliver det ikke til noget. I forvejen kan det godt ske at ting bliver aflyst, men vi skal være rimelig sikre på at det er et forløb, som har en stabil drift, tænker jeg.”

I et af de uddybende interviews beskriver en informant, hvordan et ugentligt gå-tilbud i skoven er styret af frivillige aktører:

”Min kollega og jeg er koordinatore, så gør vi det at vi mødes med tovholderne [frivillige] en gang i mellem. De kører det helt selv i frivilligt regi nu. Vi har efterhånden erfaring med at det er ok med kommunalt støtte til at sætte det i gang, men vi vil gerne have, at det ikke er os der skal køre det. Det skal helst have sit eget liv.”

En anden informant udtrykker en imødekommethed fra foreningerne i forbindelse med at blive inddraget i kommunale sundhedstilbud:

”Min oplevelse er, at de foreninger jeg har kontakt til er meget samarbejdsvillige [...] De er meget åbne og vil gøre alt for at vi kan komme. Jeg er jo også lidt afhængig af tiderne, det skal jo gerne passe med dem [foreningerne] med tirsdag og torsdag mellem 17 og 20. Indtil nu har de foreninger gjort alt muligt for at vi kan komme i de tider. Det er jeg rigtig glad for. De vil gerne imødekomme.”

Flere informanter beskriver desuden, hvordan man fra kommunens side forsøger at anerkende foreningernes og de frivilliges indsats. Det kan fx være ved at afholde en Frivillig dag med forskellige aktiviteter og relevante foredrag og oplæg, eller gøre opmærksom på relevante kurser for de frivillige.

”Vi prøver at anerkende det at de gør en frivillig indsats ved fx at invitere til frokost for at høre status. Vi prøver at anerkende det, i den udstrækning vi har mulighed for det. Vi har også kontakt på mail med de frivillige. Der kan også være et arrangement, hvor vi fx skal stå med en stand og reklamere, og så spørger vi om de selv har lyst til at komme og reklamere for tilbuddet, eller hvis vi kunne få pladser på et kursus, som kunne lyde relevant for dem, så inviterer vi dem. Så med små ting prøver vi at anerkende deres frivillige arbejde.”

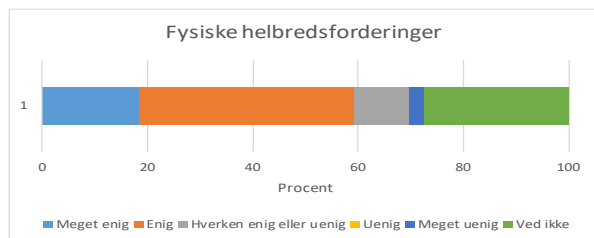
2.5 Evaluering af indsatserne

I spørgeskemaet er kommunerne blevet spurgt om, hvorvidt der foreligger en evaluering af indsatsen. Med evaluering forstås, om der foreligger dokumentation for en indsats' eventuelle effekt. Gennem evaluering af de enkelte indsatser skabes øget viden om, hvad der virker og for hvilken målgruppe. Det fremgår af tabel 7, at der foreligger en evaluering af knap halvdelen af indsatserne, mens der for den anden halvdel ikke er nogen evaluering. De primære årsager til, at der ikke foreligger en evaluering skyldes, at indsatsen enten er under udarbejdelse eller endnu ikke er afsluttet.

	Antal	Procent
Ja	38	48
Nej	38	48
Ved ikke	4	5
I alt	80	100

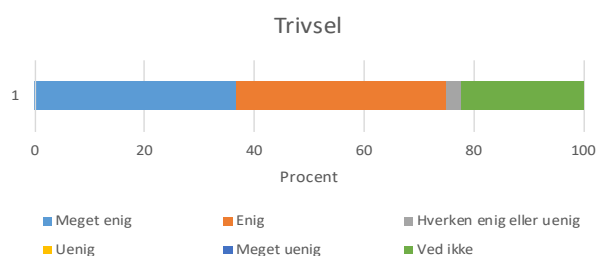
Tabel 7: Andel af evaluerede indsatser

Kommunerne er ligeledes blevet bedt om selv at vurdere indsatsens effekt på borgernes helbred og trivsel, på trods af at der ikke nødvendigvis foreligger en dokumentation for disse effekter. Figur 13 viser, at knap 60 % af de beskrevne sundhedsindsatser, der inddrager natur- og friluftaktiviteter, resulterer i fysiske helbredsforbedringer for deltagerne.



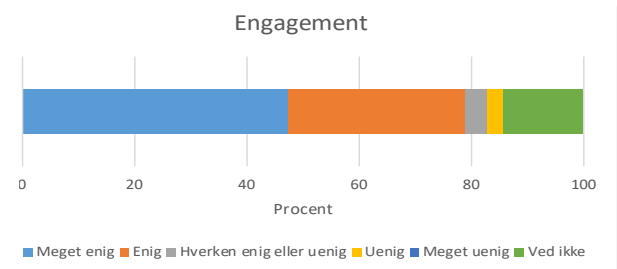
Figur 13: Opgørelse over vurdering af, om deltagerne har opnået fysiske helbredsforbedringer, som følge af indsatsen. N=76

75 % af indsatserne vurderes til at have positiv indflydelse på deltagerens generelle trivsel (figur 14).



Figur 14: Opgørelse over vurdering af, om indsatsen har positiv indflydelse på deltagerens generelle trivsel. N=76

For at en indsats kan opnå den tiltænkte effekt, er det væsentligt, at deltagerne er engagerede i indsatsen og inddrages i indsatsen (Poulsen, 2003). Figur 15 viser, at i knap 80 % af indsatserne udviste deltagerne et stort engagement i indsatsen.



Figur 15: Opgørelse over hvorledes deltagerne udviste stort engagement i indsatsen. N=76

Ovenstående tre figurer har alle en relativ stor andel "ved ikke"-besvarelser (hhv. 28 %, 22 % og 15 %). Dette kan skyldes at det for vedkommende, der har udfyldt spørgeskemaet, ikke har været muligt at give en vurdering af effekten, enten fordi vedkommende ikke har været direkte involveret i den pågældende indsats, eller fordi vedkommende har fundet det svært at give en retvisende vurdering af parametrene.

Denne kortlægning har vist, at kommunerne vurderer at evidens er en betydningsfuld faktor for implementering af natur- og friluftaktiviteter i forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser (jf. figur 7).

I forskningsoversigten "Viden om effekter af friluftsliv på sundhed" (Mygind et al., 2018) efterspørges ligeledes mere evaluering og dokumentation, og det er således afgørende at fremtidige indsatser bliver evalueret af praktikere, og deler disse offentligt, således at kostbar viden og erfaringer kan komme andre til gode. Mygind et al. (2018) anbefaler, at man i forbindelse med planlægningen af en indsats inkorporerer en afrapporteringsfase, der rummer en beskrivelse af intervention, evaluering og formidling af processer og/eller resultater.

3. KONKLUSION

Resultaterne af denne kortlægningsundersøgelse viser, at langt størstedelen af landets kommuner inddrager natur- og friluftaktiviteter i sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsatser. Indsatserne varierer i indhold og organisering. I nogle tilfælde er natur- og friluftaktiviteter det primære omdrejningspunkt for indsatsen, mens natur- og friluftaktiviteter i andre indsatser indgår som et delelement blandt flere forskellige typer aktiviteter. Det er ligeledes heller ikke entydigt, hvad der forstås ved indsatser. I kortlægningsundersøgelsen defineres indsatser som tidsafgrænsede projekter og tilbagevendende driftsopgaver, som skal have til formål at fremme sundheden og kan involvere aktører fra flere forskellige sektorer og faggrupper. De beskrevne indsatser kan enten være i gang, afsluttede eller være under udvikling inden for det seneste år.

Flere af de borgerrettede indsatser har nærmere karakter af at være enkeltstående begivenheder, månedlige aktiviteter og årlige arrangementer i relation til fx Mens Health Week eller andre temaer end egentlige kontinuerlige forløb. Kortlægningen viser, at 78 % af kommunerne har afholdt offentlige arrangementer, familieaktiviteter eller events med fokus på både natur, friluftsliv og sundhed, såsom Naturens Dag, Outdoorfestival, Grøn Lørdag eller lignende inden for det seneste år. I forhold til patientrettet rehabilitering viser kortlægningen, at natur- og friluftaktiviteter oftest inddrages i indsatser rettet mod kroniske sygdomme som diabetes, KOL, kræft og hjerte-kar-lidelser.

Kortlægningen af indsatsernes karakteristik viser, at indsatserne typisk er henvendt til den voksne del af befolkning (+18 år), uden at være henvendt til et bestemt køn. Desuden viser kortlægningen, at indsatserne oftest gør brug af skovområder, og at vandring er den primære aktivitetstype for de beskrevne indsatser. Udeliv (fx madlavning over bål, overnatning, sanke urter) og fysisk træning er eksempler på andre hyppigt anvendte aktivitetstyper i de kommunale sundhedsindsatser, som inddrager

natur- og friluftaktiviteter. Faciliteter som vandreruter, udendørsfitnessredskaber, bålpladser og naturcentre benyttes ofte i denne type indsatser.

Sundhedsforvaltningen har overvejende hovedansvaret for indsatserne, mens afviklingen af indsatserne oftest involverer samarbejde med eksterne aktører, som eksempelvis natur- og friluftsejledere, frivillige af forskellig karakter samt idrætsforeninger. En fjerdedel af indsatserne afvikles på tværs af kommunale forvaltninger som fx med involvering af kultur- og fritidsforvaltningen, miljø- og teknikforvaltning eller beskæftigelsesforvaltningen. Sundhedsfeltet er med sin tværgående karakter unikt, da sundhed involverer så mange forskellige områder. Flere forskellige årsagsfaktorer bestemmer den enkelte borgers sundhedstilstand, derfor er det nødvendigt at arbejde med sundhedsfremme på mange andre forvaltningsområder end blot sundhedsområdet. De uddybende interviews viser, at det tværsektorielle arbejde er meningsgivende, og at det oftest udspringer af tidligere positive erfaringer fra samarbejde med pågældende aktør.

I det tværsektorielle arbejde lægges der vægt på vigtigheden af kommunikation, imødekommenhed og koordinering, samt at man som ledelsesansvarlig tør udvise tillid til de involverede interne såvel som eksterne aktører for at skabe et frugtbart samarbejde. En udfordring kan eksempelvis være, at en indsats ændrer karakter, når eksterne aktører implementerer den i praksis. For at det tværsektorielle sundhedsarbejde er virkningsfuld, kræves en stabil, kontinuerlig informationsdeling mellem de involverede aktører. En god intern kommunikation er med til at sikre en effektiv beslutningsproces med fælles ejerskab til at løfte opgaven. Dertil er det vigtigt også at formidle effekterne af den tværsektorielle indsats eksternt, og på den måde skabe synlighed om en indsats resultater (Sundhedsstyrelsen, 2010a).





I denne kortlægning er der foretaget evaluering af halvdelen af de beskrevne indsatser. En af årsagerne til at halvdelen af indsatserne ikke er evaluerede, skyldes at mange af de beskrevne indsatser på nuværende tidspunkt er i udviklingsfasen eller endnu ikke er afsluttet. Evaluering og dokumentation samt offentlig deling heraf er væsentligt, både for at sikre kvaliteten af en indsats, men også for at sikre at værdifuld viden og erfaringer ikke går til spilde.

Brugen af frivillige kræfter er hyppig i kommunale folkesundhedsindsatser, som inddrager natur- og friluftaktiviteter. Hver anden indsats involverer et samarbejde med enten en forening, organisation eller frivillige, og i de uddybende interviews fremhæves foreningernes potentiale for brobygning og fastholdelse af sunde vaner og en aktiv livsstil i naturen. Der knytter sig dog nogle strukturelle udfordringer til dette, da eksempelvis indmeldingsgebyrer og kontingenter ikke kan dækkes af kommunen, hvorfor det i sidste ende er op til den enkelte borger, om man vil prioritere en sådan udgift. En informant nævner i den forbindelse, hvordan en kortlægning af alle kommunens forenings- og aftenskoletilskud har været en metode til at imødekomme brobygning i pågældende kommune, således sundhedspersonalet kan henvise til relevante aktivitetstilbud ved afslutning af en indsats.

Kortlægningen viser en efterspørgsel på kompetencer og viden om natur- og friluftaktiviteters sundhedsfremmende potentialer, for i større udstrækning at implementere natur- og friluftaktiviteter i den kommunale sundhedsindsats. Tværgående samarbejde, både internt og eksternt, giver netop unikke muligheder for at trække på forskellige faggruppers og frivilliges kompetencer og viden, og på den måde skabe en bedre integration af sundhed, natur og friluftsliv.

Under en tredjedel af indsatserne ledes og afvikles udelukkende af kommunernes sundhedsforvaltninger uden involvering af eksterne aktører eller andre kommunale samarbejder. Billedet ville sandsynligvis se anderledes ud, såfremt besvarelsene var foretaget af ansatte mere jævnt fordelt i kommunens forvaltninger. Som nævnt i metodeafsnittet er 83 % af besvarelsene udført af personer ansat i sundhedsforvaltningen. På trods af at vi i udsendingen af spørgeskemaet lagde stor vægt på styrken i, at besvarelsen blev lavet med input fra flere afdelinger eller forvaltninger, er det nok kun i begrænset omfang, at dette er sket i praksis. Dertil følger at undersøgelsen tillod beskrivelser af maksimalt tre indsatser, og de 80 indsatser inkluderet i denne kortlægning er derfor langt fra udtømmende i forhold til omfanget og indholdet af, hvordan kommunerne inddrager natur- og friluftaktiviteter i deres folkesundhedsindsats.

I størstedelen af kommunerne oplever de adspurgte i undersøgelsen en politisk interesse i at inddrage natur- og friluftaktiviteter i arbejdet med sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. Prioritering er vigtigt for en yderligere udvikling af området, og stabilitet i driften er afgørende for indsatsens effekt, hvilket ligeledes påpeges af flere informanter i de uddybende interviews. På baggrund af denne kortlægningsundersøgelse kan det således konkluderes, at mange kommuner allerede inddrager natur- og friluftaktiviteter i deres folkesundhedsindsats, og at der er stor politisk velvilje til at udvide området yderligere.

Kortlægningen viser at indsatserne i den grad varierer, men der ses også nogle fællestræk i forhold til samarbejdet på tværs internt og eksternt i kommunen, og behovet for mere viden og kompetenceudvikling for at lykkes med implementeringen. Herved understreger resultaterne fra denne undersøgelse, at der er et behov for, at kommuner, lokale foreninger og andre aktører på området går sammen om at udvikle, evaluere og dokumentere metoder til at inddrage natur- og friluftaktiviteter i den kommunale folkesundhedsindsats.

4. DATAGRUNDLAG OG METODE

For at kortlægge inddragelsen af natur- og friluftaktiviteter i kommunernes forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse, hvor et elektronisk spørgeskema er udsendt til alle landets 98 kommuner i perioden september til november 2017. Endvidere er der i perioden gennemført syv opfølgende interviews, der supplerer resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen.

Definition af friluftsliv

Friluftsliv defineres i denne undersøgelse ud fra definitionen i rapporten "Danskernes Friluftsliv" (Friluftsrådet, 2017:9). Friluftsliv forstås som individets brug af naturen til ophold eller aktiviteter, der giver en oplevelse af at komme nærmere naturen og af at forholde sig til naturen fysisk og/eller mentalt. Naturen forstås bredt, dvs. som park, skov, hav, strand, landet mv., men omfatter ikke faste anlæg (fx til sport, streetaktiviteter) eller virtuel natur.

Definition af sundhedsbegrebet

Denne kortlægning tager udgangspunkt i det brede og positive sundhedsbegreb fra WHO's Ottawa-deklaration fra 1986, hvor sundhed defineres som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og social trivsel og ikke blot fraværet af sygdom og svækkelse. Ud fra denne definition af sundhed involverer sundhedsfremme både handlekompetence, livskvalitet og idealer om et sygdomsfrit liv (WHO, 1986).

I undersøgelsen spørges ind til inddragelsen af natur- og friluftaktiviteter i kommunernes arbejde med borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme såvel som den patientrettede rehabilitering. Disse begreber defineres ud fra Sundhedsstyrelsens terminologi (Sundhedsstyrelsen, 2005). Med borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme forstås "primær forebyggelse rettet mod den raske del af befolkningen" (Sundhedsstyrelsen, 2005:22) gennem "sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremme folkesundheden" (Sundhedsstyrelsen, 2005:27). Borgerrettet forebyggelse "involverer en sundhedsfremmende og forebyggende indsats i relation til rygning, alkohol, kost, fysisk inaktivitet, svær overvægt og smitsomme sygdomme" (Sundhedsstyrelsen, 2005:22). Sundhedsfremme knytter sig til "sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetence" (Sundhedsstyrelsen, 2005:49). Patientrettet rehabilitering vedrører "sundhedsaktivitet, der indeholder elementer af både forebyggelse og sundhedsfremme, med det formål at patienten, som har risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering består af en koordineret, sammenhængende,

tidsbegrænset, videnbaseret indsats, der har til formål at genoprette og vedligeholde det fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau hos patienten og forhindre tilbagefald af sygdom. Rehabilitering er en helhedsorienteret intervention, fx bestående af patientundervisning, styrkelse af egenomsorg, støtte til adfærdændringer, genoptræning, psykosocial omsorg samt efterbehandling. [...] Målgruppen er patienter, som har en længerevarende sygdom." (Sundhedsstyrelsen, 2005:40)

Med indsatser mener vi tidsafgrænsede projekter og tilbagevendende driftsopgaver. Indsatserne skal have til formål at fremme sundheden og kan involvere aktører fra flere forskellige sektorer og faggrupper. De beskrevne indsatser kan enten være i gang, afsluttede eller være under udvikling inden for det seneste år.

Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaet består af 62 spørgsmål. Spørgeskemaet er udviklet af projektgruppen for Sund i Naturen, hvorefter spørgsmålene er blevet pilottestet af tre sundhedsfaglige medarbejdere i tre forskellige kommuner, samt en sundhedskonsulent hos Center for Forebyggelse i Praksis, KL.

I spørgeskemaet spørges der indledningsvis ind til omfanget af natur- og friluftaktiviteter i den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme samt i den patientrettede rehabilitering, og mod hvilke indsatsområder disse er rettet. Dernæst følger spørgsmål, hvor der henvises til maksimalt tre sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsatser, der inddrager natur- og friluftaktiviteter, som enten er i gang, afsluttet eller har været under udvikling inden for det seneste år. I spørgsmålene fokuseres på organisering, finansiering, indhold, brobygning, eventuelle evalueringer samt den ansattes egen vurdering af indsatsens effekt. Afslutningsvis følger en række spørgsmål vedrørende den enkelte kommunes integrering af friluftsliv og sundhed, en subjektiv vurdering af den politiske interesse i området, samt en vurdering af hvilke faktorer, der er betydningsfulde for at fremme implementeringen af friluftaktiviteter i den kommunale folkesundhedsindsats.

Spørgeskemaet er udformet elektronisk i SurveyMonkey og udsendt via e-mail til alle landets kommuners hovedadresse. Vedhæftet mailen var et følgebrev med en beskrivelse af kortlægningens formål og spørgeskemaets struktur. Ved at sende spørgeskemaet til hovedadressen, var hensigten at få det til at cirkulere rundt i systemet og nå på tværs af forvaltninger, da indsatser af denne type kan rumme tværfaglige perspektiver, og der kan derfor være relevante respondenter inden for andre forvaltningsområder end sundhedsområdet. Desværre gav denne metode ikke megen respons fra kommunerne, hvorfor spørgeskemaet efterfølgende blev sendt direkte til sundhedscenterledere,



sundheds- og forebyggelseskonsulenter og koordinatører, og dermed ikke nødvendigvis nåede ud til en bred rækkevidde af relevante respondenter fra flere forskellige forvaltningsområder. De kommuner som ikke havde reageret på vores mail-henvendelser blev telefonisk kontaktet fire uger efter udsendelsen af spørgeskemaet til hovedadressen. En uge inden deadline for besvarelse blev kommuner, som ikke havde besvaret spørgeskemaet telefonisk kontaktet.

Størstedelen af besvarelserne er udført af kommunale medarbejdere ansat inden for sundhedsforvaltningen (83 %), dertil kommer besvarelser fra ansatte i beskæftigelses-/arbejdsmarkedsforvaltning, social- og omsorgsforvaltning samt skole- og kultur-/fritidsforvaltningen. Respondenterne i spørgeskemaet varetager mange forskellige stillinger, men størstedelen er ansatte som konsulenter inden for sundhed, forebyggelse og rehabilitering, sundhedskoordinatorer, udviklingskonsulenter, projektledere og enkelte er ledere af sundhedscentre (data ikke vist). Denne fordeling af respondenter kan hænge sammen med den måde, hvorpå vi udsendte spørgeskemaet i anden omgang, hvor vi primært udsendte spørgeskemaet til kommunernes sundhedsforvaltninger.

Resultaterne i kortlægningen viser den procentvise fordeling af de deltagende kommuners svar på spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen. Bemærk, at tallene i nogle tilfælde summerer til mere end 100 % i spørgsmål, hvor der har været mulighed for angivelse af flere svarmuligheder.

Svarprocent

I alt har 82 % af landets kommuner besvaret spørgeskemaet, og af de besvarelser har 55 % beskrevet minimum én konkret folkesundhedsindsats, der inddrager natur- og friluftaktiviteter. Besvarelserne er jævnt fordelt over hele landet (tabel 8).

Region	Antal	Svarprocent
Hovedstaden	23 ud af 29	79 %
Sjælland	11 ud af 17	65 %
Syddanmark	20 ud af 22	91 %
Midtjylland	16 ud af 19	84 %
Nordjylland	10 ud af 11	91 %
I alt	80 ud af 98	82 %

Tabel 8: Antal svarkommuner fordelt på landets regioner

Uddybende interviews

For at få et uddybende indblik i kommunernes praktiske erfaringer med forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser, der inddrager natur- og friluftaktiviteter, blev der gennemført syv opfølgende, semi-strukturerede interviews af ca. en halv times varighed. Udvælgelsen af informanter til interviewene skete på baggrund af projektgruppens vurdering af besvarelserne, hvor disse kommuner havde særlige positive/negative erfaringer med bl.a. samarbejde med flere forskellige aktører og brobygning. Informanten var enten den person, som havde besvaret spørgeskemaet, eller en kollega med større indsigt i den konkrete indsats. Informanternes stillingsbetegnelser var følgende: sundhedskonsulent, projektleder, frivilligkonsulent, fysioterapeut og kommunalt ansat naturvejleder.

Interviewene tog som hovedregel udgangspunkt i én bestemt indsats. Spørgsmålene omhandlede organisering, indhold og implementering af indsatsen. Derudover blev der spurgt ind til rekruttering og fastholdelse. Der blev desuden spurgt ind til særlige udfordringer i forhold til at inddrage natur- og friluftaktiviteter i denne type indsatser. Interviewene blev foretaget telefonisk og optaget. Efterfølgende er interviewene blevet transskriberet.

REFERENCER OG BILAG

Friluftsrådet (2013). **Fakta om friluftslivet i Danmark**. København: Friluftsrådet. http://www.friluftsradet.dk/media/519949/fakta_om_friluftslivet_endelig_version_1.0.pdf

Friluftsrådet (2017). **Danskernes friluftsliv**. København: Friluftsrådet. <http://www.friluftsradet.dk/media/1777893/danskernes-friluftsliv-2017.pdf>

Ishøj Kommune. **Natur- og Friluftspolitik 2016**. Lokaliseret d. 16. februar 2018 på http://www.ishoj.dk/sites/private/files/Natur-%20og%20Friluftspolitik_Ish%C3%B8j%20Kommune.pdf

Mygind, L., Hartmeyer, R., Kjeldsted, E., Mygind, E. & Bentsen, P. (2018). **Viden om friluftslivs effekter på sundhed – resultater fra en systematisk forskningsoversigt**. København: Friluftsrådet. http://www.friluftsradet.dk/media/1814371/lang_rapport_final_lmg_k3.pdf
http://www.friluftsradet.dk/media/1802602/forskningsoversigt_k6_enkeltsidet_low.pdf

Poulsen, J. (2003). **Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme – i relation til kost og fysisk aktivitet**. København: Sundhedsstyrelsen.

Ringkøbing-Skjern. **Sundhedspolitik**. Lokaliseret d. 16. februar 2018 på <https://www.rksk.dk/Files/Files/Om%20Kommunen/Politikker-og-strategier/Sundhedspolitik.pdf>

Sund By Netværket. **Temagrupper Natur, udeliv og sundhedsfremme**. Lokaliseret d. 16. februar 2018 på <http://sund-by-net.dk/temagrupper/natur-udeliv-og-sundhedsfremme/>

Sundhedsstyrelsen (2005). **Terminologi – forebyggelsen, sundhedsfremme og folkesundhed**. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2007). **Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2**. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2010a). **Sundhed på tværs**. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2010b). **Mænds sundhed – en oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder**. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2012a): **Forebyggelsespakke – mental sundhed**. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2012b): **Forebyggelsespakke – fysisk aktivitet**. København: Sundhedsstyrelsen.

WHO (1986). **Ottawa charter for health promotion**. Ottawa, Ontario Canada: WHO.

Spørgeskema og interviewguide anvendt i kortlægningen kan downloades fra Friluftsrådets hjemmeside eller rekvireres ved henvendelse til Friluftsrådet, fr@friluftsradet.dk