

## Anbefalinger til den kommunale praksis

**Specialegruppe 20gr10309:**

Malene Teichert Christensen

Kirsten Schultz Petersen

Antal anslag inklusiv mellemrum: 229.892

Antal bilag: 8

# Forord

Specialet er udarbejdet af gruppe 20gr10309 i perioden 1. februar - 1. juni 2021, på 4. semester på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aalborg Universitet.

Specialgruppen ønsker at takke vejleder Kirsten Schultz Petersen, som har bidraget med konstruktiv feedback og en givende og lærerig proces, hvor gruppen har sat pris på, at arbejdsprocessen ikke blot har omhandle specialet, men fokus ligeledes har været på gruppens velbefindende undervejs. Yderligere skal der lyde en tak til specialets samarbejdspartner samt ansatte ved X kommune, som har bidraget med vigtig viden om problemfeltet samt utallige uformelle samtaler. Gruppen blev mødt med en overvældende hjælpsomhed og kommunikation som var særdeles behagelig og produktiv. Af hensyn til informanternes og kommunens anonymitet, er den specifikke case refereret i specialet som X kommune.

# Resumé

**Baggrund:** Danskernes kost-, ryge-, alkohol og motionsvaner afspejler en negativ sundhedsadfærd, hvor tal fra Sundhedsprofilen Nordjylland bl.a. viser en stigning i den fysiske inaktivitet. Ligeledes lever 30-40% af den danske befolkning ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 30 minutters daglig fysisk aktivitet. Den fysiske inaktivitet har negative konsekvenser for både individ og samfund, hvortil den stigende inaktivitet kan anses som en folkesundhedsmæssig problemstilling. Det kan derfor tyde på, at nuværende og eksisterende forebyggelses og sundhedsfremmende indsatser, ikke har virket tilstrækkeligt. Dog ses et potentiale i at anvende og udvikle de fysiske omgivelser mhp. at fremme det fysiske aktivitetsniveau.

**Formål:** Formålet med specialet er at undersøge hvordan anvendelse og udvikling af de fysiske omgivelser, kan fremme det fysiske aktivitetsniveau samt identificere muligheder og begrænsninger ved anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet. Denne viden skal inspirere til den kommunale praksis' anvendelse og udvikling af de fysiske omgivelser, mhp. at forandre sundhedsadfærden ift. det fysiske aktivitetsniveau.

**Metode:** Maxwells interaktive model er anvendt som ramme for at sikre sammenhæng mellem specialets metodiske elementer samt problemformulering og forskningsspørgsmål. Specialet positionerer sig indenfor hermeneutikken som videnskabsteoretisk tilgang. Et systematisk litteraturstudie samt fire individuelle, online interviews med ansatte i X kommune, blev udført og analyseret ud fra Dahlager og Fredslunds firetrins analysestrategi. Resultaterne er analyseret og diskuteret ud fra Roses teori om individrettede og populationsbaserede forebyggelsesstrategier, Thaler og Sunsteins teori om nudging samt Berkman's konceptuelle model om sociale relationer.

**Resultater:** Resultaterne viser muligheder og begrænsninger ved anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet, samt hvordan de fysiske omgivelser kan udvikles mhp. at fremme det fysiske aktivitetsniveau. Disse resultater har dannet grundlag for anbefalinger til ændringer i den kommunale praksis, mhp. forandring af den danske befolknings sundhedsadfærd ift. det fysiske aktivitetsniveau.

**Konklusion:** Individrettede sundhedstilbud, herunder udendørs, diagnosespecifikke holdtræninger, har en positiv indflydelse på borgernes fysiske, mentale og sociale velbefindende. Derudover kan udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi, skabe rammerne for at borgere kan træffe det sunde valg ift. det fysiske aktivitetsniveau. Her spiller information og facilitering af eksisterende og nyudviklede udeområder og faciliteter, en vigtig rolle ift. anvendelsen heraf. Slutteligt vil en kombination af individrettede og populationsbaserede forebyggelsesstrategier være at foretrække, mhp. at forandre sundhedsadfærden ift. det fysiske aktivitetsniveau. Udviklingen af de fysiske omgivelser stiller bl.a. krav til et samarbejde på tværs af kommuners forskellige forvaltningsområder samt det politiske niveau.

# Abstract

**Background:** The prevalence of Danes unhealthy diet, smoking, alcohol and exercise patterns reflects a negative health behavior where numbers from Sundhedsprofilen Nordjylland show an increase in the physical inactivity levels in the Danish population. Additionally, around 30-40% of the Danish population do not meet the recommendations of 30 minutes of daily physical activity. Physical inactivity has negative consequences at individual level as well as society level and represents a public health issue. Current and existing preventive and health promotion initiatives therefore reflect inadequate effect where a potential is seen in the use and change in the physical environment to promote physical activity.

**Aim:** The purpose of this study aims to investigate how the physical activity level can be increased through the use and development of the physical environment. Furthermore, it seeks to identify opportunities and barriers when using the physical environment for physical activity. These findings will contribute to recommendations to the Danish municipal practice on how to use and develop the physical environment and thereby change the population's health behavior in relation to the physical activity level.

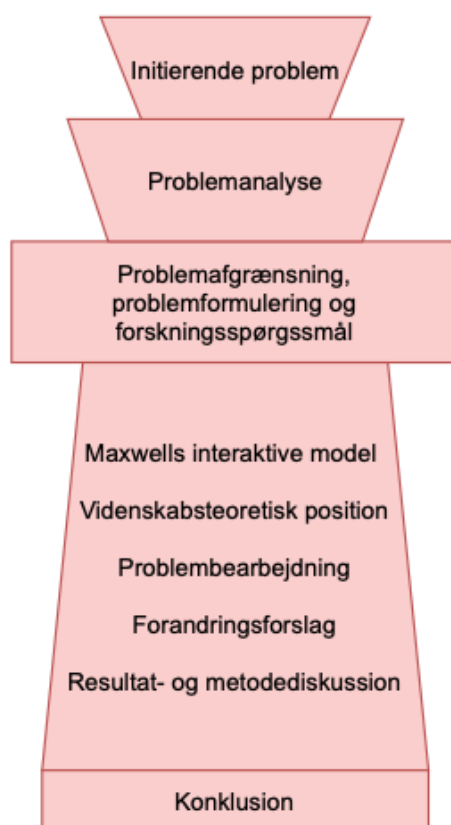
**Method:** Maxwell's interactive model has been used as a framework to ensure cohesion between the study's methodological elements. Hermeneutics was this study's theoretical position of science. A systematic literature study and four individual, online interviews were carried out and analyzed with Dahlager and Fredslunds four step analysis strategy. Furthermore, the results were analyzed and discussed with Rose's theory of individual and populations based preventive strategies, Thaler and Sunstein's theory of nudging and the conceptual model of Berkman regarding social relations.

**Results:** The results indicate different opportunities and barriers using the physical environment for physical activity as well as how the physical environment can be developed for promoting physical activity. Furthermore, the results have formed recommendations for development within the municipal practice in terms of changing the Danish populations' health behavior regarding the physical activity level.

**Conclusion:** Diagnose specific exercise classes have a positive influence on participants physical, mental and social well-being. Furthermore, changes to the physical environment can set the frame so the population can make healthy choices in relation to their physical activity level, where information and facilitation plays an important role in the use of existing and developed outdoor areas and facilities. A combination of individual and population-based health prevention strategies would be preferable to change the populations health behavior in relation to the physical activity level which forms the basis for collaboration between different units in the municipality practice and the political level.

# Læsevejledning

Specialet er udformet ud fra en problemorienteret tilgang, hvorfor specialet er opbygget ud fra Aalborg-modellen, som skal eksplicitere specialets kronologiske opbygning, inkluderede afsnit og sammenhængen herimellem. Specialets struktur er præsenteret i nedenstående figur. Indledningsvist er *initierende problem* præsenteret, som søger at afdække specialets problemfelt. Dernæst fremgår *problemanalysen*, hvor problemfeltet udfoldes og analyseres. Efterfølgende blev *problemanalysen* indsnævret i *problemafgrænsningen*, som medvirkede til udformning af specialets formål, problemformulering samt tilhørende forskningsspørgsmål. Problembearbejdningen tager afsæt i specialets ramme, herunder Joseph A. Maxwells interaktive model, videnskabsteoretiske position, metodiske elementer, analyse og syntese. Dernæst diskuteres specialets fund og metoder, hvor resultaterne skal bidrage til anbefalinger henvendt den kommunale praksis. Slutteligt vil problemformuleringen besvares i konklusionen. I specialet refereres litteratur ud fra Vancouver reference standarder, hvor referenceprogrammet ProQuest RefWorks er benyttet hertil.



*Specialets struktur med afsæt i Aalborg-modellen.*

## Indholdsfortegnelse

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Initierende problem .....                                                                                 | 1  |
| 2. Problemanalyse .....                                                                                      | 2  |
| 2.1. Danskernes sundhedsadfærd – hvordan skal sundhedsadfærd forstås? .....                                  | 2  |
| 2.1.1. Inaktivitet som et folkesundhedsmæssigt problem - konsekvenser for individ og samfund .....           | 4  |
| 2.2. Manglende fælles forståelse af fysisk inaktivitet.....                                                  | 5  |
| 2.3. Interventioner rettet mod at fremme det fysiske aktivitetsniveau i forskellige kontekster .....         | 6  |
| 2.4. Socioøkologisk forståelse af det fysiske aktivitetsniveau .....                                         | 7  |
| 2.4.1. Intrapersonelle faktorer .....                                                                        | 8  |
| 2.4.2. Sociokulturelle miljø - interpersonelle faktorer .....                                                | 8  |
| 2.4.3. Politiske faktorer.....                                                                               | 9  |
| 2.4.4. Miljømæssige faktorer .....                                                                           | 10 |
| 2.5. Anvendelse og udvikling af de fysiske omgivelser - kommunale indsatser .....                            | 11 |
| 2.5.1. Indsatsen <i>EN GOD OMVEJ</i> .....                                                                   | 12 |
| 2.5.2. <i>Omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet</i> - litteraturstudie fra Syddansk universitet ..... | 13 |
| 2.5.2.1 Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved udvikling af de fysiske omgivelser i lokalområdet.....    | 14 |
| 2.5.3. Sundhedsfremmende og forebyggende strategier i danske kommuner ud fra en nudging tilgang .....        | 14 |
| 2.5.3.1. Ethiske dilemmaer og utilsigtede konsekvenser ved anvendelse af nudging .                           | 15 |
| 2.5.3.2. Interventioner som har anvendt nudging som tilgang til at fremme fysisk aktivitet.....              | 16 |
| 2.6. X kommunes sundhedstilbud og fokus på de fysiske omgivelser .....                                       | 17 |
| 3. Afgrænsning.....                                                                                          | 19 |
| 4. Problemformulering.....                                                                                   | 20 |
| Forskningsspørgsmål .....                                                                                    | 20 |
| 5. Metode.....                                                                                               | 21 |
| 5.1. Specialets design og ramme.....                                                                         | 21 |
| 5.2. Hermeneutikken som videnskabsteoretisk position.....                                                    | 23 |
| 5.3. Systematisk litteraturstudie .....                                                                      | 25 |
| 5.3.1. Indledende søgninger.....                                                                             | 25 |
| 5.3.2. Systematisk litteratursøgning .....                                                                   | 26 |
| 5.3.2.1. Indledende systematisk søgning .....                                                                | 26 |
| 5.3.2.2. Valg af databaser .....                                                                             | 27 |



|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.3.2.3. Søgeprotokol .....                                                             | 27 |
| 5.3.2.4. Udvælgelse af studier .....                                                    | 30 |
| 5.3.2.5. Kritisk vurdering af inkluderede studier .....                                 | 32 |
| 5.3.2.6. Analysestrategi .....                                                          | 32 |
| 5.4. Kvalitativ metode .....                                                            | 32 |
| 5.4.1. Semistruktureret interviewform .....                                             | 33 |
| 5.4.2. Udformning af interviewguide .....                                               | 33 |
| 5.4.2.1. Spørgeteknik .....                                                             | 34 |
| 5.4.3. Online interview .....                                                           | 36 |
| 5.4.4. Rekrutteringsstrategi .....                                                      | 36 |
| 5.4.5. Pilotinterview .....                                                             | 37 |
| 5.4.6. Udførsel af interviews .....                                                     | 38 |
| 5.4.7. Interviewerens rolle og kvalifikationer .....                                    | 38 |
| 5.4.8. Forskningsetiske overvejelser .....                                              | 39 |
| 5.4.9. Transskribering .....                                                            | 40 |
| 5.4.10. Analysestrategi .....                                                           | 40 |
| 5.4.10.1. Teoretisk fortolkning .....                                                   | 41 |
| 5.5. Fire anvendte kvalitetskriterier for opnåelse af validitet .....                   | 42 |
| 6. Problembearbejdning .....                                                            | 44 |
| 6.1. Systematisk litteraturreview .....                                                 | 44 |
| 6.1.2. Studiernes formål, design, metode og inklusion .....                             | 44 |
| 6.1.3. Syntese af resultater .....                                                      | 45 |
| 6.1.1. KAT1L - Anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet .....           | 45 |
| 6.1.1.1. Facilitatorer for fysisk aktivitet i de fysiske omgivelser .....               | 45 |
| 6.1.1.1. Barrierer for fysisk aktivitet i de fysiske omgivelser .....                   | 46 |
| 6.1.1.3. Karakteristika af brugere som anvender omgivelserne til fysisk aktivitet ..... | 47 |
| 6.1.2. KAT2L - Udvikling af de fysiske omgivelser .....                                 | 47 |
| 6.1.2.1. Skilte og bannere .....                                                        | 48 |
| 6.1.2.2. Installering af fitnesszoner .....                                             | 48 |
| 6.2. Kvalitativ interviewundersøgelse .....                                             | 48 |
| 6.2.1. KAT1I - Anvendelse af de fysiske omgivelser i sundhedstilbud .....               | 50 |
| 6.2.2.1. Karakteristika af borgere tilknyttet sundhedstilbud .....                      | 50 |
| 6.2.2.2. Ansattes anvendelse af de fysiske omgivelser i sundhedstilbud .....            | 52 |
| 6.2.2.3. Facilitatorer ved anvendelse af de fysiske omgivelser .....                    | 53 |
| 6.2.2.4. Barrierer ved anvendelse af de fysiske omgivelser .....                        | 55 |
| 6.2.2.5. Borgernes blufærdighed ved udendørstræning .....                               | 57 |

|                                                                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.2.2. KAT2I - De ansattes facilitering af fysisk aktivitet i omgivelserne .....                                                        | 57 |
| 6.2.3. KAT3I - De sociale omgivelser .....                                                                                              | 60 |
| 6.2.4. KAT4I - Udvikling af de fysiske omgivelser .....                                                                                 | 61 |
| 6.2.4.1. Kommunens eksisterende udendørsområder- og faciliteter til fysisk aktivitet                                                    | 62 |
| 6.2.4.2. Kommunens udviklingsbehov .....                                                                                                | 63 |
| 6.2.4.3. Behovet for information omkring kommunens udendørsfaciliteter .....                                                            | 64 |
| 6.2.4.4. Samarbejde på tværs af fagenheder .....                                                                                        | 65 |
| 6.2.4.5. Det politiske niveau .....                                                                                                     | 66 |
| 7. Teoretisk fortolkning .....                                                                                                          | 68 |
| 7.1. Populationsbaserede og individrettede forebyggelses-strategier .....                                                               | 69 |
| 7.1.1. Udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi .....                                            | 69 |
| 7.1.1.1. Nudging som adfærdsændrende tilgang ved populationsbaserede forebyggelsesstrategier .....                                      | 70 |
| 7.1.2. Diagnosespecifikke holdtræninger som individrettet forebyggelsesstrategi .....                                                   | 71 |
| 7.2. Sociale relationers betydning for det fysiske aktivitetsniveau .....                                                               | 73 |
| 7.2.1. Det sociale netværks betydning for fysisk aktivitet på mesoniveau .....                                                          | 73 |
| 7.2.2. Psykosociale elementers betydning for fysisk aktivitet på mikroniveau .....                                                      | 74 |
| 7.2.2.1. Social deltagelse og socialt engagement .....                                                                                  | 75 |
| 8. anbefalinger til den kommunale praksis for ændring af sundhedsadfærd .....                                                           | 77 |
| Anbefaling 1 - populationsbaseret forebyggelsesstrategi .....                                                                           | 78 |
| Anbefaling 2 - individrettet forebyggelsesstrategi .....                                                                                | 79 |
| Anbefaling 3 - samarbejde på tværs .....                                                                                                | 79 |
| 9. Resultatdiskussion .....                                                                                                             | 80 |
| 9.1. Anvendelse af populationsbaserede forebyggelses-strategier til fremme af befolkningens fysiske aktivitetsniveau .....              | 80 |
| 9.1.1. Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi ..... | 83 |
| 9.2. Individrettede forebyggelsesstrategier målrettet borgere i særlig risiko .....                                                     | 84 |
| 9.2.1. Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved diagnosespecifikke sundhedstilbud som individrettet forebyggelsesstrategi .....       | 86 |
| 9.3. Kombination af individrettede og populationsbaserede forebyggelsesstrategier som tilgang til at forandre sundheds-adfærd .....     | 87 |
| 9.4. Holdtræningers bidrag til socialt netværk og støtte .....                                                                          | 88 |
| 9.5. Anbefalingernes krav til forandring i den kommunale praksis ud fra Fixsens implementation drivers .....                            | 90 |
| 10. Metodediskussion .....                                                                                                              | 94 |

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| 10.1. Hermeneutik som videnskabsteoretisk position ..... | 94  |
| 10.2. Systematisk litteratursøgning .....                | 95  |
| 10.3. Kvalitativ interviewundersøgelse .....             | 96  |
| 10.4. Etiske overvejelser .....                          | 97  |
| 11. Konklusion .....                                     | 99  |
| 12. Referenceliste .....                                 | 100 |

# 1. Initierende problem

Der ses en stigning i den danske befolknings fysiske inaktivitet, hvor 30-40% af ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 30 minutters daglig fysisk aktivitet ved moderat intensitet (1,2). Derudover viser tal fra Sundhedsprofilen Nordjylland, en stigning i inaktiviteten hos mænd og kvinder i alderen 25-34 år (3). Fra 2013 til 2017 ses en stigning fra 16,8% til 22,2% for mænd og en stigning fra 14,9% til 21,8% for kvinder (3). Stigningen i inaktivitet blandt befolkningen anses som en folkesundhedsmæssig problemstilling, da det medfører negative konsekvenser for individet og samfundet.

På individniveau kan fysisk inaktivitet medføre en række sygdomme såsom type-2 diabetes, hjertekarsygdomme og tidlig død (4), samt negative psykologiske og sociale konsekvenser (5,6). For samfundet koster inaktivitet i Danmark 12 mia. kroner årligt, eksempelvis grundet fravær fra arbejdsmarkedet, for tidlig død og behov for førtidspension (7). Den stigende inaktivitet blandt befolkningen kan til dels tilskrives en mere stillesiddende livsstil og arbejde (8), hvor tal fra den Nationale Sundhedsprofil (2017) viser, at 56,6% af den danske befolkning, i gennemsnit er stillesiddende mere end otte timer om dagen (9). I den forbindelse findes det relevant at have fokus på individuelle, sociale og miljømæssige faktorer gennem sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (10). Hertil viser studier, at fysiske omgivelser som indbyder til fysisk aktivitet, fremmer borgernes fysiske aktivitetsniveau (11,12,13). Dertil har WHO (2017) et globalt fokus på at fremme fysisk aktivitet hos befolkningen, gennem udvikling af urbane miljøer og offentlige rum (14). Nationalt stiller Sundhedslovens Planlov krav til at kommuner skal indrette omgivelserne, således disse giver borgerne muligheden for at være fysisk aktiv (15).

På trods af det øget statslige fokus på at fremme fysisk aktivitet i omgivelserne (15), samt interventioner som fremhæver potentialet i at udvikle miljøer som indbyder til fysisk aktivitet (11,12,13), ses der fortsat en stigende inaktivitet. Det tyder derfor på, at eksisterende interventioner ikke ses tilstrækkelige ift. at reducere inaktiviteten.

## 2. Problemanalyse

I relation til danskernes kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner som benævnes KRAM-faktorerne (8), kan disse relateres til danskernes sundhedsadfærd, hvor sundhedsadfærden ligeledes dækker over individers livsstil (4,16). I Danmark ses en stigning i den fysiske inaktivitet trods øget statslig fokus på at fremme fysisk aktivitet (8,15). Fysisk inaktivitet har konsekvenser for såvel individet som samfundet, og kan dermed betragtes som en folkesundhedsmæssig problemstilling. Derfor vil faktorer som har indflydelse på individers fysiske aktivitetsniveau analyseres, hvor Sallis et al. (2006) socioøkologiske model anvendes hertil, da denne indtænker individuelle, sociale og miljømæssige faktorer (10). Efterfølgende vil kommunale tiltag som har fokus på at fremme fysisk aktivitet i lokalområderne samt tiltag til ændring af sundhedsadfærd, analyseres. Slutteligt vil X kommunes sundhedstilbud og sundhedssyn, analyseres.

### 2.1. Danskernes sundhedsadfærd – hvordan skal sundhedsadfærd forstås?

Den danske befolknings sundhedsadfærd afspejler, at flere ryger, har usunde kostvaner og er mere fysisk inaktive (9), hvormed sundhedsadfærden kan anses som negativ. Ifølge Conner og Norman (2005) defineres sundhedsadfærd som: *“Any activity undertaken for the purpose of preventing or detecting disease or for improving health and well being”* (s. 19,16). Således er fokus både på handlinger for at undgå sygdom og for at fremme sundhed, hvor disse handlinger kan påvirke sundhedsadfærden negativt eller positivt. Hertil definerer Sundhedsstyrelsen (2015) sundhedsadfærd som: *”... hvor en patient eller anden borger bevidst eller ubevidst øger sin sandsynlighed for at blive udsat for sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker”* (s. 41,17). Sundhedsadfærd består således af både bevidste og ubevidste handlinger, som påvirker individers sundhed negativt. De ubevidste handlinger udgør individers vaner, hvor disse i større grad udføres automatisk og uden refleksion (18), og afspejler dermed individers livsstil. Livsstil omhandler individets aktiviteter og vaner som influerer på sundheden, hvor livsstilen er resultatet af individets egne valg (19). Således karakteriseres sundhedsadfærden som værende en integreret del af individers livsstil. Sundhedsadfærden kan i en dansk kontekst relateres til KRAM-faktorerne, hvor der i

Danmark ses et øget fokus på at fremme folkesundheden både kommunalt og nationalt (8). Her er KRAM-faktorerne i fokus, som netop afspejler individers handlinger og vaner i relation til deres sundhedsadfærd og livsstil (8). Således kan det argumenteres for, at sundhedsadfærden ud fra KRAM-faktorerne, i højere grad anskues fra et individualistisk perspektiv, da disse faktorer har fokus på individuelle livsstilsfaktorer, som påvirker individers sundhed positivt eller negativt. Her kan det individualistiske sundhedssyn være et udtryk for en snæver biomedicinsk forståelse (20), da fokus er på behandling og forebyggelse af en negativ sundhedsadfærd, hvor der i mindre grad tages højde for psykologiske, sociale og kulturelle faktorer (21).

Ud fra Sundhedsstyrelsens (2015) definition af sundhedsadfærd ses et fokus på individuelle faktorer i relation til borgernes sundhed (17). Dertil kan det argumenteres for, at denne definition kan anskues ud fra et sundhedsfundamentalistisk sundhedssyn. Dette begrundes i, at sundhed i højere grad betragtes ud fra et biomedicinsk perspektiv (20), hvor sundhed anses som absolut og substantiel og fokus er at forhindre sygdom i at opstå (22). Hermed dominerer det fundamentalistiske syn på sundhed, som kan medvirke til et individualistisk og biomedicinsk sundhedssyn (20). Det biomedicinske perspektiv i Sundhedsstyrelsens (2015) definition, kommer til udtryk ved, at individer bør undgå sygdom, hvor sundhed anses som en biologisk tilstand. Således er fokus i mindre grad rettet mod at forbedre individers livskvalitet og sundhed. Ud fra et sundhedsrelativistisk sundhedssyn, kan sundhed derimod ikke defineres objektivt og værdifrit, da sundhed forstås som mere end blot fravær af sygdom, hvor kulturelle og sociale faktorer ligeledes har indflydelse herpå (22). Modsat Sundhedsstyrelsens (2015) definition, indeholder Conner og Normans (2005) definition af sundhedsadfærd både et fundamentalistisk og relativistisk sundhedssyn (16). Det fundamentalistiske syn på sundhed kommer til udtryk ved, at handlinger i relation til sundhedsadfærden, skal forhindre sygdom i at opstå (16,22). Derudover fremkommer det relativistiske sundhed ved, at individers handlinger skal bidrage til at fremme en positiv sundhedsadfærd, herunder forbedret sundhed og livskvalitet (16,22). Ydermere indeholder denne definition et mere nuanceret syn på sundhed, ved både at tage højde for forebyggelse af sygdom samt fremme sundhed (16). Conner og Norman (2005) og Sundhedsstyrelsens (2015) definitioner af sundhedsadfærd, lægger i mindre grad op til, at bagvedliggende, sociale og

kulturelle faktorer ligeledes influerer på individers sundhed, hvilket kan være problematisk. Her er det væsentligt at medtænke, at individers sundhedsadfærd ligeledes er påvirket af individuelle faktorer samt samfundets strukturelle miljøer (23,24). Hertil kan sundhedsadfærden variere ud fra forskellige kontekster, individets position i samfundet, samt forskellige perioder i individers liv (23).

Danskernes sundhedsadfærd og de forskellige definitioner herpå, afspejler dermed et forholdsvist individualistisk og biomedicinsk syn på sundhed. Dette anses problematisk, da bagvedliggende og samfundsmæssige faktorer i mindre grad medtænkes. Disse faktorer vurderes væsentlige at medtænke i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, som skal fremme den danske befolknings fysiske aktivitetsniveau og dermed imødekomme den folkesundhedsmæssige problemstilling om inaktivitet.

### 2.1.1. Inaktivitet som et folkesundhedsmæssigt problem - konsekvenser for individ og samfund

Den danske befolknings sundhedsadfærd afspejler bl.a. at flere borgere er mere fysisk inaktive (9), og kan anses problematisk, da det kan have negative konsekvenser for både individ og samfund. Konsekvenser på individniveau kan belyses ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv på sundhed, hvor Engel (1980) fremhæver, at både biologiske, psykologiske og sociale aspekter influerer herpå (25). Disse faktorer skal ses i samspil med hinanden, hvor sundhed skal betragtes ud fra et helhedsperspektiv (25). Biologisk set, øger inaktivitet risikoen for tidlig død og livsstilssygdomme som hjertekarsygdomme, type-2 diabetes og visse former for kræft (4), samt risikoen for overvægt (26). Ligeledes øger inaktivitet sandsynligheden for udvikling af psykiske lidelser, som depression og angst (5), hvor individer som er inaktive, har dårligere psykisk helbred end fysisk aktive individer (27). Socialt, kan inaktivitet medføre ensomhed (6), hvor individer som ikke modtager social støtte, har større tendens til at være mindre fysisk aktive (28). For samfundet medfører inaktivitet økonomiske omkostninger ved behandling og pleje, tabt produktion pga. fravær på arbejdsmarkedet og for tidlig død (7). Inaktivitet koster årligt sundhedsvæsenet omkring 3468 mio. kr (29). Set ud fra et klimamæssigt perspektiv spiller fysisk inaktivitet ligeledes en rolle, da flere individer anvender inaktive transportformer, som medfører en stigning af luftforureningen (30,31).

På baggrund af ovenstående kan inaktivitet dermed anses som en folkesundhedsmæssig problemstilling, da inaktivitet har konsekvenser for både individ og samfund. Her medfører inaktivitet bio-psyko-sociale konsekvenser, som influerer negativt på individers sundhed. Det bio-psyko-sociale perspektiv er med til at belyse kompleksiteten ved sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som skal reducere inaktiviteten, da flere elementer dermed bør medtænkes.

## 2.2. Manglende fælles forståelse af fysisk inaktivitet

Sundhedsstyrelsen (2018) anbefaler 30 minutters daglig fysisk aktivitet ved moderat intensitet (15), hvor det dog betvivles hvorvidt individer som er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, kan betegnes fysisk inaktive. Internationalt og nationalt foreligger forskellige forståelser af fysisk inaktivitet (1,32). I Danmark findes ingen endegyldig definition på fysisk inaktivitet, men kan forstås som manglende efterlevelse af Sundhedsstyrelsens (2018) anbefalinger (1,15). Internationalt defineres fysisk inaktivitet ifølge WHO (n.d.) som mindre end 2,5 times moderat fysisk aktivitet om ugen (32). Ydermere definerer The Center for Disease Control and Prevention (n.d.) fysisk inaktivitet som mindre end 30 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet fem dage om ugen, eller mindre end 20 minutters fysisk aktivitet ved høj intensitet, tre dage om ugen (33). Således kan fysisk inaktivitet ud fra forskellige definitioner, forstås som mindre end 2,5 times fysisk aktivitet om ugen ved moderat intensitet. Dog kan denne definition være problematisk, da individer på papiret kan efterleve disse anbefalinger, men samtidig have en høj grad af stillesiddende adfærd (34). Således kan det betvivles hvorvidt 2,5 times ugentlig fysisk aktivitet ved moderat intensitet, kan kompensere for en høj grad af stillesiddende adfærd den resterende tid.

Hertil kan anbefalinger til fysisk aktivitet opnås gennem forskellige former for bevægelse og aktiviteter i hverdagen, på arbejdet, som transport, i fritiden og hjemmet (35,36). Disse aktiviteter kan bestå af ustrukturerede eller regelmæssige planlagte aktiviteter (15). Her kan varigheden og hyppigheden af aktiviteten variere, som refererer til det fysiske aktivitetsniveau (15). Ved efterlevelse af anbefalingerne, ses gavnlige effekter for den fysiske og mentale sundhed (8), samt mindsket risiko for førnævnte livsstilssygdomme og tidlig død



(4). Dog kan det være problematisk at definere fysisk inaktivitet ud fra disse anbefalinger, da eksempelvis aktiviteter ved lavere intensitet, som gang, ikke er medregnet i anbefalingerne (15). Her vil individer som dyrker mange timers aktivitet ved lavere intensitet, betragtes inaktive. Således er de mange forståelser af fysisk inaktivitet, med til at belyse kompleksiteten heraf. På baggrund af manglende fælles forståelse af fysisk inaktivitet, kan dette besværliggøre forebyggelse af inaktiviteten. Ud fra de sundhedsmæssige fordele som fysisk aktivitet medfører (8,4), ses der dermed et potentiale i at øge danskernes fysiske aktivitetsniveau.

## 2.3. Interventioner rettet mod at fremme det fysiske aktivitetsniveau i forskellige kontekster

Der ses et potentiale i at fremme individers fysiske aktivitetsniveau, hvor fysisk aktivitet ofte anvendes ifm. sundhedsfremmende og forebyggende strategier (4). Her er interventioner som skal fremme det fysiske aktivitetsniveau, implementeret i forskellige kontekster (18,37). Et systematisk review af King et al. (2019) belyser et øget internationalt fokus, på at fremme det fysiske aktivitetsniveau ved anvendelse af forskellige befolknings og individrettede interventioner (36). Her viser et af de inkluderede studier, at uddannelse og information omkring anbefalingerne for ugentlig fysisk aktivitet samt de sundhedsmæssige fordele herved, har en positiv effekt på styrke- og pulstræning (38). Derudover fremgår det, at karakteristika ved det urbane miljø influerer på det fysiske aktivitetsniveau, hvor en god gang- og cykelinfrastruktur (39), adgang til udendørs rekreative faciliteter bl.a. parker, stier og udendørs fitnessfaciliteter (40), influerer positivt herpå (41). Ydermere undersøger et studie af Aparicio-Ting et al. (2015) effekten af udendørs superviseret træning, som havde en positiv effekt på deltagere som blev vurderet inaktive forinden interventionen og efterlevede efterfølgende ugentlige anbefalinger for fysisk aktivitet (42). Derudover viser en arbejdspladsintervention af Dubuy et al. (2013), at konkurrencer og loyalitetspoint fremmer medarbejdernes brug af aktiv pendling til og fra arbejdspladsen (43).

I en national kontekst anvendes fysisk aktivitet bl.a. som en forebyggende strategi, hvor konceptet *Motion på recept* (2010) er udviklet mhp. at fremme det fysiske aktivitetsniveau gennem støtte og vejledning (44). Hertil var formålet at forebygge og behandle livsstilsrelaterede sygdomme med fysisk aktivitet, hvor implementeringen viste positiv og

## 2.4. Socioøkologisk forståelse af det fysiske aktivitetsniveau

**Policy Environment**

**Behavior Settings: Access and Characteristics**

**Behavior: Active Living Domains**

**Perceived Environment**

**Active Living Domains**

**Neighborhood**

**Home Environment**

**School Environment**

**Workplace Environment**

**Recreation Environment**

**Information Environment**

**Sociocultural Environment**

**Natural Environment**

**Active Recreation**

**Household Activities**

**Occupational Activities**

**Active Transport**

**Info during transport**

**Demographics**

**Biological**

**Psychological**

**Family Situation**

**Safety**

**Attractiveness**

**Comfort**

**Accessibility**

**Convenience**

**Perceived crime**

**Modeling, social support, partners for social activities**

**Social climate, safety, crime, clubs, teams, programs, norms, culture, social capital**

**Weather**

**Topography**

**Open space**

**Air quality**

**Health care policies/incentives**

**Zoning codes**

**Development regulations**

**Transport investments and regulations**

**Public recreation investments**

**Park policies**

**Home PA equipment**

**Parks, trails, programs**

**Private rec. facilities**

**Community orgs.**

**Sports: amateur, pro**

**Sedentary options**

**PA equipment**

**Gardens**

**Stairs**

**Electronic entertainment**

**Labor-saving devices**

**Health care policies**

**Zoning codes**

**Home prices**

**Flexibility-jobs balance**

**Health care: counseling, info**

**Mass media: news, ads**

**Sports**

**Informal discussions**

**Media regulations**

**Health sector policies**

**Business practices**

**Advocacy by individuals and organizations**

**Transport policies**

**Land use policies**

**Neighborhood walkability**

**Ped/bike facilities**

**Parking**

**Transit**

**Traffic**

**Transport investments**

**In traffic demand management**

**Parking regulations**

**Neighborhood walkability**

**Parking**

**Transit access**

**Trail access**

**Building design**

**Stair design**

**PA facilities and programs**

**Neighborhood walkability**

**Ped/bike facilities**

**Facilities**

**PA program**

**Walk to school program**

**School siting policies**

**PA policies and funding**

**Facilities budgets**

**Safe routes to school funding**

**Fire codes**

**Building codes**

**Parking regulations**

**Transportation investments**

**Health care policies**

7

### 2.4.1. Intrapersonelle faktorer

Empiriske studier viser, at køn (45) alder (46), selvrapporteret helbred (46), uddannelseslængde (47) samt beskæftigelse (48), er væsentlige faktorer som har betydning for det fysiske aktivitetsniveau. Ifølge Sallis, Owen og Fisher (2008) henviser det intrapersonelle niveau til demografiske, biologiske og psykologiske elementer, hvor demografiske faktorer som køn, alder og status, influerer på det fysiske aktivitetsniveau (24). Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil (2017) viser ingen kønslige forskelle, i relation til efterlevelse af anbefalingerne på 30 minutters daglig fysisk aktivitet (9). Modsat viser et studie, at mænd har større odds for at imødekomme og være mere fysisk aktiv end anbefalingerne for fysisk aktivitet, sammenlignet med kvinder (45). Yderligere falder kvinders aktivitetsniveau med alderen pga. en mere stillesiddende adfærd (46). Her er fysisk aktivitet vigtig for denne aldersgruppe, eftersom muskelmassen falder med alderen (49). Ligeledes er stigende alder associeret med mindre odds for efterlevelse af anbefalingerne for fysisk aktivitet, for både mænd og kvinder (45). Således influerer køn og alder positivt og negativt på det fysiske aktivitetsniveau. Dermed kan disse anses som vigtige faktorer at medtænke i udviklingen af interventioner, der skal fremme fysisk aktivitet (50). Derudover finder et studie, at fysisk inaktive har dårligere selvvurderet helbred sammenlignet med fysisk aktive (46). Endvidere influerer uddannelseslængde på det fysiske aktivitetsniveau, hvor højtuddannede er mere fysisk aktive i fritiden, sammenlignet med lavt uddannede (47). Hertil er individer med manuelt arbejde mindre fysisk aktive i fritiden, sammenlignet med individer med stillesiddende arbejde (48). Samtidig er individer i beskæftigelse mere fysisk aktive end individer uden for arbejdsmarkedet (9). Således kan individuelle forhold såsom selvvurderet helbred, uddannelseslængde og beskæftigelsesstatus have betydning for individers fysiske aktivitetsniveau. Intrapersonelle faktorer kan dermed influere på individers forudsætninger for fysisk aktivitet. Intrapersonelle forhold kan yderligere influere på individers sociale forhold, herunder sociale relationer og støtte (24,51).

### 2.4.2. Sociokulturelle miljø - interpersonelle faktorer

Empiriske studier viser, at sociale relationer (52,53), samt normer og holdninger til fysisk aktivitet (54,55), har indflydelse på det fysiske aktivitetsniveau. Det sociokulturelle niveau i Sallis et al. (2006) socioøkologiske model, referer til faktorer som sociale netværk, social støtte, samt normer og kulturelle forhold (10,51). Et studie viser, at social støtte er positivt

associeret med fysisk aktivitet hos den ældre befolkning (56). Lignende resultater ses i et studie af Wendel-Vos (2006) som viser, at social støtte er positivt associeret med fysisk aktivitet hos både mænd og kvinder (52). Derudover har kvinder større sandsynlighed for at dyrke vedvarende fysisk aktivitet, hvis de modtager social støtte i form af emotionel støtte (53). På den anden side kan manglende socialt netværk og støtte influere negativt på det fysiske aktivitetsniveau (57). Her viser et studie, at manglende støtte fra familie og venner forhindrer middel aldre kvinder i at være fysisk aktive (58). Således spiller sociale relationer en essentiel rolle ift. det fysiske aktivitetsniveau, hvor sociale netværk og støtte kan influere positivt eller negativt herpå.

Derudover kan normer og holdninger til fysisk aktivitet, ligeledes influere på det fysiske aktivitetsniveau (10). Her kan holdninger til fysisk aktivitet influere på regelmæssig deltagelse og forudsige intentioner om fysisk aktivitet (54). Hertil viser et studie, at subjektive normer og holdninger har betydning for individers intentioner om at ændre det fysiske aktivitetsniveau (55). Her påvirkes individers subjektive normer af sociale relationers forventninger ift. mål og intentioner, om at dyrke mere fysisk aktivitet (55). Således kan sociokulturelle faktorer influere positivt eller negativt på individers fysiske aktivitetsniveau og belyse kompleksiteten herved. Disse faktorer er derfor væsentlige at tage højde for i sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som har til formål at fremme det fysiske aktivitetsniveau. Dertil påvirkes det sociokulturelle miljø af miljømæssige faktorer, herunder samfundets struktur og indretning, samt politikker og lovgivninger (59), som kan influere på individers muligheder og begrænsninger ift. fysisk aktivitet.

### 2.4.3. Politiske faktorer

Det politiske niveau har indflydelse på intra- og interpersonelle samt miljømæssige faktorer (24), hvor politiske faktorer har betydning for individers handlemuligheder i samfundet (59). Ifølge Sallis et al. (2006) omfatter dette niveau lokale sundhedspolitikker, reguleringer samt statslige love og politikker (10). Her kan etablering af miljøer og politikker medvirke til adfærdsændringer i relation til borgernes sundhed (24). Dertil fremhæver Smith, Tang og Nutbeam (2006), at tiltag som skal fremme fysisk aktivitet, fordrer samarbejde mellem forskellige sektorer (60), og skal indtænkes i den lokale kontekst (61). Hertil fremhæver WHO (2017) at lande effektivt kan øge befolkningens fysiske aktivitetsniveau, gennem forbedringer i lokalområder, eksempelvis ved ændringer i det urbane miljøer og offentlige rum (14). Nationalt er danske kommuner underlagt Sundhedsloven, hvori Planloven er

inkluderet og stiller krav til, at kommuner gennem forebyggelsesindsatser udvikler og stiller udendørsområder- og faciliteter til rådighed, som borgerne kan anvende til fysisk aktivitet (15). Hvordan kommunerne arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse er kommunens eget ansvar (62), hvormed byplanlægning og forskellige miljøer kan variere. Dog stilles der i Planloven krav til, at borgere har adgang til cykel- og gangstier, idrætsfaciliteter, samt fritids og rekreative faciliteter (15). Det politiske fokus på at udvikle rammer og faciliteter for fysisk aktivitet, kan således influere på kommuners arbejde med at udvikle omgivelserne. Her har kommuner ansvaret for at tilrettelægge områder og faciliteter i lokalområdet, som skal indbyde til fysisk aktivitet, hvormed sundhedspolitikker spiller en vigtig rolle ift. individers muligheder og begrænsninger for fysisk aktivitet i lokalområdet. Ydermere har det politiske niveau indflydelse på det miljømæssige niveau, og dermed hvordan miljøer er struktureret og indrettet, som yderligere influerer på de resterende niveauer i den socioøkologiske model (24).

#### 2.4.4. Miljømæssige faktorer

Empiriske studier viser, at omgivelsernes infrastruktur, indretning, karakteristika (63), samt tilgængelighed og æstetik (64), har indflydelse på borgernes fysiske aktivitetsniveau. Det miljømæssige niveau henviser til lokalområdets karakteristika, rekreative miljøer, skoler- og arbejdspladsmiljøer, infrastruktur, samt parker, stier og idrætsfaciliteter (10,24). Således kan dette niveau anskues på organisatorisk niveau, da niveauet berører forskellige institutioner og organisationer, såsom foreninger, arbejdspladser, skoler og lokalsamfund (59). Her kan organisationer sættes ifm. kommuner (59), da disse udgør en vigtig aktør i arbejdet med at udvikle miljøer, der skal fremme individers fysiske aktivitetsniveau (15). Etablering af miljøer som giver individer muligheden for at være fysisk aktiv i lokalområdet, skal bidrage til adfærdsændringer og dermed reducere andelen af fysisk inaktive (24). Et studie finder, at miljøer i lokalområdets karakteristika har betydning for individers anvendelse af gang eller cykling som transportform (63). Her fandt studiet, at byer med højere densitet, god og sikker infrastruktur og arealanvendelse har flere individer som benytter sig af gang og cykling (63). Ydermere har omgivelsernes indretning en væsentlig betydning for individers mulighed for fysisk aktivitet, hvor tilgængelighed, muligheder for fysisk aktivitet samt æstetik, influerer positivt på det fysiske aktivitetsniveau (64). Endvidere ses en stærk relation mellem fysisk aktivitet og det urbane miljø (65). Faciliteter i det urbane miljø herunder parker, skovruter, rekreative faciliteter samt grønne områder, er essentielle

aspekter ved det urbane miljø, som kan relateres direkte til fysisk aktivitet (65). Derudover har kortere afstand til disse faciliteter og områder, en positiv betydning på anvendelsen heraf (65). Ydermere har adgangen til udendørsområder- og faciliteter en betydning for fysisk aktivitet. Her giver adgang til natur, parker og grønne områder individer mulighed for at dyrke rekreativ og forskellige former for fysisk aktivitet (66). Hertil kan byers indretning, influere på det fysiske aktivitetsniveau (67,68), hvor parker og grønne områder kan have positiv indvirkning på både det fysiske, mentale og sociale niveau (69). Her kan parker i nærområdet promovere fysisk aktivitet (67), hvor adgang til grønne områder og parker kan fungere som et fysisk aktivitetsrum og sidestilles med andre idrætsfaciliteter i nærområdet (70). Her viser et studie, at grønne områder som indbyder til fysisk aktivitet, medfører en reducere af overvægt og fysisk inaktivitet (71). Således kan adgang til udendørsfaciliteter influere positivt på det fysiske aktivitetsniveau. På baggrund af ovenstående kan miljømæssige faktorer dermed skabe muligheder eller begrænsninger for individers fysiske aktivitetsniveau. Her har tidligere studier vist, at omgivelserne kan være en mulig kontekst til at fremme det fysiske aktivitetsniveau (63,64). Dog kan det antages, at miljøer som ikke har områder og faciliteter til fysisk aktivitet, kan være en hindring ift. at fremme det fysiske aktivitetsniveau.

De mange interagerende faktorer i den socioøkologiske model er med til at belyse kompleksiteten forbundet med sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som skal fremme det fysiske aktivitetsniveau og derigennem forandre inaktiviteten. Det er derfor relevant at disse tiltag tager højde for flere niveauer i den socioøkologiske model. Hertil kan omgivelserne være en relevant kontekst ift. fremme af det fysiske aktivitetsniveau, da individer i højere grad færdes i disse miljøer, hvor disse er tilgængelige for alle. Ligeledes fremhæver tidligere interventioner, at anvendelse og udvikling af omgivelserne, har en positiv effekt på det fysiske aktivitetsniveau (66,72,69,73). Således foreligger et potentiale i at anvende og udvikle omgivelserne, således disse understøtter mulighederne for fysisk aktivitet, mhp. at fremme det fysiske aktivitetsniveau.

## 2.5. Anvendelse og udvikling af de fysiske omgivelser - kommunale indsatser

Sallis et al. (2006) socioøkologiske model er med til at belyse hvordan miljømæssige faktorer har indflydelse på individers fysiske aktivitetsniveau (10). Faktorerne relateres til

infrastruktur, lokalområder, rekreative miljøer, samt det urbane miljø (10), og er dermed komponenter som indgår i omgivelserne, som enten er med til at skabe muligheder eller begrænsninger for fysisk aktivitet. Lokalområdet omfatter miljøer hvor individer bor og færdes i til hverdag (13), hvor det urbane miljø referer til byens fysiske miljø, herunder infrastruktur, bebyggelse samt indkøbsmuligheder (74). Her referer infrastrukturen til transportmuligheder i lokalområdet, herunder muligheder for at anvende gang eller cykel som transportform (74). Yderligere dækker rekreative områder, over grønne områder og parker, eksempelvis legepladser, skove og idrætsfaciliteter (13). Aktivitetsområder dækker over faciliteter som opfordrer til rekreativ fysisk aktivitet og leg i hverdagen, såsom naturlegepladser og klatreparker (13). Således indgår forskellige miljøer i omgivelserne, som kan have indflydelse på det fysiske aktivitetsniveau. På baggrund af Planloven stilles der krav til, at danske kommuner arbejder med at udvikle miljøer i lokalområder, som skaber muligheder for fysisk aktivitet (15). Det findes derfor relevant at analysere hvordan danske kommuner arbejder med at udvikle og planlægge miljøer i lokalområder, således disse indbyder til fysisk aktivitet. Hertil vil Roses teori om forebyggelsesstrategier, samt forskellige forståelser af sundhedsfremme, inddrages.

### 2.5.1. Indsatsen *EN GOD OMVEJ*

*EN GOD OMVEJ* (2013) er et eksempel på en kommunal indsats, som har fokus på bevægelse i lokalområdet ved at skabe rammer og aktivitetsområder for et aktivt hverdagsliv i otte danske kommuner (13). Formålet med projektet er etablering af anlæg i forskellige lokalområder, hvor legepladser, idrætsfaciliteter og skovstier, skal skabe nye rum for fysisk aktivitet og motivere til mere rekreativ fysisk aktivitet (13). Her har tilgængeligheden af faciliteter og attraktive omgivelser, betydning for hvor meget disse områder anvendes (13). Således kan det argumenteres, at undersøgelsens formål om at fremme fysisk aktivitet, kan være et udtryk for sundhedsfremme. Her skal miljøer skabe rammerne for borgernes mulighed for fysisk aktivitet i lokalområdet (74), hvor det er op til borgerne anvende disse miljøer til fysisk aktivitet, mhp. at øge det fysiske aktivitetsniveau (18). Ifølge WHO (2020) er målet med sundhedsfremme at skabe sundhed, hvor midlet er at styrke individers handlekompetencer (75). Her fremhæver WHO (2020) at politiske, miljømæssige og økonomiske faktorer, skal understøtte individers mulighed for sundhed, samt inddragelse af flere sektorer på tværs af sundhedsbeslutninger (75). Sundhedsfremme har dermed fokus på at hjælpe mennesker med at ændre adfærd, således det sunde liv prioriteres (18). Hermed kan

kommunale anlægsprojekter som *EN GOD OMVEJ*, være et eksempel på en sundhedsfremmende strategi, som skal give flere borgere mulighed for at være fysisk aktiv i lokalområdet (13). Dog kan en begrænsning ved etablering af disse miljøer være afstanden hertil (13). På baggrund af studier som har vist, at nærhed til omgivelser og faciliteter som indbyder til fysisk aktivitet, har betydning for anvendelsen heraf (76,77), hvorfor anlægningen af aktivitetsområderne blev placeret så størstedelen af borgerne maksimalt havde en afstand på 1,5 km til disse områder (13). Således skal udvikling af aktivitetsområder i kommuners lokalområder, bidrage til at fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau, hvor afstanden til disse områder har betydning for anvendelse heraf.

### *2.5.2. Omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet - litteraturstudie fra Syddansk universitet*

Syddansk Universitet har udarbejdet et litteraturstudie, som har undersøgt sammenhængen mellem byers indretning og fysisk aktivitet, hvor formålet var at bidrage med viden til kommunernes planlægning, indretning og forvaltning af det urbane miljø, således dette understøtter borgernes mulighed for fysisk aktivitet (78). Resultaterne viser at flere komponenter influerer på borgernes fysiske aktivitetsniveau i lokalområdet, eksempelvis infrastrukturen, samt rekreative områder og faciliteter i kommunerne (78). Ligeledes finder undersøgelsen, at adgang til parker og grønne områder er miljøer som har positiv effekt på borgernes fysiske aktivitetsniveau (78). Undersøgelsen indikerer dermed, hvordan det urbane miljø kan give flere borgere muligheden, for at være fysisk aktive. Det kan derfor antages, at de kommuner som ikke har støttende miljøer, vil have en større andel inaktive borgere. Ved at udvikle omgivelserne således disse skaber muligheder for fysisk aktivitet, henvender dette sig til hele befolkningen, hvorfor udviklingen af omgivelserne kan betegnes som en populationsbaseret forebyggelsesstrategi. Ifølge Rose (2001) er populationsbaserede forebyggelsesstrategier henvendt hele befolkningen (78), hvor disse skal gøre det sunde valg lettere at træffe (18). Ved at ændre omgivelserne og skabe flere udendørsområder- og faciliteter som kan anvendes til fysisk aktivitet (78), er det med til at gøre det sunde valg lettere for borgerne at træffe. Ifølge Vallgård, Diderichsen og Jørgensen (2014) skal sundhedsfremme bidrage til at ændre og forbedre individers sundhed, ved at give individer større kontrol over egen sundhed (18). Det kan derfor argumenteres for, at undersøgelsen inddrager elementer af sundhedsfremme, da individets handlekompetence styrkes.



På baggrund af det kommunale fokus på at udvikle de fysiske omgivelser i lokalområdet, er der fortsat behov for at udbygge vidensgrundlaget ift. hvordan omgivelserne kan anvendes, således disse indbyder og skaber mulighed for fysisk aktivitet. Her er det væsentligt at kommuner formår at udnytte muligheder for at fremme fysisk aktivitet, hvor forskellige forvaltningsområder kan supplere hinanden (15). Ved udvikling og anvendelse af disse områder, bør der tages højde for mulige tilsigtede og utilsigtede konsekvenser.

#### 2.5.2.1 Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved udvikling af de fysiske omgivelser i lokalområdet

I relation til fysisk aktivitet kan økonomiske omkostninger ved eksempelvis motionscentre og idrætsforeninger, være en begrænsende faktor (80). Her kan det antages at ikke alle besidder økonomiske ressourcer til at dyrke fysisk aktivitet i disse kontekster. En tilsigtet konsekvens ved at udvikle miljøer der indbyder til fysisk aktivitet, kan dermed være, at alle borgere har mulighed for at benytte disse, som kan mindske uligheden i individers adgang og mulighed for fysisk aktivitet. Dog har populationsbaserede forebyggelsesstrategier ofte den utilsigtede konsekvens, at motivationen hos det enkelte individ er lav (79). Således kan det antages, at selvom miljøerne i lokalområderne udvikles således disse indbyder til fysisk aktivitet, kan individer dog have manglende motivation og lyst til at anvende disse. Her viser et studie netop, at manglende motivation fremstår som en barriere for fysisk aktivitet (81). Derudover har individer ofte svært ved at træffe rationelle beslutninger i relation til egen sundhedsadfærd (82), hvorfor det ikke vides om flere individer vil benytte sig af disse miljøer. Dermed vil udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi, ikke nødvendigvis fremme den generelle befolknings fysiske aktivitetsniveau. Det kan derfor betvivles hvorvidt udvikling af omgivelser som indbyder til fysisk aktivitet i danske kommuner, kan fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau, da borgerne fortsat kan vælge at opretholde en negativ sundhedsadfærd på trods af disse tiltag.

#### 2.5.3. Sundhedsfremmende og forebyggende strategier i danske kommuner ud fra en nudging tilgang

Gennem udvikling af miljøer som skal indbyde til fysisk aktivitet, kan nudging inddrages, da nudging i højere grad anvendes som tilgang at ændre individers sundhedsadfærd (83). Nudging tager i specialet udgangspunkt i Thaler og Sunsteins (2009) forståelse, hvor nudging består af et valgarkitekt, som er med til at organisere de kontekster individer træffer valg i

(83). Her er fokus at gøre det sunde valg til det lette valg, hvor individet skubbes i en bestemt retning, som påvirker sundhedsadfærden positivt (83). Dertil har måden kontekster organiseres på, indflydelse på individers anvendelse af disse miljøer (83), hvor målet er at indrette såkaldte valgmiljøer, således individer træffer de mest effektive valg ift. sundhed (83). Ifølge Thaler og Sunstein (2009) kan interventioner betragtes som nudging, hvis disse har indflydelse på individers valg på en forudsigelig måde, hvor andre og eksisterende valgmuligheder ikke forbydes (83). I forbindelse med *EN GOD OMVEJ* og *Omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet* som kommunale sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, der har til hensigt at fremme fysisk aktivitet, kan der tages udgangspunkt i en nudging tilgang, da omorganisering af konteksten skal fremme fysisk aktivitet i disse miljøer. Nudging som tilgang bunder til dels i, at individer ikke kan træffe rationelle beslutninger omkring egen sundhed, på trods af reguleringer og information herom (82). Problemet er derfor at individer kan have svært ved at ændre sundhedsadfærd, og har behov for at blive skubbet i en bestemt retning som skal gavne deres sundhed (83). Her kan nudging som tilgang anvendes i samfundet gennem valgarkitekterne, som skal gøre det sunde valg til det lette valg (18,82), men hvor individer fortsat har friheden til at handle anderledes (18). Gennem udvikling af de fysiske omgivelser er hensigten at nudge borgerne til at være mere fysisk aktive, hvor de fortsat har friheden til ikke at anvende disse miljøer. Dog skal der her tages forbehold for at individet på ofte påvirkes ubevidst gennem nudging (18), hvorfor det kan betvivles hvorvidt individet har autonomi til at vælge frit. Hertil kan der ved anvendelse af nudging som tilgang til adfærdsændring, opstå etiske dilemmaer og utilsigtede konsekvenser (83).

#### 2.5.3.1. Etiske dilemmaer og utilsigtede konsekvenser ved anvendelse af nudging

Ifølge Thaler og Sunstein (2009) kan nudging anskues ud fra en liberalistisk-paternalistisk tilgang (83). Det liberalistiske element af nudging lægger vægt på individers frihed til at vælge (83), således individets autonomi bibeholdes (82). Det paternalistiske element henviser til, at det er legitimt at påvirke individers adfærd og styre denne i en bestemt retning, med det formål at forbedre individers sundhed (83). Dermed indgår der i det paternalistiske element et styringselement, som fremkommer af, at individer ikke er i stand til at styre dem selv og træffe rationelle beslutninger (18). Herved kan der rejses kritik, da individets mulighed for at tage et aktivt valg, begrænses (84). Ud fra det liberalistiske element, kan det betvivles hvorvidt nudging som tilgang tager hensyn til individers autonomi og selvbestemmelse (84), når de valg som skal gavne individers sundhed, træffes af andre (83). Dertil kan der være

etiske problemstillinger ved, at staten træffer beslutninger omkring individers valgmuligheder, med det formål at forbedre sundheden (85). Hertil påpeger Peeters og Schuilenburg (2017), at nudging som tilgang kan have betydning for individers følelse af frihed på trods af, at hensigten med nudging ikke er at begrænse eller modsætte sig deres frihed (82). Således kan der ved anvendelse af nudging som tilgang til at ændre sundhedsadfærd, opstå etiske dilemmaer samt utilsigtede konsekvenser, som i højere grad bør medtænkes i strategier, som har til hensigt at fremme det fysiske aktivitetsniveau. Dertil kan nudging kan anvendes som en politisk tilgang til folkesundhedsmæssige problemstillinger (82), som i dette tilfælde til forandring af inaktiviteten.

#### 2.5.3.2. Interventioner som har anvendt nudging som tilgang til at fremme fysisk aktivitet

Internationalt er nudging anvendt som tilgang til at fremme fysisk aktivitet (86,87), som potentielt kan medvirke til at forandre inaktiviteten. Her har et studie undersøgt nudging som tilgang, til at øge medarbejders fysiske aktivitetsniveau på arbejdspladsen (86). Resultaterne viser, at bannere og fodafttryk, var med til at øge medarbejdernes brug af trappen frem for elevatoren signifikant (86). Et andet studie undersøgte ligeledes hvordan nudging som tilgang kan øge brugen af trapper i en universitetskontekst, hvor skilte, musik og kunst blev opsat ved trapperne, som havde en positiv effekt på valg af trapper (88). I en dansk kontekst ses et lignende studie, som har anvendt plakater, som skal opfordre folk til at benytte trappen frem for rulletrappen på togstationer (89). Her viser resultaterne en forøgelse på anvendelse af trapperne på henholdsvis 4% og 8% (89). Studierne understreger hvordan ændringer i konteksten, nudger flere til at anvende trappen og dermed fremmer det fysiske aktivitetsniveau. Således kan en forholdsvis simpel indgriben i omgivelserne, være med til at nudge til mere fysisk aktivitet som influerer positivt på sundhedsadfærden.

Hertil kan det argumenteres, at deltagernes handlemuligheder i mindre grad begrænses i de førnævnte studier (86,88,89), da muligheden for at anvende rulletrappen og elevator, stadig foreligger. Dermed kan nudging som tilgang anvendes til at fremme det fysiske aktivitetsniveau gennem udvikling af omgivelserne. Dog foreligger begrænset evidens ift. nudging som tilgang til at fremme fysisk aktivitet i omgivelserne, da et flertal af studier anvender nudging til at øge brugen af trapper (86,88,89). Således foreligger et videns hul ift. at anvende nudging som tilgang til at fremme fysisk aktivitet gennem omgivelserne. Gennem omgivelserne ses muligheder for at skabe ændringer, således disse indbyder til mere fysisk aktivitet i dagligdagen (18), som understøttes af det miljømæssige niveau i den

socioøkologiske model (10). Her kan det antages at udvikling af omgivelserne skal nudge befolkningen til fysisk aktivitet og medvirke til, at fysisk aktivitet bliver en integreret og naturlig del af individers hverdag.

## 2.6. X kommunes sundhedstilbud og fokus på de fysiske omgivelser

Tages der udgangspunkt i en specifik dansk, mellemstor kommune, ses en større andel af fysisk inaktive borgere, sammenlignet med resten af regionen (3). Ligeledes ses en stigning i inaktiviteten i kommunen fra år 2010 til år 2017 (3). Dette er på trods af de mange sundhedstilbud ved kommunens sundhedscentre, som skal fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau (se bilag 1.1). *Sundhedstilbud a* er et eksempel på en indsats, med tilhørende tre tiltag, som skal fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau i hverdagen (se bilag 1.1). Ét af disse tiltag er *sundhedstilbud b*, hvor kommunen har fokus på at anvende naturen som redskab, til at implementere mere fysisk aktivitet i hverdagen (se bilag 1.1). Dertil har kommunen *sundhedstilbud c*, som er et træningstilbud henvendt ledige og sygemeldte borgere, hvor fokus er at forbedre målgruppens fysiske aktivitetsniveau, samt mentale sundhed, gennem individuel og fælles holdtræning (se bilag 1.2). Hertil foregår træningerne i forskellige kontekster, hvor naturen i lokalområdet inddrages (se bilag 1.2). Yderligere indgår sanseture på udvalgte sundhedstilbud, hvor turene skal stimulere borgernes sanser<sup>1</sup>. Således anvendes omgivelserne og naturen i større grad i kommunens sundhedstilbud, mhp. at fremme deres fysiske og mentale sundhed. I X kommune har majoriteten nærhed til naturskønne områder (se bilag 1.3). Således foreligger et potentiale i at øge brugen af omgivelserne til fysisk aktivitet, samt udvikling af flere udendørsfaciliteter- og områder, da der på trods af disse sundhedstilbud fortsat ses en stigning i inaktiviteten. Her ekspliciterer kommunen yderligere behovet for at udvide og supplere eksisterende tiltag inden for sundhedsområdet (se bilag 1.4). Således er X kommune en væsentlige case at tage udgangspunkt i ifm. kommunens anvendelse og udvikling af omgivelserne til fremme af fysisk aktivitet.

Ydermere har kommunen en målsætning om at skabe rammer for et sundt liv, som skal sikres gennem adgang til rekreative områder, herunder boldbaner, legepladser samt anlæg (se bilag 1.5). Derudover er naturen i fokus, i form af cykel- og gåruter i kommunens skovområder (se bilag 1.6), samt infrastrukturen, hvor denne skal gøre det let, trygt og naturligt at anvende

---

<sup>1</sup> Viden indhentet fra uformel samtale med ansat ved X kommune

aktive transportformer (se bilag 1.7). Således har kommunen fokus på at skabe muligheder for, at borgerne kan være fysisk aktive gennem omgivelserne i lokalområdet. Her arbejder kommunen tværfagligt, hvor mange aktører er i spil i arbejdet med optimering af borgernes sundhed, hvor fokus er på at gøre det sunde valg til det lette valg (se bilag 1.8). Kommunes forståelse af sundhed, indebærer at den fysiske og mentale sundhed ikke adskilles (se bilag 1.8). Hertil forsøger kommunen at indtænke kulturelle og sociale forhold, som kan have indflydelse på borgernes sundhed, livsstil og livskvalitet (se bilag 1.8). Hermed kan det argumenteres for at kommunen har et sundhedsrelativt syn på sundhed, hvor bio-psyko-sociale faktorer medtænkes. Yderligere faciliterer frontpersonalet sundhedstilbuddene, hvor disse har stor frihed ift. arbejdet med fysisk aktivitet, hvor naturen anvendes på specifikke motionshold<sup>2</sup>. Hermed har frontpersonalet handlefrihed til at anvende omgivelserne, til optimering af borgernes fysiske, mentale og sociale sundhed<sup>3</sup>. Frontpersonalet må derfor antages at være en vigtig aktør ift. fremme af borgernes fysiske aktivitetsniveau. Dog er der pba. den stigende inaktivitet i kommunen et behov for at forandre borgerens fysiske aktivitetsniveau, hvormed frontpersonalets anvendelse af omgivelserne og arbejde med fysisk aktivitet, spiller en vigtig rolle. Således findes det interessant at undersøge frontpersonalets arbejde og erfaringer med fysisk aktivitet samt hvordan omgivelserne i kommunen kan anvendes og udvikles, mhp. at fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau.

---

<sup>2</sup> Viden indhentet fra uformel samtale med ansat ved X kommune

<sup>3</sup> Viden indhentet fra uformel samtale med ansat ved X kommune

### 3. Afgrænsning

Tidligere interventioner har vist at anvendelse og udvikling af omgivelserne fremmer det fysiske aktivitetsniveau, hvormed der foreligger et potentiale i udvikle og anvende omgivelserne i X kommune mhp. at fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau. På trods af at X kommune har flere sundhedstilbud ift. fysisk aktivitet, ses en stigende inaktivitet i kommunen. Stigningen kan være et udtryk for at nuværende interventioner og tiltag rettet mod at fremme det fysiske aktivitetsniveau i kommunen, ikke har haft tilstrækkelig, længerevarende effekt. Hermed tyder det på, at der kan være udfordringer med at fremme det fysiske aktivitetsniveau ved anvendelse og udvikling af omgivelserne i X kommune, hvor kommunen fremhæver behovet for at udvide og supplere nuværende tiltag. Dertil findes det relevant at medtænke tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved at fremme fysisk aktivitet, gennem anvendelse og udvikling af omgivelserne i X kommune. Frontpersonalet i kommunen er en vigtig aktør for, at facilitere anvendelsen af omgivelserne til fysisk aktivitet, hvormed deres arbejde og erfaring herved, findes interessant at undersøge. Da X kommune har naturskønne områder som omfavner lokalområdets rekreative miljøer, afgrænses omgivelserne til at omfatte lokalområdet, som er de miljøer borgerne færdes i til hverdag, samt rekreative områder i lokalområderne, herunder grønne områder og parker, samt idrætsfaciliteter.

Yderligere kan problemet omkring inaktivitet betragtes som en kompleks problemstilling, da forskellige og interagerende faktorer, herunder individuelle, sociale og miljømæssige faktorer jf. den socioøkologiske model, har indflydelse på det fysiske aktivitetsniveau. Hertil kan den manglende fælles forståelse af inaktivitet, vanskeliggøre målrettet forebyggelse heraf, samt yderligere belyse kompleksiteten. Dog afgrænses specialet til forståelsen af inaktivitet, som værende mindre end 2,5 times fysisk aktivitet ved moderat intensitet om ugen.

På baggrund af ovenstående ses der et behov for at ude og supplere kommunens anvendelse og udvikling af omgivelserne, mhp. at fremme fysisk aktivitet. Det findes derfor væsentligt at undersøge, hvordan X kommune arbejder med at fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau gennem anvendelse og udvikling af omgivelserne. Samtidig findes det interessant at undersøge hvordan frontpersonalet anvender de fysiske omgivelser i sundhedstilbud.

## 4. Problemformulering

Formålet med specialet, er at undersøge muligheder og begrænsninger ved anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet, samt hvordan de fysiske omgivelser kan udvikles, således borgernes fysiske aktivitetsniveau fremmes. Dette skal inspirere til hvordan den kommunale praksis kan anvende og udvikle de fysiske omgivelser, mhp. at forandre borgernes sundhedsadfærd ift. det fysiske aktivitetsniveau, hvilket har ført til følgende problemformulering samt tilhørende forskningsspørgsmål:

*Hvilke muligheder og begrænsninger ses ved anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet og hvordan kan omgivelserne udvikles således det fysiske aktivitetsniveau fremmes?*

### Forskningsspørgsmål

1. Hvilke faktorer viser tidligere studier at have indflydelse på anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet og hvordan kan omgivelserne udvikles, således det fysiske aktivitetsniveau fremmes? (Systematisk litteraturreview)
2. Hvilke erfaringer og oplevelser har ansatte i X kommune med at anvende de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet og hvilke udviklingsbehov fremhæver de ansatte ift. de fysiske omgivelser? (Kvalitativ interviewundersøgelse)
3. Hvordan kan anbefalinger stilet mod den kommunale praksis bidrage til forandring af det fysiske aktivitetsniveau, gennem anvendelse og udvikling af de fysiske omgivelser? (Systematisk litteraturreview, kvalitativ interviewundersøgelse og teoretisk fortolkning)

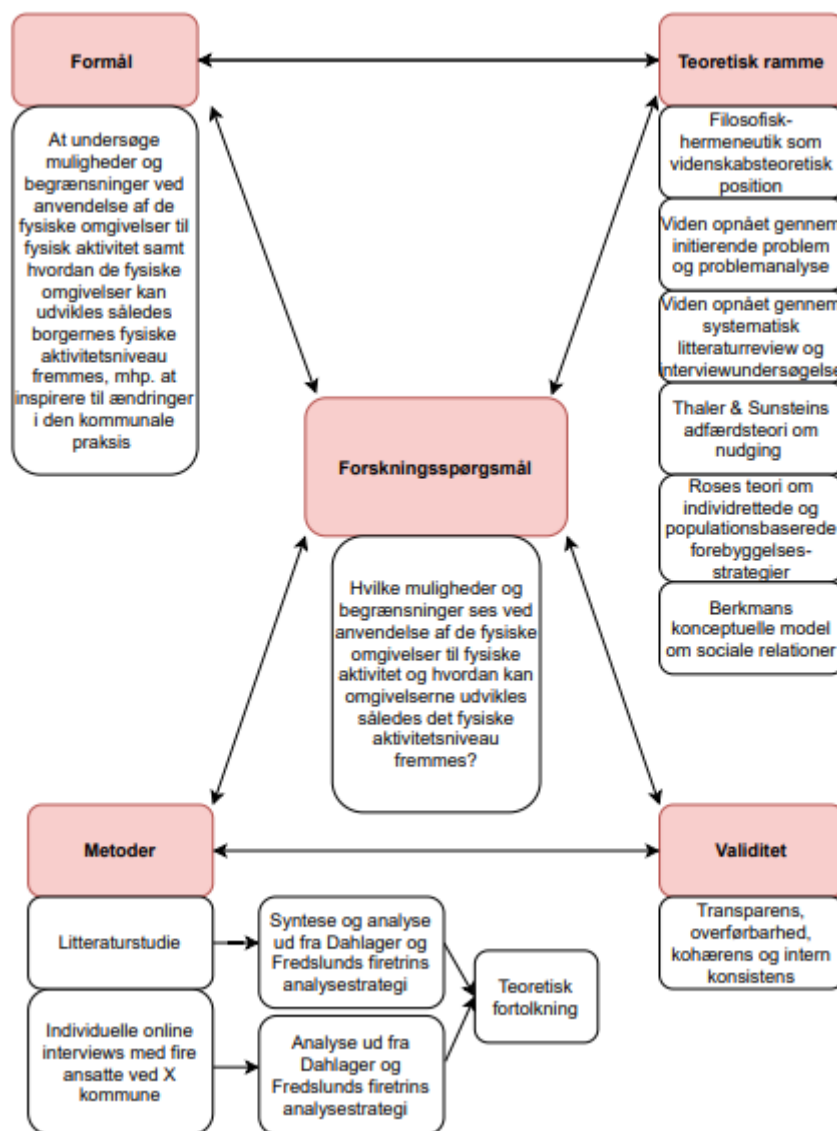
## 5. Metode

Til besvarelse af den overordnede problemformulering, er forskningsspørgsmål udarbejdet med tilhørende metoder, hvor der ifølge Maxwell (2005) skal være sammenhæng mellem disse elementer (90). Første forskningsspørgsmål er søgt besvaret gennem et systematisk litteraturreview, hvor ønsket var at opnå viden om, hvilke faktorer tidligere studier har vist at influere på anvendelse af omgivelserne til fysisk aktivitet og hvordan omgivelserne kan udvikles og indrettes, således det fysiske aktivitetsniveau fremmes. Online, individuelle interviews skulle bidrage til besvarelse af andet forskningsspørgsmål. Her var ønsket at opnå en større forståelse, for ansatte i X kommunes oplevelser og erfaringer med at anvende de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet i sundhedstilbud og kommunens udviklingsbehov ift. omgivelserne.

### 5.1. Specialets design og ramme

Med det formål at sikre og skabe sammenhæng mellem specialets problemformulering, tilhørende forskningsspørgsmål samt metodevalg, er det essentielt at elementerne som inkluderes, arbejder harmonisk sammen (90). Dermed er fokus på at skabe sammenhæng mellem de enkelte metodiske elementer, hvorfor specialet tager udgangspunkt i Joseph A. Maxwells interaktive model (2005). Modellen skulle bidrage til at skabe og højne den interne konsistens mellem de enkelte elementer, samt transparens omkring specialets design (90). Modellen tager udgangspunkt i fem elementer; forskningsspørgsmål, begrebsmæssig ramme, metoder, validitet og mål (90). Specialegruppen har løbende modificeret og tilpasset elementerne i modellen, for at sikre sammenhæng herimellem. Her er forskningsspørgsmålet omdrejningspunktet ift. at skabe sammenhæng i designet (90.). Idet modellen er interaktiv, skal de fem elementer ses som interagerende og påvirker hinanden gensidigt (90), hvor specialegruppen bl.a. har modificeret problemformuleringen løbende, ud fra nye udviklinger og fund. Derudover er formålet med anvendelsen af modellen at skabe struktur og hjælpe til planlægning og udførelse af undersøgelsen (90). Modellen skulle medvirke til at skabe transparens, ved at de valg som blev truffet undervejs, blev ekspliciteret, som skulle styrke kvaliteten af undersøgelsen (90). Specialets applicering af Maxwells interaktive model ses i figur 2. Her er elementerne anvendt og sammenkoblet ift. specialets udvikling samt anvendelsen heraf.





Figur 2 viser specialets applicering af Maxwells interaktive model og sammenhængen mellem specialets metodiske elementer.

Appliceringen af Maxwells interaktive model tager udgangspunkt i problemformuleringen, som det specifikke undersøgelsesspørgsmål, samt tilhørende forskningsspørgsmål, da disse vurderes centrale for specialets udformning. Her påvirker problemformuleringen de resterende elementer, hvor disse elementer ligeledes påvirker hinanden. Specialegruppen har løbende foretaget ændringer i problemformuleringen samt de resterende elementer, hvorfor ændringer undervejs medvirket til justeringer i de enkelte elementer samt designet. Eksempelvis er der undervejs foretaget ændringer i forskningsspørgsmål 2, ud fra løbende kontakt til X kommune. Derudover blev ændringer i forskningsspørgsmål 1 foretaget, efter gennemførsel af den indledende systematiske søgning som gjorde specialegruppen

opmærksomme på formålet ved dette spørgsmål. Dette er med til at understrege den interaktive arbejdsproces, om at skabe sammenhæng i specialet.

Yderligere omhandler mål relevansen af undersøgelsen, samt hvilke områder undersøgelsen har indflydelse på (90), som appliceres til specialets formål. Her er formålet at undersøge hvordan anvendelse og udvikling af omgivelserne, kan forandre det fysiske aktivitetsniveau, mhp. at inspirere til hvordan den kommunale praksis kan fremme fysisk aktivitet. Dernæst refererer den begrebsmæssige ramme til specialets teoretiske referenceramme, ud fra initierende problem, problemanalysen, eksisterende litteratur, teorier som belyser og analyserer problemfeltet, samt viden fra de anvendte metoder. Ydermere henviser validitet bl.a. til transparens af specialets resultater, og eventuelle begrænsninger i relation til de metodiske valg, som belyses og diskuteres i diskussionen. Her blev sikring af validitet forsøgt imødekommet, ved at specialegruppen undervejs i arbejdsprocessen, foretog ændringer i problemformuleringen ift. de metodiske valg som blev truffet. Dertil blev sikring af transparens bl.a. forsøgt opnået gennem eksplicitering af de valg, som specialegruppen løbende foretog, som beskrives i metodeafsnittet. Slutteligt henviser metoder til undersøgelsens metodevalg, herunder dataindsamlingsmetoder (90). Her tager specialet udgangspunkt i et systematisk litteraturreview samt en kvalitativ interviewundersøgelse, da dette blev vurderet som anvendelige metoder ift. den endelige problemformulering. Maxwells interaktive model skulle dermed bidrage til at skabe kohærens og intern sammenhæng i specialets metodiske elementer, som skulle højne kvaliteten heraf (91).

## 5.2. Hermeneutikken som videnskabsteoretisk position

Specialet positionerer sig indenfor hermeneutikken som videnskabsteoretisk position, som er en del af specialets teoretiske ramme jf. Maxwells interaktive model. I et hermeneutisk perspektiv er fokus på at forstå menneskets hensigter og motiver som former handlinger (92), hvor mening frembringes gennem fortolkningsarbejde, og hvor læren om forståelse og fortolkning er omdrejningspunktet (93). På baggrund af problemformuleringen, som søger at få indsigt i ansattes oplevelser og erfaringer fra X kommune, positionerer specialet sig indenfor hermeneutikken. Hertil tages udgangspunkt i Hans-Georg Gadamer (2007) filosofiske hermeneutik, hvor opnåelsen af forståelse kræver, at menneskers formeninger og fordomme inkluderes (94). Disse formeninger og fordomme relateres til Gadamer's anvendelse af begrebet forforståelse, da forforståelsen er en betingelse for forståelsesprocessen (94). Forforståelsen er baseret på viden omkring et fænomen, samt

ønsket om at skabe forandring (93), hvor specialets problemformulering er baseret på specialegruppens forforståelse, opnået gennem initierende problem samt problemanalysen.

Indenfor den filosofiske hermeneutik, fremhæves en central forståelse, nemlig at subjektet, udforskeren og det udforskede objekt, ikke kan eller bør adskilles, hvor individet besidder en forforståelse om objektet (94). Her anses forforståelse som et aktivt element, for at kunne forstå fænomenet (94). Dette begrundes i, at subjektets forforståelse udgøres af de fordomme subjektet tillægger fænomenet forinden undersøgelsen, som er præget af en vis subjektivitet (94). Den indledende forforståelse i specialet viser sig gennem tidligere antagelser og forståelser af problemfeltet, hvor gruppen har opnået ny viden og indsigt gennem problemanalysen samt den efterfølgende problembearbejdning. Dette har medført at gruppens forforståelse undervejs er blevet udviklet og forandret. Ifølge Gadamer (2007) er forforståelse essentiel for forståelse, hvor det derudover ikke er muligt at opnå en objektiv viden (94). Her kan forståelsesprocessen ifølge Gadamar (2007), anskues som en cirkulær proces og betegnes *den hermeneutiske cirkel* (94). Herigennem bygger opnåelsen af forståelse og erkendelse på, at forståelse af helheden kun kan betragtes ud fra delene og omvendt, hvormed forforståelse og forståelse er gensidigt betinget (94). Den hermeneutiske cirkel kommer i specialet til udtryk ved, at der opnås ny viden gennem problemanalysen og problembearbejdningen, som har medvirket til nye forståelser og forforståelser. Her har problemanalysen eksempelvis medvirket til at opnå forståelse af problemfeltet om fysisk inaktivitet, som har dannet grundlag for problemformuleringen. Forståelsen opnået herigennem har dermed medført en ny forforståelse. Dette har influeret på udarbejdelsen og udformningen af det systematiske litteraturreview samt den kvalitative interviewundersøgelse. Således har specialegruppen løbende opnået ny viden, som har bidraget til nye forståelser og forforståelser af problemfeltet, hvormed der hele tiden skabes en ny helhedsforståelse. Dermed har specialet været præget af en løbende erkendelsesproces, hvor forforståelse undervejs er blevet genskabt og rekonstrueret, som har resulteret i nye forståelsesrammer.

Her er forskerens rolle væsentlig, da forskerens forforståelse ligger til grund for de forskningsspørgsmål der stilles (93). Forskerens forforståelse anses som produktiv for erkendelsen og har ligeledes indflydelse på forståelses- og fortolkningsprocessen (94), hvor forforståelsen skal bringes i spil. Forforståelsen dannes bl.a. af subjektets faglige baggrund, herunder uddannelse, samt personlige baggrund (94). På baggrund af specialegruppens samme idrætsfaglige baggrund, kan dette have haft indflydelse på problemfeltet, og bidraget til en snæver og mindre nuanceret beskrivelse af problemfeltet. Dog har gruppen erhvervet ny

viden gennem problemanalysen, gruppemøder samt vejledningsmøder, som har medvirket til at udvide og forny gruppens forståelse og forforståelse, således forforståelsen er blevet udforsket.

Dertil ønsker specialet at opnå en forståelse for de ansattes oplevelser og erfaringer i X kommune, gennem interviews. Hertil kan *horisontsammensmeltning* fremhæves, da dette ifølge Gadamer (2007) er et centralt begreb indenfor den filosofiske hermeneutik, for opnåelse af forståelse af fænomenet i den bestemte kontekst (94), i dette tilfælde X kommune. Horisontsammensmeltning foregår dertil i samspillet mellem to horisonter, hvor det kræves at subjektet sætter sin horisont i spil ift. objektets horisont (94), for tilsammen at skabe en ny horisont hvor forståelse muliggøres (93). Specialegruppen har bl.a. haft et ønske om at få forståelse for muligheder og begrænsninger ift. de ansattes anvendelse af omgivelserne til fysisk aktivitet, hvor denne forståelse er forsøgt opnået gennem horisontsammensmeltning. Derudover har specialegruppens horisont været i konstant forandring gennem problembearbejdningen, hvormed forforståelsen er sat på spil i forståelseshandlinger (93). Eksempelvis er projektgruppens samt de ansattes horisonter bragt i spil gennem interviews, som har bidraget til nye forståelser af fænomenet.

### 5.3. Systematisk litteraturstudie

Det systematiske litteraturstudie havde til formål at besvare forskningsspørgsmål 1. Indledende er en søgning foretaget, mhp. at afgrænse problemområdet, samt en efterfølgende systematisk litteratursøgning, hvor de valg som er truffet undervejs, vil beskrives og ekspliciteres i de følgende afsnit, mhp. at sikre og opnå transparens.

#### 5.3.1. Indledende søgninger

Den indledende søgning blev foretaget mhp. at afsøge relevant litteratur, som kunne bidrage med viden om projektets problemfelt (95). Her blev brede, almene søgeord søgt i forskellige databaser, fagbøger samt internetsider. Dette medvirkede til en afgrænsning af problemfeltet, som muliggjorde udarbejdelsen af initierende problem samt problemanalysen. Hertil blev bevidste og tilfældige søgninger i Google foretaget, for at opnå inspiration gennem litteraturen (96). Efterfølgende blev kædesøgning anvendt, hvor kæder af litteratur ud fra allerede relevante artikler, blev skabt, som skulle bidrage til yderligere relevante artikler (96). Ligeledes blev grå litteratur søgt gennem X kommunes hjemmeside og Google, herunder

danske rapporter, kommunens politikker og sundhedstilbud, mhp. at finde litteratur omkring casen, som skulle bidrage med en større forståelse af problemfeltet i den lokale kontekst. Ydermere blev der søgt i Google Scholar samt databaserne PubMed og Embase, mhp. at søge bredt i litteraturen, til at afdække problemfeltet, hvor efterfølgende søgninger i PubMed og Embase skulle bidrage med relevante søgeord til den fremtidige systematiske søgning.

### 5.3.2. Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning havde til formål at afdække relevante videnskabelige artikler, som blev vurderet væsentlige for forståelse af problemfeltet. Søgningen blev foretaget systematisk, for at opnå et udtømmende resultatet og sikre transparens og veldokumentation, således søgningen blev fundet troværdig (97).

#### 5.3.2.1. Indledende systematisk søgning

Forinden den endelige systematiske litteratursøgning, foretog gruppen en indledende, systematisk søgning. Dette blev gjort efter møde med bibliotekarer, som vejledte gruppen til udelukkende at foretage fritekstsøgninger med søgeordene, *inaktivitet* og *omgivelser*, i ProQuest, Google Scholar og Scopus. Den indledende fritekstsøgning i Scopus kan ses i tabel 1.

Tabel 1 viser en indledende fritekstsøgning søgt i Scopus.

| Scopus |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | Facet 1<br><i>Inaktivitet</i>                                                                                                           | Facet 2<br><i>Omgivelser</i>                                                                                                                                                                                         |
| OR     | <b>Fritekst (title/abstract)</b><br>Inactiv* (hits: 442.278)<br>"Physical inactiv*" (hits:13.015)<br>"Sedentary behavio*" (hits:10.618) | <b>Fritekst (title/abstract)</b><br>"Urban area*" (hits: 1.192.695)<br>"Recreational park*" (hits: 8.251)<br>"Built environment*" (hits 217.954)<br>"Local area*" (hits: 518.502)<br>"Urban design*" (hits: 106.765) |
|        | Hits: 2.239.002                                                                                                                         | Hits: 1.849.827                                                                                                                                                                                                      |
| AND    | Totalt antal hits: 79.529                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                      |

Efterfølgende blev det vurderet, at inaktivitet som søgeord ikke var passende ift. 1 forskningsspørgsmål, hvorfor søgeordet blev ændret til *fysisk aktivitet* i den efterfølgende systematiske søgning. Den indledende systematiske søgning resulterede i brede søgninger, med et stort antal af hits og lav grad af relevans, hvorfor søgestrategien blev revurderet. Den indledende systematiske søgning samt yderligere vejledning med bibliotekarerne, medvirkede til den endelige systematiske søgning med søgeordene *fysisk aktivitet*, *omgivelserne*, samt *sundhedsfremme og forebyggelse*.

#### 5.3.2.2. Valg af databaser

Den endelige systematiske litteratursøgning blev foretaget i forskellige databaser, med det formål at få en dybdegående samt udtømmende søgning (97). Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i Embase, PubMed, Cochrane, Cinahl, Sociological Abstracts og PsycInfo. Databaserne er valgt, da disse blev vurderet relevante til besvarelse af forskningsspørgsmål 1. PubMed og Embase blev valgt da begge databaser er sundhedsdatabaser, som hovedsageligt har litteratur af biomedicinsk karakter (98,99). Her skulle søgningerne, bidrage med en bred forståelse af hvordan det fysiske aktivitetsniveau kan fremmes, ved anvendelse og udvikling af omgivelserne. Dertil indeholder databaserne kvalitative studier (100), som skulle bidrage med forståelsen af faktorer som har indflydelse på anvendelsen af omgivelserne til fysisk aktivitet. Slutteligt indeholder databaserne europæiske studier, som gør dem relevante og overførbare til en dansk kontekst (100). Yderligere blev databaserne Cinahl og Cochrane anvendt, da de ligeledes indeholder sundhedsfaglig litteratur (101,102). Ligeledes blev der søgt i Sociological Abstracts, som indeholder international, sociologisk litteratur (103). Denne blev vurderet relevant, da problemfeltet ift. det fysiske aktivitetsniveau ud fra Sallis et al. (2006) socioøkologiske model er påvirket af sociale faktorer (10). På baggrund af dette blev der ligeledes søgt i databasen PsycInfo, da denne database indeholder studier som belyser psykologiske aspekter (104).

#### 5.3.2.3. Søgeprotokol

Søgningen i den systematiske litteratursøgning, tog udgangspunkt i kernebegreber identificeret ud fra problemformuleringen, forskningsspørgsmål 1, samt den indledende

systematiske søgning. Søgeordene i den endelige søgning var; *fysisk aktivitet, omgivelser* samt *sundhedsfremme og forebyggelse*, hvor søgestrategien blev udført som bloksøgning med udgangspunkt i disse søgeord. Bloksøgninger kan bruges som søgestrategi ved søgning i databaser, hvor facetter opdeles af søgningen i blokke (105). En bloksøgning er ifølge Buus et al. (2008) den mest anvendelige søgemodel til søgninger i databaser, da dette giver mulighed for at indsnævre og udvide facetterne heri (105). Søgeordene er søgt som kontrollerede emneord og fritekstsøgninger, hvor anvendelse af kontrollerede emneord, kan præcisere søgningen (105). Her blev databasernes thesaurus benyttet, som er definerede emneord hvor disse sikrer, at referencer omhandlende samme område eller emne, er indekseret ens, således præcisionen af søgningen højnes (96,105). Derudover søges der ved fritekstsøgninger ”frie” søgeord (105), hvor der søges på alle ord i databasen, som kan føre til et højt antal af hits og medvirke til en upræcis søgning (96). Fritekstsøgningen blev medtaget for at finde relevante studier, som ikke nødvendigvis var indekseret i emneord og for at inddrage nye studier som endnu ikke er indekseret. I bloksøgningens facetter er synonymer medtaget, da det er usikkert hvorvidt de enkelte søgeord, bidrager med et tilstrækkeligt antal studier (95). Bloksøgningen for den endelige systematiske litteratursøgning i Embase, ses i tabel 2. Søgeprotokollerne og søgningerne for alle databaserne kan ses i bilag 2.

Tabel 2 viser bloksøgning med tilhørende tre facetter udført i Embase.

| Embase     |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <b>Facet 1</b><br><i>Fysisk aktivitet</i>                                                                            | <b>Facet 2</b><br><i>Omgivelser</i>                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Facet 3</b><br><i>Sundhedsfremme og forebyggelse</i>                                                                                                                                                                    |
| <b>OR</b>  | <b>Kontrolleret emneord:</b><br><b>Emtree</b><br>Physical activity (hits: 452.031)<br>Exercise (hits: 373.268)       | <b>Kontrolleret emneord: Emtree</b><br>Built environment (hits: 936)<br>Recreational park (hits: 3.406)<br>Urban area (hits: 75.563)<br>City planning (hits: 3.078)                                                                                                                   | <b>Kontrolleret emneord: Emtree</b><br>Health promotion (hits: 103.561)<br>Preventive health service (hits: 29.746)                                                                                                        |
|            | <b>Fritekst</b><br><b>(title/abstract/keywords)</b><br>"Physical activ*" (hits: 169.812)<br>Exercis* (hits: 432.722) | <b>Fritekst</b><br><b>(title/abstract/keywords)</b><br>"Built environment*" (hits: 4.712)<br>"Recreational park*" (hits: 52)<br>"Urban area*" (hits: 39.982)<br>"City plan*" (hits: 412)<br>"Urban plan*" (hits: 1.869)<br>"Urban design*" (hits: 589)<br>"Local area*" (hits: 4.019) | <b>Fritekst</b><br><b>(title/abstract/keywords)</b><br>"Health promotion*" (hits: 42.843)<br>"Preventive health service*" (hits: 1.249)<br>"Health promotion strateg*" (hits: 1.353)<br>"Health prevention*" (hits: 1.831) |
|            | Hits: 933.493                                                                                                        | Hits: 108.832                                                                                                                                                                                                                                                                         | Hits: 147.338                                                                                                                                                                                                              |
|            |                                                                                                                      | Hits facet 1 & 2: 7.152                                                                                                                                                                                                                                                               | Hits facet 1, 2 & 3: 789                                                                                                                                                                                                   |
| <b>AND</b> | <b>Totalt antal hits: 789</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                            |

Som det fremgår af tabel 2, blev de booleske operatorer AND og OR anvendt, hvor søgeordene kombineres. Her udvider OR søgningen i de enkelte facetter hvor AND specificerer søgningen (95). Trunkering blev ligeledes anvendt, mhp. at inddrage alle ord som indeholder stavelsen før trunkeringen, uanset ordets endelse (95,97). Hertil blev der i søgningerne anvendt frasesøgninger, hvor de søgeord som indeholder flere ord, blev indkapslet med anførselstegn før og efter søgeordet, for at sikre at søgeordene blev søgt i den ønskede rækkefølge (95).



#### 5.3.2.4. Udvælgelse af studier

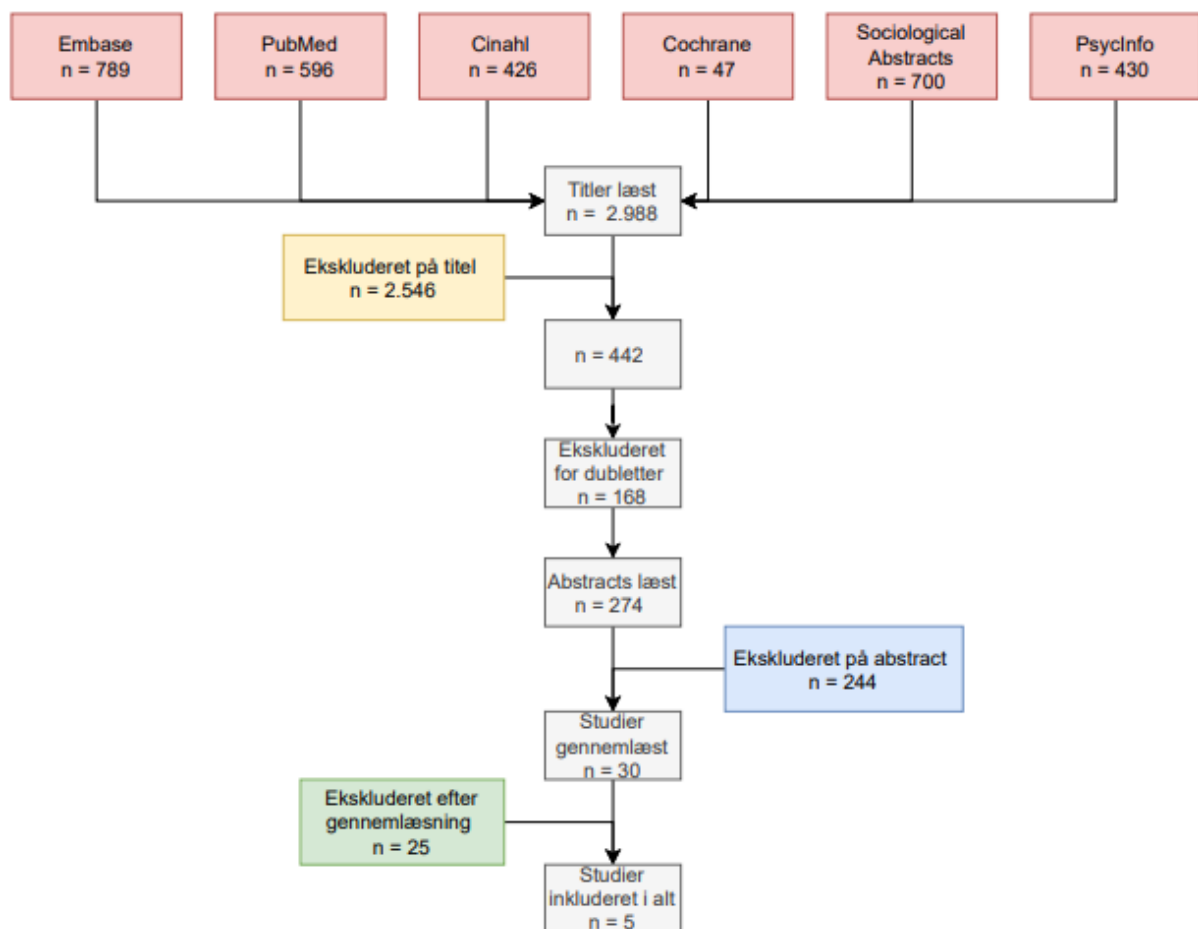
Efter udførelse af den systematiske litteratursøgning, blev relevante studier udvalgt pba. opstillede in- og eksklusionskriterier, som vist i tabel 3. Kriterierne blev opstillet med det formål at præcisere søgningens resultater, samtidig med at gøre udvælgelsesprocessen overskuelig og transparent (97).

*Tabel 3 viser opstillede in- og eksklusionskriterier for udvælgelse af studier.*

| Inklusionskriterier                                                                                       | Eksklusionskriterier                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Studier fra: Europa, USA, Australien, New Zealand og Canada                                               | Studier fra lavindkomstlande som ikke kan overføres til dansk kontekst |
| Studiepopulationen skal indeholde voksne (25-65 år)                                                       | Studier omhandlende udelukkende børn eller ældre                       |
| Studier hvor faktorer (facilitatorer og barrierer) som influerer på det fysiske aktivitetsniveau, fremgår | Studier publiceret før år 2000                                         |
| Studier som har udviklet eller ændret de fysiske omgivelser, til at fremme det fysiske aktivitetsniveau   | Studier hvor deltagerne har mere end én sygdom                         |
| Studier skrevet på engelsk, dansk, svensk eller norsk                                                     |                                                                        |

Kriterierne blev opstillet pba. den indledende systematiske søgning, hvor en større andel af studier fra lavindkomst lande bl.a. blev fremsøgt, samt specifikke målgrupper som ældre, børn og sygdomsramte. Udvælgelsesprocessen tog efterfølgende udgangspunkt i, at relevansen af de fremsøgte studier fra hver database, blev vurderet ud fra titel (105). Herefter blev abstracts læst og udvalgt ud fra relevans (105). Her blev studier inkluderet som indeholdt viden om hvordan anvendelse og udvikling af omgivelserne, influerer på det fysiske aktivitetsniveau. Dernæst blev de resterende studier gennemlæst i fuldttekst, hvor studier blev ekskluderet pba. manglende beskrivelse af metodiske overvejelser, studier omhandlende udelukkende børn eller ældre, samt studier af ældre dato.

Efter søgningen i databaserne, resulterede den systematiske litteratursøgning i 2.988 studier. Efter vurderingen af studiernes titel blev 2.546 studier frasorteret, således der var i alt 442 studier. Frasorteringen blev foretaget af begge speciale medlemmer, mhp. at sikre at udvælgelsen blev foretaget ens. Studier blev bl.a. frasorteret på titel hvis studierne udelukkende havde børn som målgruppe eller var fra lavindkomstlande. Dernæst blev der tjekket for dubletter gennem referenceprogrammet RefWorks, som resulterede i eksklusion af 168 studier, hvorfor abstract fra 274 studier blev læst. Efter gennemlæsning af abstracts blev 30 studier udvalgt til gennemlæsning af fuldttekst, hvor gennemlæsningen blev foretaget af begge medlemmer. Her blev relevansen og aktualiteten af studierne diskuteret i plenum, og den endelige udvælgelse af studier fandt sted i fællesskab. Den endelige systematiske litteratursøgning resulterede i fem studier, som blev vurderet relevante til besvarelse af projektets første forskningsspørgsmål samt problemformulering. Overblik over udvælgelsesprocessen og de inkluderede studier, kan ses i flowdiagrammet på figur 3.



Figur 3 viser udvælgelsesprocessen over inkluderede studier fra den systematiske litteratursøgning.

#### 5.3.2.5. Kritisk vurdering af inkluderede studier

Efter udvælgelsen af studier, blev en kritisk kvalitetsvurdering foretaget. Her findes anvendelse af tjeklister relevant, for vurdering af resultaternes troværdighed samt studiets samlede kvalitet (97). I specialet blev Joanna Briggs Institute's kritiske vurderingstjeklister (106), anvendt. Her er de inkluderede studiers design væsentlige, da det afhænger af hvilken tjekliste som skal anvendes. De kritiske vurderingstjeklister for kvalitative studier, tværsnitsstudier og systematiske reviews, blev anvendt, da de afspejlede inkluderede studiers design. Herefter blev en samlet vurdering af hvert studie foretaget og udført af begge specialemedlemmer, således vurderingen blev foretaget kritisk og konsistent. Kvalitetsvurderingen af de inkluderede studier er vist i bilag 3.

#### 5.3.2.6. Analysestrategi

Med det formål at sammenholde og fremanalysere de vigtigste og mest relevante fund i en syntese, ud fra de inkluderede studiers formål, design samt resultater, blev Dahlager og Fredslunds firetrins analysestrategi, anvendt. Hermed blev centrale kategorier fremanalyseret fra hvert studie, samt tilhørende underkategorier, hvor meningsbærende enheder blev identificeret herunder. Disse fund blev efterfølgende sammenfattet i en syntese af studierne formål, design, metode, inklusion og resultater. Således foretog specialegruppen et review af litteraturen, hvor eksisterende data blev samlet i en syntese (97), som skulle bidrage til at fremhæve de vigtigste fund, på en systematisk og transparent måde.

### 5.4. Kvalitativ metode

Interviews med ansatte fra X kommune blev valgt, da dette er en velegnet metode til at få en større forståelse af menneskers handlinger og oplevelser (91). Her muliggør interviews undersøgelse af personers oplevelser og forståelser af bestemte situationer og fænomener (91). Interviews skulle bidrage med viden om de ansattes oplevelser og erfaringer med at anvende omgivelserne til fysisk aktivitet, samt hvilke forslag de ansatte fremstiller ift. udviklingen af omgivelserne. Således blev interviews udført med det formål at besvare forskningsspørgsmål 2.

### 5.4.1. Semistruktureret interviewform

Med udgangspunkt i hermeneutikken som videnskabsteoretiske position, var interviewformen semistruktureret, da denne form tillader en vis åbenhed overfor nye og essentielle emner (107), således specialegruppens forforståelse bringes i spil. Denne åbenhed viser sig ved, at det semistrukturerede interview giver intervieweren plads til at forfølge informantens svar, hvormed en vis frihed og åbenhed overfor dette er muligt (108). Det semistrukturerede interview muliggør yderligere, at intervieweren kan tage styringen og stille spørgsmål som er udvalgt på forhånd, samt forfølge informantens fortællinger og oplevelser (91). Ved anvendelse af det semistrukturerede interview opstilles en interviewguide, som består af på forhånd formulerede spørgsmål, hvor der undervejs er plads til åbne spørgsmål ift. informantens fortælling (91). Her kan intervieweren stille uddybende og sonderende spørgsmål, således informantens fortælling forfølges (91,108).

### 5.4.2. Udformning af interviewguide

Forinden udførsel af interviews, blev en interviewguide opstillet mhp. at opnå et grundigt forarbejde. En interviewguide kan anvendes som redskab og ramme for interviewets forløb, med det formål at guide og fastholde intervieweren i de opstillede temaer, samt et udkast til mulige spørgsmål som bør stilles (108). Interviewguiden bidrager dermed med en struktur over interviewets forløb (108). Interviewguiden og strukturen er opstillet pba. problemanalysens indhold, hvorigennem specialegruppen har fortolket denne viden og opnået en indledende forforståelse. Således bygger interviewguiden på specialegruppens fortolkninger og forforståelser, som har haft indflydelse på de inkluderede interviewspørgsmål, samt udvalgte temaer. Belyste problemstillinger og temaer identificeret i problemanalysen, lå dermed til grund for forskellige temaer og spørgsmål inkluderet i interviewguiden. Dannelsen af temaer i interviewguiden tog ligeledes udgangspunkt i forskningsspørgsmål 2. Til forberedelsen af interviewguiden er spørgsmål inddelt i henholdsvis forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål (91), hvor interviewspørgsmål inkluderet i interviewguiden er udledt fra forskningsspørgsmålene. Et operationaliseringsskema af interviewguiden kan ses i bilag 4. Forskningsspørgsmål er ofte teoretisk præget, hvorfor interviewspørgsmålene er forsøgt formuleret i lægmandssprog, for at gøre det mere forståeligt og relaterbart for informanterne (91,108). Forskningsspørgsmål er udformet mhp. at få informanternes forståelser og oplevelser om fænomener, som

informanten ikke nødvendigvis er bevidst om eller finder relevante, hvorfor interviewspørgsmålene stilles mere beskrivende og oplevelsesnære (91).

#### 5.4.2.1. Spørgeteknik

Interviewguiden er opbygget ud fra Kvale og Brinkmanns (2015) spørgsmålstyper, som inkluderer sonderende, fortolkende, direkte samt indirekte spørgsmål (108). Her blev sonderende spørgsmål stillet for at udforske informanternes oplevelser og erfaringer. Direkte spørgsmål blev bl.a. stillet for at få afklaret eller stille direkte spørgsmål ift. bestemte emner. Derudover blev opfølgende og uddybende spørgsmål stillet, hvor disse blev vurderet relevante. Eksempler på fortolkende, opfølgende samt uddybende spørgsmål, kan ses i tabel 4.

*Tabel 4 viser en oversigt over fortolkende, opfølgende samt uddybende spørgsmål, anvendt under interviews.*

| Sonderende spørgsmål                         | Fortolkende spørgsmål                                        | Opfølgende spørgsmål               |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Kan du fortælle noget mere om...?            | Du fortalte at... betyder det så...?                         | Gentagelser af betydningsfulde ord |
| Kan du uddybe...?                            | Er det rigtigt at du synes, at...?                           | Nik                                |
| Du nævnte at... kan du fortælle mere om det? | Hvis jeg skal forstå det du siger, er det så rigtigt, at...? | Pauser<br>“Hmm”                    |
| Kan du komme med et eksempel på...?          | Forstår jeg dig ret når du siger...?                         |                                    |
| Kan du sige noget mere om det?               | Som jeg hører dig sige, så..                                 |                                    |

Disse spørgsmål blev anvendt for at sikre forståelsen af informanternes svar, samt eventuelt uddybende forklaring. Således var spørgsmålene delvist strukturerede, som gjorde det muligt for interviewer at styre interviewet i den ønskede retning, men stadig give plads til at forfølge informantens perspektiver (91).

På baggrund af interviewets semistrukturerede form, havde interviewer en mulighed for at modificere og stille spørgsmål udover interviewguiden, når dette blev vurderet relevant eller interessant. Samtidig gav det muligheden for at forfølge informanternes forståelser om fænomenet (91). Her forsøgte specialegruppen at stille spørgsmål med en vis åbenhed overfor informanternes forståelser og forfølge eventuelle nye

fænomener, præsenteret af informanterne. Indledningsvist består interviewguiden af indledende spørgsmål, for at skabe en indledende relation mellem informant og interviewer, som skulle sikre tryghed ved besvarelse af de resterende spørgsmål (91). Dernæst bestod interviewguiden af spørgsmål stillet pba. specialegruppens forforståelse om problemfeltet. Et udsnit af interviewguiden samt inkluderede spørgsmål kan ses i tabel 5. Den endelige interviewguide er vist i bilag 4.

*Tabel 5 viser et udsnit af interviewguiden samt inkluderede spørgsmål.*

| Tema                                                             | Interviewspørgsmål                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Uddybende og sonderende spørgsmål                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Baggrundsinformation</b>                                      | Vil du fortælle lidt om dig selv?<br><br>Kan du fortælle om dit arbejde i kommunen?<br><br>Er du tilknyttet ét bestemt sundhedstilbud? eller flere?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Hvad er din jobbeskrivelse i X kommune?<br><br>Kan du fortælle lidt om hvad der karakteriserer de borgere du primært arbejder med?                                                                             |
| <b>Anvendelse af omgivelserne til fysisk aktivitet</b>           | Hvordan bruger du i dine sundhedstilbud omgivelserne til fysisk aktivitet?<br><br>Hvilke muligheder tænker du at omgivelserne kan bidrage med ift. fysisk aktivitet?<br><br>Tænker du der er forskelle ved at anvende omgivelserne til fysisk aktivitet sammenlignet med at anvende indendørs idrætsfaciliteter?<br><br>Kan du fortælle hvorfor du bruger omgivelserne til fysisk aktivitet?<br><br>Er der situationer hvor du tænker det er mindre anvendeligt at gøre brug af omgivelserne til fysisk aktivitet? | Kan du nævne et eksempel herpå?<br><br>Kan du komme med et eksempel?<br><br>Kan du uddybe?<br><br>Hvad tænker du det giver borgerne at være fysisk aktiv i omgivelserne?<br><br>Kan du sige noget mere om det? |
| <b>Udvikling af omgivelserne mhp. at fremme fysisk aktivitet</b> | Kan du fortælle om, de faciliteter der er i lokalområdet i X kommune, som kan anvendes til fysisk aktivitet?<br><br>Hvordan tilpasser du din træning med borgerne ift. omgivelserne i jeres kommune?<br><br>Hvis du skulle indrette lokalmiljøet anderledes, hvad tænker du så vil kunne gøre det mere attraktivt ift. fysisk aktivitet?<br><br>Tænker du at der i jeres kommune er et behov for at stille flere                                                                                                   | Hvilke overvejelser gør du dig ift. at tilpasse din anvendelse af omgivelserne til borgernes niveau?<br><br>Kan du uddybe?<br>Kan du give et eksempel herpå?<br><br>Kan du uddybe?                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                               | udendørsfaciliteter til rådighed, som skal gøre det attraktivt at være fysisk aktiv i jeres kommune?                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                       |
| <b>Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser</b> | <p>Har du oplevet begrænsninger ved at anvende omgivelserne til fysisk aktivitet i de sundhedstilbud du er tilknyttet?<br/>Tænker du, at der kan være nogle konsekvenser for borgerne ift. at være fysisk aktive i omgivelserne?</p> <p>Tænker du der kan være udfordringer forbundet med at ændre og udvikle omgivelserne?</p> | <p>Kan du komme med et eksempel?</p> <p>Kan du uddybe hvorfor/hvordan du tænker, det kan være en udfordring?</p> <p>Kan du komme med et eksempel?</p> |

### 5.4.3. Online interview

Forskningsspørgsmål 2 skulle besvares ved fire individuelle, online interviews. Med hensyn til Covid-19, blev interviews foretaget online via Microsoft Teams. Her bør der tages højde for fordele og ulemper forinden udførsel af online interviews (107). Fordele herved er, at det i høj grad kan sammenlignes med et ansigt-til-ansigt interview, da det er muligt at informant og interviewer kan se hinanden og dermed aflæse ansigtsudtryk (107). Derudover bidrager online interviews med en vis fleksibilitet, da det er muligt at foretage disse uafhængig af tid og rum (109). Således kan dette øge bekvemmeligheden og gøre deltagelse mere attraktivt (107). Omvendt kan ulemperne være chancen for tekniske problemer, hvor uklarheder mellem informant og interviewer kan forekomme, samt udfordringer med at aflæse informantens kropssprog (107). Dog blev dette imødekommet ved anvendelse af web-kamera, således aflæsning og tolkning af ansigtsudtryk, blev muliggjort. Hertil oplevede specialegruppen blot få tekniske problemer, hvor nogle af informanternes svar var utydelige pga. internetforbindelsen, men virkede dog ikke forstyrrende for udførelsen og forståelse af informanternes udsagn.

### 5.4.4. Rekrutteringsstrategi

Gennem interviewene var ønsket at opnå viden om hvordan ansatte i X kommune, oplever og arbejder med at fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau ved anvendelse af omgivelserne, og hvilke muligheder og udfordringer de oplever herved. Da specialegruppen ønskede at opnå viden og indsigt i en bestemt problemstilling, blev en formålsbestemt rekrutteringsstrategi af informanter, anvendt (107). Således blev informanter udvalgt ud fra vurdering af hvorvidt disse kunne bidrage med den ønskede viden. Her tog rekrutteringen udgangspunkt i en snowball strategi, som havde til formål at finde relevante informanter, som

skulle henvise videre til andre relevante informanter (107). Rekrutteringen af informanter blev påbegyndt ved kontakt til relevant kontaktperson i X kommune, henvist af vejleder. Efterfølgende tog gruppen kontakt til flere kontaktpersoner i X kommune, hvor der hertil blev opstillet inklusionskriterier. Disse blev anvendt til udvælgelse af informanter til interviewene (107). Ønsket var at komme i dialog med enten frontpersonale eller mellemedere, som havde fokus på omgivelsernes muligheder for fysisk aktivitet. Inklusionskriterier for udvælgelse af informanter er vist i tabel 6.

*Tabel 6 viser opstillede inklusionskriterier for udvælgelse af informanter fra X kommune.*

| Inklusionskriterier                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ansatte i X kommune                                                                                    |
| Ansæt som mellemeder og/eller frontpersonale                                                           |
| Besidder praksisnær viden ift. hvordan kommunen anvender og udvikler omgivelserne til fysisk aktivitet |
| Haft uformel samtale med specialegruppen forinden interview                                            |

Kontakten til én relevant kontaktperson, bidrog med henvisning til yderligere relevante kontaktpersoner i kommunen. Her havde gruppen mailkorrespondance med mulige informanter, samt uformelle telefonsamtaler. Ud fra denne kontakt og telefonsamtaler, henviste kontaktpersonerne til yderligere relevante informanter, hvorved dette bidrog til fire informanter til interviews. Flere af kontaktpersonerne i X kommune havde kendskab til hinanden og hinandens arbejde, hvorfor denne rekrutteringsstrategi blev anvendt.

#### 5.4.5. Pilotinterview

Forinden udførsel af interviews, blev pilotinterviews gennemført, mhp. at kvalificere interviewguiden, før de reelle interviews fandt sted (107). Pilotinterviewene skulle endvidere bidrage med viden om spørgsmålenes forståelighed, rækkefølge på spørgsmålene, interviewguidens længde, samt varigheden af interviewene (108). Pilotinterviews kan bidrage til, at personen som skal foretage interviewene kan få erfaring hermed (107). Her blev interviewguiden afprøvet på specialegruppen, hvor hvert medlem skulle agere interviewer og informant. Dette var mhp. at gruppen skulle blive komfortable med interviewguiden og inkludere spørgsmål og vurdere varigheden af interviewet, samt testning af udstyr.



Derudover blev fire pilotinterviews udført med informanter i specialegruppens netværk, som blev vurderet tilstrækkelige til kvalificeringen af interviewguiden. Disse interviews blev ligeledes foretaget over Microsoft Teams, som muliggjorde testning af det tekniske udstyr, således gruppen blev fortrolige hermed. Efter udførelse, blev forvirrede og uklare spørgsmål påpeget, som efterfølgende blev revideret i interviewguiden. Eksempelvis blev antallet af spørgsmål reduceret, da flere spørgsmål blev vurderet overlappende. Derudover indeholdt interviewguiden et tema omkring fysisk aktivitet, som blev vurderet irrelevant, hvorfor dette tema blev kondenseret til ét enkelt spørgsmål.

#### 5.4.6. Udførsel af interviews

Begge gruppemedlemmer var til stede ved alle interviews, hvor én person skulle agere primær interviewer, og den anden supplerende interviewer. Her stillede primær interviewer spørgsmålene fra interviewguiden og førte interviewets gang. Supplerende interviewer, supplerede med spørgsmål og sikrede at alle spørgsmål inkluderet i interviewguiden blev besvaret. Den supplerende interviewer skulle ligeledes agere tovholder og sikre at alle spørgsmål kunne nå at blive stillet inden for tidsrammen. Inden udførsel af interviews modtog informanter en samtykkeerklæring ift. frivillig deltagelse og information om herom, som skulle underskrives forinden interviews. Samtykkeerklæringen kan ses i bilag 5. Interviewene blev estimeret til at have en varighed på cirka én time, som inkluderede briefing, spørgsmål fra interviewguiden, samt debriefing. Interviewenes varighed gav mulighed for righoldige forklaringer og besvarelser af de stillede spørgsmål, som skulle bidrage med nuanceret viden om fænomenet (108). Briefing skulle indledningsvist sikre informanternes indforståelse med betingelserne for deltagelse, herunder forklaring af samtykkeerklæring, samt præsentation af specialets formål. Debriefing blev inkluderet således informanterne havde muligheden for at komme med eventuelle afsluttende bemærkninger eller stille afklarende eller opfølgende spørgsmål (108).

#### 5.4.7. Interviewerens rolle og kvalifikationer

Ved udførsel af interviews, er intervieweren den som beslutter hvilke emner som spørges ind til, hvilke spørgsmål der stilles og hvilke svar som forfølges, hvorfor magtrelationen mellem interviewer og informant er asymmetrisk (108). Her kan asymmetrien imødekommes gennem gensidig forståelse og dialog mellem interviewer og informant (108). Denne asymmetri kan bl.a. imødekommes ved, at intervieweren besidder visse kvalifikationer (108). Dette er

forsøgt imødekommet ved anvendelse af aktiv lytning og anerkendende nik, således informantens svar anerkendes og interviewerens engagement og interesse vises (91,108), mhp. skabe en god relation til informanterne. Derudover skulle interviewerens tavshed bidrage til, at informanterne fik muligheden for at udfolde svar (108). Dertil er det vigtigt at intervieweren er indsigtfuld og åben, men på samme tid struktureret (108). Da begge gruppemedlemmer har tidligere erfaringer med udførelse af interviews, blev det vurderet, at hvert medlem skulle agere primær interviewer for to interviews. På baggrund af den hermeneutiske videnskabsteoretiske position samt semistrukturerede interviewform, kan dette opstå som en udfordring for interviewere med mindre erfaring (108), da det er vigtigt at være åben overfor nye fænomener og ikke lade sig styre af egne forforståelser (93). Gruppens manglende erfaring med at arbejde hermeneutisk samt begrænset erfaring med at udføre interviews, kan have medført, at interviewene er udført med en mere struktureret tilgang, hvor spørgsmål stilles mindre nuanceret (108). Dette er forsøgt imødekommet gennem udarbejdelse af interviewguiden i fællesskab, samt på forhånd udarbejdet opfølgende, sonderende og uddybende spørgsmål, således interviewerne kunne anvende disse undervejs. Derudover bidrog pilotinterviews ligeledes til, at interviewerne blev bekendte og komfortable med interviewguiden og medførte at intervieweren blev erfaren med at stille åbne spørgsmål efter behov.

#### 5.4.8. Forskningsetiske overvejelser

Ved anvendelse af interview som dataindsamlingsmetode, er det væsentligt forinden at tage højde for etiske problemstillinger (108). Forud for udførsel af interviews fik informanter tilsendt en skriftlig samtykkeerklæring til underskrivelse. Her er det vigtigt at samtykket er frivilligt, specifikt, informerende samt tydeligt (110). Dette blev imødekommet under briefinggen ved interviewenes begyndelse, hvor informanterne havde mulighed for at stille eventuelle spørgsmål om samtykket. Samtykkeerklæringen kan ses i bilag 5. Yderligere blev informanternes fortrolighed sikret gennem pseudonymisering, mhp. at sikre at informationer og udtalelser ikke kunne henføres tilbage til informanterne (108). Yderligere blev interviewene optaget, mhp. transskribering og analysering af pågældende interviews. Interviewdata blev behandlet efter AAU's retningslinjer om gældende lovgivning ift. opbevaring (111), hvor lydfiler blev opbevaret på krypteret harddisk. Således blev data opbevaret korrekt og fortroligt, hvor data vil blive slettet efter specialets aflevering. Transskriberede interviews blev ligeledes opbevaret på krypteret harddisk, hvor

informanternes stamoplysninger, herunder navn, alder og uddannelse, blev sløret mhp. at sikre fortrolighed.

#### 5.4.9. Transskribering

Transskriberingen af interviewene blev foretaget med det formål at oversætte talesprog til skriftsprog (108), for efterfølgende at fremanalysere mening og forståelse gennem tekstfortolkninger (93). Transskriberingerne blev foretaget i programmet NVivo 11, som bidrog til en nemmere transskriptionsproces (108). Transskriberingerne blev foretaget af begge gruppemedlemmer, hvor hvert medlem transskriberede to interviews. Det blev valgt at interviewene blev transskriberet af den pågældende primær interviewer. Formålet med transskriberingerne var at sikre fortrolighed med data forinden udførsel af den kvalitative analyse. Forinden transskriberingerne, blev der opstillet transskriptionsprocedurer, for at sikre at transskriberingerne blev foretaget konsistente og ud fra samme principper (108). Transskriptionsprocedurerne kan ses i bilag 6.

#### 5.4.10. Analysestrategi

Til analyse af resultaterne fra de fire interviews, blev Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi anvendt. Analysestrategien blev valgt grundet specialets hermeneutiske position for dermed at skabe sammenhæng, hvormed strategien havde betydning for analysering og fortolkning af resultaterne. Analysen tog udgangspunkt i en firetrins analysestrategi, som består af; *helhedsindtryk*, *identificering af meningsbærende enheder*, *operationalisering* samt *rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning* (93). Denne analysestrategi har fokus på fortolkning af tekstmateriale, mhp. at skabe mening og derigennem ny forståelse af fænomenet (93). Her tager analysestrategien i de tre første trin, afsæt i Giorgis fænomenologiske metode, hvor det fænomenologiske aspekt kommer til udtryk ved, at forforståelsen sættes i parentes (93). Specialegruppen forsøgte indledningsvist at være åben over for teksten som den viste sig. Første analysetrin består af gennemlæsning af hele tekstmaterialet, mhp. at danne overblik (93). Her tog specialet udgangspunkt i tekstmaterialet fra de fire transskriberede interviews, som blev gennemlæst for at skabe overblik over indholdet. Ud fra de ansattes forskellige erfaringer og oplevelser, blev meningsbærende enheder identificeret ved andet analysetrin. Her blev materialet organiseret og inddelt i forskellige kategorier, mhp. at forme underkategorier. Hver kategori blev tildelt en kode, hvor fokus var at reducere og strukturere de meningsbærende enheder omkring de

fremanalyseret kategorier (93). Det tredje analysetrin, omhandler operationalisering af de fundne kategorier og underkategorier, hvor fokus er at finde eventuelle overlappende kategorier (93). Operationaliseringen medførte at enkelte kategorier blev sammenlagt, som resulterede i en reducere i antallet af kategorier. Her blev 10 kategorier efterfølgende kondenseret til fire, da kategorier blev vurderet overlappende. Applicering af analysestrategien af de anvendte metoder ses i tabel 7.

*Tabel 7 viser specialets applicering af Dahlager og Fredslunds firetrins analysestrategi.*

| Dahlager og Fredslunds analysestrategi        | Specialets applicering                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Helhedsindtryk                                | <p><u>Interview</u><br/>Transskribering af interviews hvor specialegruppen blev bekendt med materialet</p> <p><u>Litteraturstudie</u><br/>Udformning af matrice over inkluderede studier fra det systematiske litteraturstudie (se bilag 7)</p>                                                                                                                                                                                       |
| Identificering af meningsbærende enheder      | <p><u>Interview</u><br/>Temaer og kategorier er fundet på tværs af de fire interviews. Hertil er meningsbærende enheder identificeret under hver kategori</p> <p><u>Litteraturstudie</u><br/>Syntese af de udvalgte studiers fund. Identificering af temaer og kategorier som går på tværs, samt nye fund</p>                                                                                                                         |
| Operationalisering                            | <p><u>Interview</u><br/>Overlappende kategorier og underkategorier samles. Anvendelse af citater fra de forskellige interviews til at understøtte de meningsbærende enheder udvalgt til hver kategori og underkategori</p> <p><u>Litteraturstudie</u><br/>Overlappende kategorier og underkategorier samles. Studiernes resultater anvendes til at identificere meningsbærende enheder udvalgt til hver kategori og underkategori</p> |
| Rekontekstualisering og teoretisk fortolkning | Resultater fra interview og litteraturstudie kobles sammen og analyseres ud fra relevante teorier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

#### 5.4.10.1. Teoretisk fortolkning

Sidste analysetrin består af en teoretisk fortolkning, hvor fokus indledningsvist er at skabe en overordnet forståelse af tekstmaterialet, hvor teorier som findes passende til at fortolke empirien, udvælges. Jf. Maxwells interaktive model bør inddragelse af relevant teori være passende ift. metodiske elementer, problemformulering samt tilhørende forskningsspørgsmål (90). I dette fjerde analysetrin blev fremanalyserede kategorier slået sammen på ny, hvor der

igen blev foretaget en fortolkning af tekstmaterialet ved anvendelse af teori (93). Ved specialets teoretiske fortolkning blev nye fænomener og perspektiver ved den fremfundne empiri, identificeret. Her blev kategorierne vurderet og forstået ift. hinanden, som muliggjorde at enkelte kategorier blev samlet til hovedkategorier og tilhørende underkategorier. Delene blev forsøgt samlet til en helhed, ved at anvende og koble teori til empiri og dermed opnå ny forståelse heraf. Således vil teori anvendes som et tænkeredskab, for at nuancere og forstå den fremanalyserede empiri, hvor anvendelse af teori bidrager til at indkredse og åbne feltet som undersøges, gennem andre indfaldsvinkler herpå (112). Dermed skal den teoretiske fortolkning bidrage til nye perspektiver og indfaldsvinkler på problemfeltet.

## 5.5. Fire anvendte kvalitetskriterier for opnåelse af validitet

For opnåelse af validitet og kvalitet af undersøgelsen, tages der udgangspunkt i transparens, overførbarhed, intern konsistens og kohærens, jf. Maxwells interaktive model (90). Validitet refererer til gyldighed og hvorvidt de valgte metoder er kvalificeret til at besvare det som ønskes undersøgt (93). Her blev det vurderet, at interviews med ansatte i X kommune kunne bidrage til tilstrækkelig og nuanceret viden mhp. besvarelse af problemformuleringen og forskningsspørgsmål 2. Denne vurdering blev bl.a. bekræftet gennem telefonsamtaler samt mailkorrespondance med informanterne forinden interviews. Derudover henviser transparens til hvorvidt argumenterne og måden hvorpå elementer fremstilles, er gennemskuelige for læseren (113). Transparens er forsøgt imødekommet gennem eksplicitering af metodiske overvejelser og valg. Eksempelvis er interviewguiden ekspliciteret i tabel 5, samt de metodiske overvejelser bag interviewguiden er vedhæftet i bilag 4. Her begrundes metodiske overvejelser og inkluderede spørgsmål, hvorfor argumenterne herfor er gennemskuelige (se bilag 4). Det samme gør sig gældende for den systematiske litteratursøgning, hvor udvalgte databaser og søgeord, er begrundet og ekspliciteret.

Ydermere refererer overførbarhed til hvorvidt resultaterne i undersøgelsen, kan overføres til tilsvarende undersøgelser (114). For at opnå overførbarhed i specialet, blev studier i den systematiske litteratursøgning valgt ud fra in- og eksklusionskriterier. Eksempelvis blev studier fra lavindkomstlande ekskluderet, da disse studiers kontekst blev vurderet mindre overførbare til en dansk kontekst. Eftersom konteksten er vigtig for forståelse i en filosofisk hermeneutisk position (93), blev studier med sammenlignelige kontekster inddraget. Det kan

dog være vanskeligt at gentage samme undersøgelse og nå til samme resultater og konklusioner (93). Dette begrundes i, at forskeren er en vigtig del af forskningsprocessen og påvirker undersøgelsen gennem sin forforståelse og horisont (93), hvormed specialegruppens forforståelser og horisonter har påvirket undersøgelsens overførbarehed.

Derudover henviser kohærens og intern konsistens til, at der er i undersøgelsen, skal være en logisk sammenhæng (108), hvor en overbevisende fortolkning skal være kohærent og dermed konsistent og sammenhængende (93). Her henviser den interne konsistens til anvendelsen af begreber, teorier og metodologi (115), hvor Maxwells interaktive model anvendes, til at sikre sammenhængen mellem metodiske elementer. Hertil er den interne konsistens forsøgt imødekommet gennem problemanalysen, hvor begreberne *fysisk aktivitet*, *inaktivitet* og *omgivelser* er belyst og defineret. Disse begreber blev vurderet centrale for specialet og blev anvendt konsistent i de efterfølgende dataindsamlinger.

## 6. Problembearbejdning

I det følgende vil resultaterne fra det systematiske litteraturstudie og interviews med ansatte i X kommune præsenteres, mhp. at anvende disse i resultatdiskussionen. Resultaterne præsenteres som kategorier med tilhørende underkategorier jf. Dahlager og Fredslunds firetrins analysestrategi.

### 6.1. Systematisk litteraturreview

Syntesen tager udgangspunkt i de fem inkluderede studier fra den systematiske litteratursøgning. De inkluderede studiers formål, design, anvendte metoder, inklusion og resultater vil præsenteres i det følgende. En matrice over studierne kan ses i bilag 7. De inkluderede studier indeholder konkrete interventioner som har udviklet omgivelserne mhp. at fremme det fysiske aktivitetsniveau (116,117,118) samt interventioner som har undersøgt faktorer som har indflydelse på anvendelsen af omgivelserne til fysisk aktivitet (118,119,120). Her er to centrale kategorier fremanalyseret; *Anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet (KAT1)* samt *udvikling af de fysiske omgivelser (KAT2)*.

#### 6.1.2. Studiernes formål, design, metode og inklusion

De inkluderede studier er udført i henholdsvis Australien (119), Norge (120) og USA (117), hvor de to reviews indeholder studier fra forskellige lande (116,118). Hertil er ét af studierne kvalitativt og havde til formål at undersøge faktorer, som influerer på rekreativ fysisk aktivitet i forskellige socialgrupper (119). Studiet gør brug af individuelle interviews, hvor målgruppen repræsenterer forskellige individer, på tværs af tre socialgrupper (119). Studiet inkluderes i syntesen, da resultaterne bidrager med viden omkring hvordan faktorer, herunder motivatorer og barrierer, influerer på rekreativ fysisk aktivitet. Studierne af Calogiuri, Patil og Aamodt (2016) og Sami, Smith og Ogunseitan (2018) er begge observationelle, tværsnitsstudier. Studiet af Calogiuri, Patil og Aamodt (2016) har til formål at undersøge fænomenet *grøn motion* i Norge og evaluere forskelle i grønne motionsvaner og faktorer som kan fremme grøn motion (120). Derudover undersøger studiet af Sami, Smith og Ogunseitan (2018) effekten af installering af en udendørs fitnesszone ift. brugernes anvendelse og fysiske aktivitetsniveau i en lokal park (117). Begge studier blev inkluderet i syntesen, da studierne finder faktorer som, har betydning for deltagelse i udendørs fysisk aktivitet og er derfor et konkret eksempel på hvordan omgivelserne i lokalområdet kan udvikles, således det fremmer borgernes fysiske aktivitetsniveau. Studiet af Hunter et al.

(2014) har til formål at undersøge effekten af interventioner som opfordrer til fysisk aktivitet i grønne urbane områder (118). Hertil har studiet af Forberger et al. (2019) til formål at danne overblik over interventioner, som har anvendt valgarkitekter til at fremme fysisk aktivitet på populationsniveau (116). Begge studier er reviews og anvender en søgestrategi i forskellige databaser som metode, til inklusion af studier (116,118). Studierne er medtaget i syntesen da de vurderes at kunne bidrage med viden omkring hvordan urbane grønne områder kan udvikles, således det fysiske aktivitetsniveau fremmes (116,118).

### 6.1.3. Syntese af resultater

Det følgende litteraturreview tager udgangspunkt i en syntese af studierne resultater, hvor fremanalyserede kategorier er identificeret ud fra Dahlager og Fredslunds analysestrategi. Følgende kategorier er identificeret; *Anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet* samt *Udvikling af de fysiske omgivelser*, samt tilhørende underkategorier, som vil præsenteres i det følgende afsnit, mhp. på besvarelse af forskningsspørgsmål 1.

#### 6.1.1. KAT1L - Anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet

Ud fra studierne er forskellige facilitatorer og barrierer for udendørs fysisk aktivitet identificeret, som influerer positivt eller negativt på anvendelsen heraf. Derudover kan anvendelse af urbane grønne områder til fysisk aktivitet, promoveres gennem oplysning og skiltning samt facilitering fra instruktører (118), som influerer positivt på det fysiske aktivitetsniveau. Anvendelsen af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet vurderes som en central kategori, da tre af studierne fremhæver at anvendelsen heraf, er påvirket af forskellige facilitatorer og barrierer (118,119,120). Hertil er underkategorierne *facilitatorer for fysisk aktivitet i de fysiske omgivelser*, *barrierer for fysisk aktivitet i de fysiske omgivelser* og *karakteristika af brugere som anvender omgivelserne til fysisk aktivitet*, fremanalyseret.

##### 6.1.1.1. Facilitatorer for fysisk aktivitet i de fysiske omgivelser

Tværsnitsstudiet af Calogiuri, Patil og Aamodt (2016) finder fem komponenter som har indflydelse på grøn motion, hvor grøn motion defineres som fysisk aktivitet i naturlige omgivelser (120). Af resultaterne fremkommer det, at komponenterne adgang til naturen, social støtte, steder som støtter op om fysisk aktivitet, institutionel støtte samt tidsfleksibilitet, influerer positivt på det fysiske aktivitetsniveau og grøn motion (120). Her henviser social støtte til deltagelse i fysisk aktivitet med andre eller invitation fra venner, grupper eller foreninger, som faciliterer fysisk aktivitet (120). Således anses disse komponenter som



motiverende og fremmende for anvendelse af grønne områder til fysisk aktivitet. Disse fund understøttes af det kvalitative studie af Burton, Turrell og Oldenburg (2003), som fandt facilitatorer for rekreativ fysisk aktivitet herunder; tidligere oplevelser med fysisk aktivitet, adgang til udendørsfaciliteter, social indflydelse og deltagelse, miljøets æstetik og det urbane design, samt fysiske og sundhedsmæssige fordele ved rekreativ fysisk aktivitet (119). Her indebærer den sociale indflydelse opmuntring, assistance i form af transport, råd ift. fysisk aktivitet, tilknytningsforhold og venskab samt have relationer at dyrke fysisk aktivitet med (119). Således fremhæves sociale relationer og støtte, samt adgang til omgivelser som støtter op om fysisk aktivitet, som værende vigtige aspekter ift. rekreativ fysisk aktivitet (120,119).

Det systematiske review af Hunter et al. (2014) har ikke direkte undersøgt den sociale indflydelse på fysisk aktivitet, men fremhæver, at fremtidig forskning bør tage højde for det sociale miljø, da dette er fremvist som værende en mindre brugt ressource (118). Her lægges vægt på, at det sociale miljø spiller en vigtig rolle for at dyrke og vedligeholde fysisk aktivitet (118). Her er social støtte en essentiel faktor for at ændre individers adfærd i relation til fysisk aktivitet, eksempelvis i form af motionsgrupper, hvor individer kan mødes og motionere sammen (118). Interventioner henvendt hele befolkningen, bør dermed inddrage et støttende og socialt miljø, som støtter op omkring fysisk aktivitet (118). Yderligere fremhæves faktorer som influerer positivt på anvendelsen af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet, herunder adgang til parker, implementering af park programmer, skilte og bannere, promoverende initiativer og aktiviteter, herunder instruktører (118). Derudover har promotionskampagner ift. fysisk aktivitet i grønne områder, kort over ruter, promovering i avisen og lokale radiostationer, en positiv effekt på anvendelsen heraf (118).

#### 6.1.1.1. Barrierer for fysisk aktivitet i de fysiske omgivelser

Ud fra studierne findes blot få barrierer for at dyrke fysisk aktivitet i de fysiske omgivelser. Her finder studiet af Burton, Turrell og Oldenburg (2003), at manglende social støtte, selvbevidsthed, lavt færdighedsniveau, dårlige vejrforhold samt koldere og mørkere årstider, er barrierer for udendørs fysisk aktivitet (119). Således kan negative psykologiske og sociale faktorer samt dårlige vejrforhold være barrierer for udendørs fysisk aktivitet. Dertil kan det antages, af manglende faciliterende faktorer, såsom adgang til grønne områder og parker, skilte og bannere samt æstetik, vil have en negativ indflydelse på anvendelsen af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet.

#### 6.1.1.3. Karakteristika af brugere som anvender omgivelserne til fysisk aktivitet

Studierne inkluderer forskellige målgrupper som anvender de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet, hvoraf disse har forskellige karakteristika (117,119,120). Studiet af Calogiuri, Patil og Aamodt (2016) finder, at prævalensen af individer som deltager i ugentlig grøn motion, var højere sammenlignet med fysisk aktivitet i fitnesscentre eller deltagelse i organiseret idræt (120). Her blev grøn motion i højere grad anvendt af ældre, folk med lavere socioøkonomisk position, samt individer som lever i ikke urbane miljøer (120). Hertil finder studiet af Burton, Turrell og Oldenburg (2003), at individer med lavere SES i mindre grad deltager i rekreativ fysisk aktivitet, sammenlignet med individer med højere SES (119). Desuden anvender flere individer med et lavere aktivitetsniveau grøn motion, sammenlignet med andre motionsformer (120). Dertil definerer studiet af Calogiuri, Patil og Aamodt (2016) et lavt aktivitetsniveau, som værende mindre end 150 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet om ugen (120). Derudover viser studiet af Sami, Smith og Ogunseitan (2018), at både mænd og kvinder, børn, voksne og ældre, samt individer med forskellige etniciteter, anvender parker til fysisk aktivitet (117). Her viser studiet en forøgelse af parkbrugernes fysiske aktivitetsniveau før og efter implementering af en fitnesszone (117). Således anvendes de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet af forskellige målgrupper i samfundet.

#### 6.1.2. KAT2L - Udvikling af de fysiske omgivelser

I følgende kategori ses eksempler på hvordan fysiske omgivelser kan udvikles, hvor forskellige strategier og elementer anvendes til at fremme befolkningens fysiske aktivitetsniveau. Her viser tre af studierne, at udvikling af omgivelserne kan bidrage til at fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau (116,117,118), hvorfor KAT2L er identificeret som kategori. Hertil er *skilte og bannere* og *installering af fitnesszoner*, fremanalyseret som underkategorier.

Det systematiske review af Hunter et al. (2014) viser bl.a. at parker som blev omdannet til legeområder, bidrog til forøgelse af det fysiske aktivitetsniveau (118). Yderligere medvirkede forvandling af en park, herunder installering af en skaterpark, til en stigning i anvendelsen heraf (118). Legepladser, indhegnede områder med stier og forbud mod hundeluftere, er ændringer som medvirker til et øget brug af parker til fysisk aktivitet (118). Derudover havde ændring af tomme og urbane områder til grønne områder, en positiv effekt på deltagernes stressniveau, da disse arealer efterfølgende indbød til mere fysisk aktivitet (118). Det tyder således på, at udvikling af de fysiske omgivelser, har en positiv effekt på fysisk aktivitet.

#### 6.1.2.1. Skilte og bannere

Et scoping review af Forberger et al. (2019) undersøgte hvordan brugen af valgarkitekter fremmer det fysiske aktivitetsniveau hos befolkningen (116). Her brugte flere af de inkluderede studier point-of-choice prompts i form af motiverende bannere og skilte, hvor skilte som gav information om vægttab og forbrænding ved at anvende trappen frem for elevatoren, er ændringer i omgivelserne som fremmer fysisk aktivitet (116). Skilte og bannere blev placeret ved togstationer, shopping centre og lufthavne, som skulle øge befolkningens brug af trappen (116). Her nudges befolkningen gennem valgarkitekterne til at træffe det sunde valg (116). Dermed viser studiets resultater, at små ændringer i de fysiske omgivelser, kan bidrage til at fremme befolkningens fysiske aktivitetsniveau (116). Dette understøttes af studiet af Hunter et al. (2014) som ligeledes finder, at skilte og bannere med oplysning om gangstier og ruter, har en positiv effekt på det fysiske aktivitetsniveau (118). Således kan opsætning af skilte og bannere have en positiv effekt på befolkningens fysiske aktivitetsniveau.

#### 6.1.2.2. Installering af fitnesszoner

Studiet af Sami, Smith og Ogunseitan (2018) er et konkret eksempel på hvordan de fysiske omgivelser kan ændres. Studiet har observeret individers fysiske aktivitetsniveau før og efter installering af en fitnesszone i en park (117). Fitnesszonen bestod af fitnessredskaber såsom maskiner til armstræk, armpres, brystpres, mavebøjninger, plyometrisk step, udstrækning samt stativer og stænger (117). Her viser studiet at installering af en fitnesszone har en positiv effekt ift. brugernes fysiske aktivitetsniveau i parker (117). Resultaterne understøttes yderligere af Hunter et al. (2014), som ligeledes fandt at installering af fitnesszoner fremmer brugernes fysiske aktivitetsniveau (118). Således tyder det på at installering af udendørs fitnesszoner i lokalområdet, kan have en positiv effekt på det fysiske aktivitetsniveau, hos de borgere som anvender parker og grønne områder til fysisk aktivitet.

### 6.2. Kvalitativ interviewundersøgelse

I det følgende vil hovedresultaterne fremanalyseret fra interviews med ansatte i X kommune, præsenteres. Analysen af interviews tager udgangspunkt i Dahlager og Fredslunds hermeneutiske firetrins analysestrategi, som beskrevet i afsnit 5.4.10. Her er fire overordnede kategorier fremanalyseret; *Anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet i sundhedstilbud* (KAT1I), *De ansattes facilitering af fysisk aktivitet i omgivelserne* (KAT2I),

De sociale omgivelser (KAT3I) samt *Udvikling af de fysiske omgivelser* (KAT4I). Disse hovedkategorier har tilhørende underkategorier og er fremanalyseret ud fra identificerede meningsbærende enheder. Kodetræ over kategoriseringen ses i bilag 8. Her er de tre første analysetrin i Dahlager og Fredslunds analysestrategi, anvendt. Fjerde analysetrin anvendes i den senere teoretiske fortolkning, se afsnit 7. Et eksempel på hvordan de fremanalyserede kategorier og underkategorier, er identificeret ud fra tilhørende meningsbærende enheder, er vist i tabel 8.

Tabel 8 viser et eksempel på en kategori, med tilhørende underkategori hvor citater fremstår som meningsbærende enheder.

| Kategori                                                                  | Underkategori                                     | Begrænsninger ift. borgerens diagnose                                                                                                                                                                                                          | Afstand                                                                                                                                                                                                                            | Vejrforhold og årstider                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet i sundhedstilbud | Barrierer ved anvendelse af de fysiske omgivelser | <i>“...når vi har med KOL-borgere at gøre så er det, det her med luftfugtigheden og deres usikkerhed...at de ender med at de bliver bange for at bevæge sig i uderummet. Så der er begrænsninger hvad det er man kan bruge udeområdet til”</i> | <i>“..så er det også nogle gange det der med at komme op i vores natur, der er nogen gange en lille kilometer op i skoven og hvis de kun kan holde til at gå to kilometer, så når vi ikke mere end lige derop og så hjem igen”</i> | <i>“...og så selvfølgelig vejret og det er også nemmere nu hvor det begynder at blive lidt mere lunt vi har jo også patienter med slidgigt og leddegigt hvor vejrforholdene jo påvirker meget hvor meget vi kan køre på”</i> |

Informanterne samt sundhedstilbuddene er anonymiseret, for sikring af informanternes og kommunens fortrolighed og er vist i tabel 9. Frontpersonale henviser til ansatte som arbejder i felten og står for udførelse af holdtræninger i sundhedstilbud. Mellemlider henviser til de ansatte som arbejder med kommunens forskellige sundhedstilbud og arbejder administrativt med udviklingen heraf. Det fremkommer, at kommunen har flere sundhedstilbud møntet forskellige borgergrupper, herunder borgere med diagnoser, overvægt, langtidsledighed, samt psykiske problemer. Analysen vil tage udgangspunkt i de sundhedstilbud informanterne er tilknyttet, herunder *sundhedstilbud X*, *sundhedstilbud Y* og *sundhedstilbud Z*. Borgere tilknyttet *sundhedstilbud X* og *Y* er normalvis i et 12-ugers forløb, med to ugentlige træninger superviseret af ansatte ved X kommune. Her er *sundhedstilbud Z* et åbent tilbud med aktiviteter som er henvendt de yngre borgere.

Tabel 9 viser anonymisering og information omkring informanter og sundhedstilbud i X kommune.

| Anonymisering af informanter og kommunens sundhedstilbud |                                                                   |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Informant 1                                              | Mellemlider og frontpersonale<br>Tilknyttet sundhedstilbud X og Y |
| Informant 2                                              | Administrerende mellemlider<br>Tilknyttet sundhedstilbud Z        |
| Informant 3                                              | Frontpersonale<br>Tilknyttet sundhedstilbud X og Y                |
| Informant 4                                              | Frontpersonale<br>Tilknyttet sundhedstilbud X                     |
| Sundhedstilbud X                                         | Sundhedstilbud henvendt borgere med sygdomme og kroniske lidelser |
| Sundhedstilbud Y                                         | Sundhedstilbud henvendt borgere med psykiske problemer            |
| Sundhedstilbud Z                                         | Sundhedstilbud henvendt unge borgere                              |

### 6.2.1. KAT1I - Anvendelse af de fysiske omgivelser i sundhedstilbud

En central kategori som er fremanalyseret, er anvendelsen af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet i de kommunale sundhedstilbud. Dertil er der identificeret tilhørende underkategorier; *Karakteristika af borgere tilknyttet sundhedstilbud*, *Ansattes anvendelse af de fysiske omgivelser i sundhedstilbud*, *Facilitatorer ved anvendelse af de fysiske omgivelser*, *Barrierer ved anvendelse af de fysiske omgivelser*, samt *Borgernes blufærdighed ved udendørstræning* som præsenteres i det følgende.

#### 6.2.2.1. Karakteristika af borgere tilknyttet sundhedstilbud

I kommunes sundhedstilbud arbejdes med forskellige borgergrupper, hvor borgere tilknyttet *sundhedstilbud X*, kan karakteriseres ud fra fem forskellige diagnoser; KOL, diabetes, kræft, hjerte og osteoporose (I1,I3,I4). Derudover er tilbuddet henvendt borgere, som har fysiske udfordringer eller mangler at være en del af et socialt fællesskab:

*“...vi kalder vores tilbud for rehabiliteringsforløb, fordi det kan være mange ting, det kan også være fx en enkemand eller enkekone der måske skal have hjælp til at komme i gang med et eller andet, hvor de får noget socialt netværk...” (I4).*

Således er sundhedstilbuddene henvendt flere borgergrupper som enten har fysiske eller sociale problemer. Derudover kan borgerne bl.a. karakteriseres som sårbare, da deres sygdom eller kroniske lidelse har medført et behov for støtte, både fysisk og psykisk (I1). Hertil er det vigtigt, at borgerne holder sig i gang og er fysisk aktive, da det ellers kan forværre deres sygdom eller kroniske lidelse (I1). Informant 3 fortæller:

*“...så det er typisk nogen som har brug for støtte eller vejledning i et eller andet omfang eller motivation...” (I3).*

Således kan borgerne have et behov for både social og fysisk støtte, som skal bidrage til mere energi samt færre smerter, og dermed give borgerne et større overskud i hverdagen (I3). Det kan dog være forskelligt i hvilken grad den kroniske lidelse påvirker borgerne, da borgerne har forskellige forudsætninger for deres fysiske kunnen:

*“Så har vi KOL-borgerne, de er ligesom delt i to, vi har dem som er virkelig ramt af KOL-sygdommen og som er magre og næsten ikke kan trække vejret og har det tungt, og så har vi dem som er ny diagnosticeret som også har en vis overvægt” (I4).*

I den forbindelse kan borgerne med osteoporose, karakteriseres som værende relativt ressourcestærke og fysisk aktive, modsat KOL-borgerne (I3). Hertil er det vigtigt, at borgerne er tilknyttet *sundhedstilbud X*, så de ikke blot sendes hjem, hvor tilknytning til sundhedstilbuddene kan bidrage til, at borgerne holder sig i gang samt får et socialt element heraf (I4). Dermed er det vigtigt for disse borgere at være fysisk aktive samt indgå i sociale fællesskaber, således deres sygdom ikke forværres, hvor *sundhedstilbud X* giver dem muligheden for dette (I3). Derudover er *sundhedstilbud Z* henvendt kommunens yngre borgere, som skal drage fordel af et socialt fællesskab omkring fysisk aktivitet (I2). Borgere tilknyttet *sundhedstilbud Y* kan karakteriseres som psykisk sårbare, som har behov for vejledning og støtte (I3).

#### 6.2.2.2. Ansattes anvendelse af de fysiske omgivelser i sundhedstilbud

Kommunens fysiske omgivelser, herunder udendørsfaciliteter som legepladser, natur- og skovområder, anvendes hyppigt i *sundhedstilbud X* og *Y* til pulstræning, gang samt alsidig træning i form af forskellige kropsovelser (I1,I3,I4). I *sundhedstilbud Z* anvendes kommunens boldbaner og skaterparker til organiserede aktiviteter (I2). I *sundhedstilbud X* afholdes træningen i naturen, hvortil elastikker og kropsvægt anvendes (I1). Derudover anvendes naturens ressourcer i form af sanse gåhold, hvor fokus er på borgernes sanser og naturens omgivelser (I1):

*“...hiv fat i blade, duft til dem, smag på dem, lyt til fuglene eller bladene der rasler. For når det pludselig er deres sanser der er sat i spil, så tænker de heller ikke over at de sagtens kan gå 5-6 kilometer...” (I1).*

Dermed anvendes naturens ressourcer til at aktivere borgerne, som i mindre grad lægger mærke til at de er fysisk aktive. Her er borgerne mindre opmærksomme på, at de laver armstrækninger når disse foretages op ad en træstamme (I1). Således anvendes naturens ressourcer som et redskab til fysisk aktivitet. Supplerende hertil anvendes naturens faciliteter, hvor træstubbe og bænke anvendes som træningsredskaber (I1,I3,I4). Her anvendes omgivelserne i kommunen ligeledes til gåture, hvor holdtræningerne ofte foretages i naturskønne områder (I1,I3,I4):

*“...ellers så går vi ture i rask tempo og laver funktionel træning, har nogle elastikker med og nogen gange håndvægte og lidt, og så egentlig bruger naturen” (I3).*

Hertil anvendes faciliteterne som er tilgængelige i naturen, hvor træningen afhænger omgivelsernes muligheder og faciliteter (I1,I3). Her bliver natur og skovområder anvendt til at lave balancetræning med borgerne (I1,I4). Derudover bliver kommunens legepladser anvendt, hvor faciliteterne benyttes til eksempelvis step ups, armstrækninger og maveøvelser (I3). Dertil anvendes stavgang og powerwalk som træning i kommunens forskellige uderum (I1,I4):

*“...det er at vise lidt om, at man sagtens kan lave pulstræning selvom man er ude, og derfor gør jeg meget brug af powerwalking og stavgang og prøver måske at vælge nogle ruter hvor*

*der er nogle bakker så de bliver forpustet, så på den måde, så viser man at man ikke nødvendigvis behøver at gå i motionscenteret...” (I4).*

Således anvendes de fysiske omgivelser hyppigt og alsidigt i X kommune til at udføre træningerne i de forskellige sundhedstilbud, hvor de ansatte giver udtryk for de mange muligheder for at anvende omgivelserne til fysisk aktivitet.

#### 6.2.2.3. Facilitatorer ved anvendelse af de fysiske omgivelser

Ud fra interviewene fremkommer væsentlige facilitatorer; forskellige muligheder, psykisk velbefindende, æstetik, adgang året rundt og økonomiske besparelser. Disse facilitatorer har en positiv indflydelse på anvendelsen af omgivelserne til fysisk aktivitet, som påvirker borgernes mentale og fysiske sundhed positivt. Udendørstræningerne findes anvendelige, da det giver borgerne noget andet at være ude og træne, sammenlignet med indendørstræning (I3,I4):

*“...for de ældre borgere så det der med at gå i motionscenteret, det er fuldstændig omsonst og stå at trække i nogle maskiner. Der er det altså bare noget mere naturligt for dem at komme ud... det er det der med at kunne høre fuglene, det giver altså noget andet for dem” (I3).*

Dertil finder flere ældre borgere det kunstigt at være indenfor i en sal og træne (I3). Således faciliterer omgivelserne til fysisk aktivitet hos især ældre borgere, som finder det mere naturligt, at benytte omgivelserne frem for indendørs fitnessmaskiner. Dertil bringes flere positive elementer i spil når træningerne foregår udendørs, som ikke på samme måde kan opnås indendørs:

*“Vi er bare derude og udnytter at der er højt til loftet og at vi kan høre fuglene synge...” (I4).*

Her fremhæves det at de fysiske omgivelser bidrager med et positivt element, som giver borgerne muligheden for at nyde den friske luft (I1,I4), hvor anvendelsen af udeområderne giver borgerne mere ro og nærvær (I3,I4). Derudover kan udendørstræningerne i naturskønne områder, bidrage til en reduktion af stressniveauet og fremstår dermed som et yderligere positivt element (I4). Her kan omgivelsernes æstetik ligeledes anses som en facilitator, da



æstetiske omgivelser indbyder til mere fysisk aktivitet, hvor borgerne gennem udendørstræningerne, får muligheden for at se og opleve kommunens flotte omgivelser (I1):

*“...og grunden til jeg har valgt at lægge træningen der, det er, at så kan de stå og kigge ud over (navn på fjord) og der er simpelthen så smuk en gårdhave deromkring og du kan dufte krydderurter og alt muligt...” (I1).*

Således fremhæves æstetikken betydning, hvor naturskønne områder i kommunen, anvendes hyppigt i udendørstræningerne (I3,I4). Her kan æstetikken af kommunens udeområder betydning for de ansattes anvendelse heraf, som bidrager positivt til borgernes velbefindende. Ved anvendelse af omgivelserne til fysisk aktivitet, giver det ydermere borgerne muligheden for at dyrke fysisk aktivitet hele året rundt, sammenlignet med indendørstilbud som blot forløber over en kort periode (I1,I2):

*“... men udeområdet, de kan bruges hele året, der er ikke udløbsdato på... så altså det er nok derfor jeg synes udeområdet er så vigtigt” (I1).*

Dette understøttes af I2, som fremhæver de mange muligheder der er ved at anvende udeområderne i kommunen ift. fysisk aktivitet. Eksempelvis fremmes lysten til at være fysisk aktiv, når borgerne færdes i udeområder som er attraktive ift. fysisk aktivitet (I2). Udendørstræninger giver ligeledes borgerne muligheden for at vedligeholde træningen efter endt træningsforløb, da de har kendskab til udeområdernes muligheder til fysisk aktivitet (I1):

*“...vedkommende ender faktisk med at sige, nu vil jeg godt prøve at løbe, så vedkommende løber nu ned til det her sted og hopper i vandet. Vedkommende er nu oppe på at løbe/gå tre kilometer fra at have været enormt inaktiv...” (I1).*

Således medvirker anvendelse af omgivelserne, til at facilitere fysisk aktivitet udenfor sundhedstilbuddene, hvor borgerne får øjnene op for de anvendelsesmuligheder der er i omgivelserne til fysisk aktivitet (I1,I3,I4). Ved at anvende omgivelserne til fysisk aktivitet skal borgerne, udenfor sundhedstilbuddene, ikke betale penge for at dyrke fysisk aktivitet, som ved andre forenings- eller motionstilbud:

*“...det er det billigste vi har for at blive ved med at være aktive... Og der er udeområdet igen, jo faktisk det billigste vi har” (I1).*

Dermed fremhæves det, at anvendelsen af områderne til fysisk aktivitet, ikke koster borgerne penge at anvende (I1,I4). Således er der ved anvendelsen af omgivelserne til fysisk aktivitet i kommunen, flere muligheder og fordele, som er med til at facilitere brugen heraf.

#### 6.2.2.4. Barrierer ved anvendelse af de fysiske omgivelser

Modsat facilitatorer er der ligeledes fremanalyseret barrierer ved anvendelsen af omgivelserne til fysisk aktivitet; borgernes fysiske kunnen, vejrforhold og årstider, samt afstand til omgivelserne. Disse barrierer influerer negativt på anvendelsen af omgivelserne til fysisk aktivitet, dog begrænser det ikke anvendelsen af omgivelserne i sundhedstilbuddene, da mulighederne opvejer begrænsningerne herved (I1,I3,I4). Her har erfaringer med anvendelse af udeområdet begrænsninger ift. borgernes fysiske kunnen, pba. deres diagnoser (I1,I3,I4):

*“...når vi har med KOL-borgere at gøre så er det, det her med luftfugtigheden og deres usikkerhed...at de ender med at de bliver bange for at bevæge sig i uderummet. Så der er begrænsninger hvad det er man kan bruge udeområdet til” (I1).*

Dermed bør der ved anvendelsen af omgivelserne tages højde for borgernes diagnoser og de fysiske begrænsninger som opstår pba. deres sygdom. Dertil kan borgere med diabetes have begrænsninger ift. afstanden de kan gå, samt hvor mange pauser de har behov for (I3,I4). På baggrund af borgernes forskellige fysiske niveauer, gør de ansatte brug af differentiering af træningsintensiteten samt forskellige gradueringer af øvelserne (I1,I3,I4). Her erfares det, at det kan være lettere at standardisere og tilpasse træningen til borgernes niveau, når træningerne foregår indendørs (I3,I4). Derudover opstår vejret og årstiderne som en barriere og er gennemgående i de fire interviews. Her fremhæves vejrets begrænsning pba. borgernes diagnoser (I3,I4):

*“...og så selvfølgelig vejret. Og det er også nemmere nu hvor det begynder at blive lidt mere lunt, vi har jo også patienter med slidgigt og leddegigt, hvor vejrforholdene jo påvirker meget, hvor meget vi kan køre på” (I3).*

Derudover erfares det, at der ved anvendelse af omgivelserne, skal tages hensyn til KOL-patienter, da de lettere kan udvikle lungebetændelse ved udendørstræninger i foråret og sensommeren (I4). Således kan dårligt vejr fremstå som en begrænsning for at anvende

kommunens udeområder til fysisk aktivitet, ift. borgernes diagnoser. Hertil opleves dårligt vejr som en begrænsning, da det gør det mindre belejligt og komfortabelt at foretage træningerne udendørs (I1,I3,I4). Derudover erfares det, at borgerne har sværere ved at fastholde træningen uden for sundhedstilbuddene i vinterhalvåret (I1,I4):

*“...jeg oplever at når man så når hen til vinter, hvis de ikke vælger at være i en hal, så får de simpelthen lavet mindre i vinterhalvåret og falder i fysisk formåen henover vinteren, simpelthen fordi de ikke kommer ud i samme mængde” (I4).*

Dermed kan de kolde årstider være en begrænsning ift. fastholdelse og vedligeholdelse af borgernes fysiske aktivitetsniveau uden for sundhedstilbuddene. Endnu en begrænsning alle informanter har oplevet ved anvendelse af omgivelserne til fysisk aktivitet, er afstanden til de faciliteter og udeområder, som de ønsker at foretage træningerne i. Her opleves afstanden til natur som en begrænsning, da borgerne ofte kun kan gå begrænset antal kilometer på én træning (I1,I3,I4):

*“...der er nogen gange en lille kilometer op i skoven og hvis de kun kan holde til at gå to kilometer, så når vi ikke mere end lige derop og så hjem igen” (I3).*

Således kan længere afstande til naturskønne områder, være en begrænsning ift. borgernes fysiske kunnen, hvor der i kommunen kan være lang afstand til disse områder (I3,I4). Derfor anvendes naturskønne områder og faciliteter som ligger langt væk fra sundhedscentrene i mindre grad (I1,I4). Derudover opleves borgernes afstand udenfor sundhedstilbud til naturskønne områder og faciliteter, som en begrænsning (I1,I4):

*“...man begynder at giver mere af sig selv hvis man har tingene i baghaven, for der er ikke ret mange af os som gider at fragte os 10-15 km efter noget, så er det nemmere at tage sofaen. Men hvis vi ved at vi nærmest inden for en meget lille radius kan gøre noget, så får vi det også gjort” (I1).*

Hertil erfares det at de borgere som bor på landet eller til en trafikeret vej, anvender omgivelserne mindre (I3). Hertil kan borgerne have svært ved at transportere sig til naturskønne områder, hvormed der kan være fysiske begrænsninger for anvendelsen heraf (I3,I4). Således opleves der ved anvendelsen af omgivelserne til fysisk aktivitet i kommunens

sundhedstilbud, forskellige barrierer og begrænsninger, som kan have en negativ indflydelse på anvendelsen heraf.

#### 6.2.2.5. Borgernes blufærdighed ved udendørstræning

Et væsentlig fund ved anvendelsen af omgivelserne til fysisk aktivitet, er borgernes oplevelse af blufærdighed. Her har I4 oplevet, at nogle af borgerne har følt ubehag ved træningerne, når andre mennesker passerer. Her foretrækker borgerne ifm. udendørstræningerne at være afskærmet (I1,I4). Dertil oplever nogle borgere, at de føler sig udstillet når de skal anvende stave på deres gåture (I3,I4), som kan skyldes en vis forfængelighed ift. at andre mennesker kigger (I3). Dog fremhæves det, at en naturlig del af at anvende omgivelserne til fysisk aktivitet, netop er at folk kan kigge på:

*“...du kan ikke undgå når du står ude midt ude i en skov, ved den nærmeste skovsti, at der kommer folk forbi” (I4).*

Således oplever de ansatte, at de fysiske omgivelser kan medvirke til borgernes oplevelse af blufærdighed. Dog har de ansatte oplevet, at holdtræningerne gør det nemmere for borgerne at slippe for blufærdigheden, hvor holdtræningerne bidrager positivt hertil (I1,I3,I4):

*“...det der med at der er nogen som kigger på dem, altså det er fint at de gør det når de er i en gruppe med os og man kan se det gør vi alle sammen (...) men det virker lidt til at de vover pelsen lidt mere når de er på egen hånd” (I3).*

Dermed oplever de ansatte, at holdtræningerne legitimerer udførsel af fjollede og mærkelige øvelser (I1,I3,I4). Yderligere fremhæves det, at det kræver et vist mod for borgerne at dyrke fysisk aktivitet i omgivelserne, da de netop er mere udstillet end hvis træningerne afholdes indendørs (I3,I4). På baggrund heraf kan borgernes blufærdighed være en begrænsning for anvendelsen af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet udenfor sundhedstilbuddene.

#### 6.2.2. KAT2I - De ansattes facilitering af fysisk aktivitet i omgivelserne

Ansattes facilitering af fysisk aktivitet er fremanalyseret som en central kategori, da informanterne giver udtryk for, at de spiller en vigtig rolle ift. facilitering af fysisk aktivitet i sundhedstilbuddene. Her er de ansatte med til at vise borgerne mulighederne for fysisk aktivitet, i de udendørsområder kommunen har til rådighed. Derudover anvender de ansatte

differentiering ift. at tilpasse træningerne og de inkluderede øvelser, til borgernes behov og fysiske kunnen. Dertil fremhæves vigtigheden af, at kommunens faciliteter faciliteres (I2), hvortil de ansattes facilitering af fysisk aktivitet spiller en vigtig rolle:

*“...men jeg tænker meget, at det skal være initieret, der er ikke så mange der bare går ud og gør det selv, altså så går man en tur, og det er det man gør” (I4).*

Hertil har de ansattes facilitering af fysisk aktivitet, en betydning for hvorvidt og hvordan borgerne er fysisk aktive udenfor sundhedstilbuddene (I2). Her fremhæves det, at de ansatte kan hjælpe til at vise borgerne hvordan omgivelserne og udendørsfaciliteter i kommunen, kan anvendes til fysisk aktivitet (I1,I3,I4). Faciliteter som ikke nødvendigvis er idrætsfaciliteter bør faciliteres, således borgerne kender til anvendeligheden heraf (I3,I4). Dertil fremhæves det, at kommunens udendørsfaciliteter bør faciliteres ift. borgernes anvendelse af disse (I2,I4):

*“Vi er nødt til at gøre noget aktivt for at borgere får øje på det. Og også for at på en eller anden måde hvordan kan jeg udnytte det her, altså bruge det...” (I4).*

Her mener I4, at kommunens foreninger bør stille flere alsidige superviserede hold og aktiviteter til rådighed. Dertil fremhæves det, at det netop er de ansatte som skal facilitere og motivere til fysisk aktivitet (I1,I2,I3,I4). Her er det de ansatte ansvar at facilitere fysisk aktivitet og sikre borgernes mulighed for at dyrke fysisk aktivitet, ved at stille forskellige aktiviteter og sundhedstilbud til rådighed i kommunen (I2,I3):

*“...at min rolle meget ligger omkring rammerne, altså, sikre at der er noget aktivitet, sikre at de ihvertfald har muligheden for at tage de sunde valg ift. fysisk aktivitet” (I2).*

I den forbindelse er det vigtigt, at de ansatte har kendskab og kompetencer til at facilitere øvelser ud fra borgernes ønsker og behov (I2,I4). Dertil fremhæves det, at sundhedstilbuddene er med til at facilitere, at flere får øjnene op for hvilke muligheder der er for fysisk aktivitet i omgivelserne, og tilbyder samtidig borgerne superviseret træning (I1,I3,I4):

*“...så hvis der så endelig er nogen som giver dem en hånd og siger hey, vi har faktisk det her tilbud og de så finder ud af den her funktion eksisterer, så bliver ikke bare tabt på gulvet efter 12 uger, men der er nogen som gerne vil dem bagefter...” (I1).*

Dermed er det vigtigt, at de ansatte står til rådighed og kan vise hvordan borgerne kan anvende kommunens udendørsfaciliteter, således borgerne kan benytte disse uden for sundhedstilbuddene (I1,I2,I3,I4). Derudover faciliterer de ansatte til fysisk aktivitet i sundhedstilbuddene (I1,I2,I3,I4), eksempelvis ved at borgerne skal visualisere forskellige øvelser ift. hverdagssituationer:

*”...et eksempel jeg havde med en som virkelig ikke kunne se ideen med at lave squats, så sagde jeg, det kan jeg godt forstå, men hvad nu hvis jeg siger det er hver gang du skal rejse dig og sætte dig på toilettet” (I1).*

Dermed skal visualiseringen af fysisk aktivitet bidrage til at borgerne kan se fordelene ved fysisk aktivitet. Derudover tager de ansattes facilitering af fysisk aktivitet, udgangspunkt i borgernes fysiske kunnen samt diagnose (I1,I3,I4). Her fremhæves det, at det kan være en udfordring at presse alle borgere under træningerne (I3,I4). Da borgerne har en stor spredning ift. deres fysiske niveau i de forskellige sundhedstilbud, stiller der krav til de ansattes facilitering og differentiering af øvelserne (I3,I4):

*“...du er mere udfordret når du går ud, hvis du har stor spredning på det fysiske niveau. Jo tættere gruppen er i fysisk niveau, jo lettere er det også, jo færre udfordringer stiller det til dig som instruktør, det er ikke umuligt, men du skal bare bruge noget mere energi på det” (I4).*

Således spiller de ansattes facilitering og differentiering, en vigtig rolle for borgernes udbytte af træningen (I3,I4). Hertil anvender de ansatte øvelser med forskellige sværhedsgrader (I3,I4). I3 har i den forbindelse oplevet, at indendørstræning gør det nemmere at tilpasse træningsintensiteten til borgernes niveau. Dog erfares det, at udendørstræningen kan tilpasses borgernes niveau ved at anvende forskellige gåruter, eksempelvis kuperede ruter (I1,I4). Her forsøger I4, at tilpasse træningen borgernes niveau ved brug af forskellige gradueringer:

*“...men vi prøver alligevel at tilrette øvelser (...) så prøver vi jo også at graduere. Har du nogle fysiske skavanker, så er der måske noget man ikke kan, så må man jo enten finde en anden øvelse eller tilpasse den øvelse man tænkte” (I4).*

Dermed stiller faciliteringen og differentieringen krav til de ansatte kompetencer, hvorfor de ansatte spiller en vigtig rolle ift. borgernes udbytte af træningerne.

### 6.2.3. KAT3I - De sociale omgivelser

Udover de fysiske omgivelser, fremanalyses de sociale omgivelserne som værende en central kategori, som ligeledes influerer på borgernes fysiske aktivitetsniveau. Da udendørstræningerne foregår i hold, medvirker dette til, at borgerne bliver en del af et socialt fællesskab, hvor der dannes sociale relationer på kryds og tværs (I1,I4):

*“...men det er den måde de passer på hinanden og er begyndt at hilse på hinanden nede i byen, FORDI vi har lavet det her tiltag med at træne ude...” (I1).*

Her har borgerne fået skabt et socialt fællesskab som er et positivt element ved, at træningerne afholdes udendørs i hold (I1,I4). Hertil fremhæves fællesskaber omkring fysisk aktivitet, da det har betydning for anvendelse af kommunens udendørsfaciliteter (I1,I2,I4). Her har I4 oplevet, at når holdtræningerne foregår udendørs, har borgerne nemmere ved at snakke med hinanden og danne sociale relationer. Hertil erfares den sociale og mentale del, ligeså vigtig som den fysiske (I2,I3,I4):

*“...men vi skal mødes og have det sjovt, og så drikker vi en kop kaffe, så vi får mere fokus på det sociale og mentale del af det og lidt mindre på det fysiske” (I2).*

Således oplever de ansatte, at det sociale element har en ligeså stor, hvis ikke større betydning for borgernes deltagelse, sammenlignet med det fysiske udbytte (I2,I3,I4). Yderligere fremhæves, at kombinationen af fysisk aktivitet og det sociale element, har en positiv betydning for borgerne (I1,I2,I3,I4), hvor det sociale element og fællesskab har betydning for borgernes fremmøde (I1,I3,I4):

*“...hvis du ved, at du er en del af et fællesskab, hvor der er nogen som venter på dig eller gider at du kommer, jamen så kommer du også afsted” (I1).*

Dermed oplever flere af informanterne, at det sociale fællesskab bidrager til, at borgerne får nemmere ved at komme afsted til træningerne (I1,I3,I4). Hertil oplever I1 ligeledes, at borgerne mødes udenfor holdtræningerne og har dermed skabt et socialt fællesskab i deres private omgangskreds. Hertil kan det sociale fællesskab på holdene bidrage til at styrke borgernes mentale sundhed, herunder livskvalitet og trivsel, som kan bidrage til at borgerne er mere fysisk aktive (I2,I3,I4). Udover det sociale fællesskab har social støtte, som borgerne giver hinanden og modtager fra instruktørerne, en positiv indflydelse på borgernes sociale velbefindende. Idet at borgerne er sat sammen ud fra diagnose, har dette en positiv indflydelse, da de ansatte oplever, at borgerne derigennem kan støtte hinanden (I1,I3,I4):

*“...det er jo også derfor det er så godt at samle sådan nogle med en kronisk lidelse eller med samme problemstillinger, fordi de kan bedre forstå hinanden, de har været det samme sted eller er i samme båd” (I4).*

Således kan borgerne pba. deres diagnose, støtte hinanden undervejs i træningsforløbet. Dette har I3 oplevet ift. hjerteborgere tilknyttet *sundhedstilbud X*, som finder en vis tryghed i at træne sammen, da de har større forståelse for hinanden pba. deres fælles diagnose. Dermed fremhæves det, at tryghed og støtte vil øge sandsynligheden for borgernes fastholdelse af træningerne (I1,I3,I4). Hertil oplever informanterne, at borgere som kan modtage støtte og er en del af sociale netværk uden for sundhedstilbuddene, har nemmere ved at komme afsted samt fastholde træningen uden for sundhedstilbuddene (I1,I3,I4):

*“...og så tager vi også udgangspunkt i pårørende og netværk, for at se på, kunne man nu gå en tur med ægtefællen, så var det meget nemmere at komme afsted. Så det der med at finde ud af om omgivelserne i forhold til netværket, er et plus eller et minus” (I3).*

Dermed fremhæves det, at muligheden for social støtte uden for sundhedstilbuddene, er essentiel, ift. borgernes vedligeholdelse af træningen (I1,I3,I4). Således bidrager de fælles udendørs holdtræninger positivt til borgernes sociale og mentale velbefindende.

#### 6.2.4. KAT4I - Udvikling af de fysiske omgivelser

Udvikling af de fysiske omgivelser er ligeledes fremanalyseret som en central kategori, hvor tilhørende underkategorier er fremanalyseret; *Kommunens eksisterende udendørsområder- og faciliteter til fysisk aktivitet, Kommunens udviklingsbehov, Behovet for information*



*omkring kommunens udendørsfaciliteter, Samarbejde på tværs af fagenheder og Det politiske niveau.*

#### 6.2.4.1. Kommunens eksisterende udendørsområder- og faciliteter til fysisk aktivitet

Kommunens udendørsfaciliteter omhandler faciliteter som kan anvendes til fysisk aktivitet. Her fremhæves kommunens udendørs fitnessmaskiner (I1,I3,I4), mountainbike- og løberuter (I1,I3,I4), udendørs redskaber i træ (I3,I4), streetbaner (I2), samt kommunens legepladser (I3,I4). Her fremhæves det, at det er vigtigt at disse faciliteter og områder er let tilgængelige og attraktive ift. fysisk aktivitet (I2,I3). Ydermere har kommunen ressourcer og faciliteter i naturen, som kan anvendes til fysisk aktivitet (I1,I3,I4):

*”Så er det meget forskelligt hvad vi egentligt laver når vi kommer frem, for det har meget at gøre med hvad der er af muligheder. Det er klart, er der et sted, hvor der er nogle bænke og borde, så kan man jo lave armstrækninger og sådan noget” (I4).*

Dermed bidrager kommunens udendørsfaciliteter- og områder med forskellige træningsmuligheder. Kommunen har flere legepladser som kan anvendes til fysisk aktivitet (I3,I4), hvor gynger anvendes som en alternativ måde at træne borgernes balance på (I1). Naturen viser sig derudover at være en ressource i sig selv hos flere af informanterne. Her fremhæves skovområder, bakker og kuperet terræn, samt fjorden som oplagte områder at foretage aktiviteter i og omkring (I1,I3,I4). Her anses kommunens natur, som værende en af kommunens stærke sider (I1,I2). Derudover fremhæves kommunens foreninger, da disse har græsområder, som kan anvendes til forskellige former for fysisk aktivitet (I1,I2,I3). Hertil har kommunens ungdomsskoler streetbaner, som er frit tilgængelig for alle borgere i kommunen:

*“...der er massere af muligheder for gadeidræt, også i de faciliteter vi har i dag. Mange af dem ligger i forbindelse med idrætshaller, skoler, ungdomsklubber og sådan noget, hvor der er streetbaner både til bold og det kan være løbehjul og alt muligt andet” (I2).*

Dermed bidrager kommunens forskellige foreninger og skoleområder til, at borgerne kan dyrke alsidig fysisk aktivitet. Således har kommunen flere udendørsområder- og faciliteter som er attraktive ift. fysisk aktivitet og muliggør at borgerne kan være fysisk aktive i deres lokalområde.

#### 6.2.4.2. Kommunens udviklingsbehov

De ansatte fremhæver et behov for at udvikle kommunens udendørsfaciliteter, hvormed forskellige forslag forestilles. Hertil opleves det, at kommunen bør blive bedre til at udnytte jorden og naturen og udvikle eksisterende faciliteter (I2,I3), hvor der ses et behov for at udvikle disse faciliteter løbende:

*”... for vores mønster i at bevæge os og være aktive flytter sig jo også... Så ja jeg tror aldrig vi kommer i mål med at have faciliteter hvor det bare er optimalt. Altså det skal vi hele tiden udvikle” (I2).*

Dermed skal kommunen løbende udvikle og tilpasse faciliteterne, til borgernes aktivitets- og bevægelsesmønstre. Her er det ligeledes vigtigt at finde ud af hvilke faciliteter kommunen mangler (I1,I2), hvor naturskønne områder bør være i fokus ift. aktiviteter og bevægelse i kommunens nuværende og videre arbejde (I2). Derudover foreligger informanterne forslag til, hvordan de fysiske omgivelser kan udvikles og dermed gøre det mere attraktivt for borgerne at være fysisk aktive (I1,I2 I3,I4). Her fremhæver I3 et ønske om at implementere legepladser henvendt voksne:

*” ... vi mangler et eller andet, måske nogle legepladser der er møntet for voksne eller noget man kan lave nogle lette aktivitetsbaseret ting med, det har vi ikke på nuværende tidspunkt” (I3).*

Således fremhæves et udviklingsbehov ift. at udbygge flere udendørsområder henvendt voksne borgere, som skal gøre det lettere for borgerne at være fysisk aktive. Derudover fremhæves installering af flere udendørs fitnessområder som værende essentielle for borgernes mulighed for fysisk aktivitet, som ligeledes kan anvendes i kommunens sundhedstilbud (I1,I4). Dog har I2 og I3 oplevelsen af, at udendørs fitnessområder ikke alene kan medvirke til at øge borgernes fysiske aktivitetsniveau, da disse områder ikke bliver anvendt:

*” ...og det er ikke fordi jeg tænker der skal dumpes fitnessudstyr i alle parker, fordi det tror jeg faktisk ikke virker” (I2).*

Hertil fremhæves det, at disse områder ikke blot skal installeres, men ligeledes promoveres ift. at gøre borgerne opmærksomme på områdernes anvendelighed og tilgængelighed (I2,I3). Ydermere fremhæver de ansatte forslag til hvordan omgivelserne kan udvikles, herunder installering af flere fitnessredskaber i træ, net til at klatre i samt bomme og bænke (I3,I4). I den forbindelse fremhæver de ansatte ligeledes et ønske om flere overdækkede områder, som kan være fordelagtigt og anvendes på regnvejrsdage (I1,I3,I4). Hertil bør naturens ressourcer i højere grad anvendes, herunder træstubbe, bænke og bomme, således borgerne ikke selv skal medbringe udstyr (I3,I4). En måde hvorpå kommunens faciliteter ligeledes kan udvikles er gennem bymiljøet, hvor gode gå og cykelstier (I4) og grønne områder, fremhæves som væsentlige i bymiljøet (I1,I2,I4).

#### 6.2.4.3. Behovet for information omkring kommunens udendørsfaciliteter

Informanterne fremhæver vigtigheden af information om tilgængeligheden og anvendelsesmulighederne af kommunens udendørsfaciliteter, da dette kan have en betydning for borgernes anvendelse heraf. Her dækker information over udendørsfaciliteternes anvendelsesmuligheder, afmærkninger, skilte over ruter, pjecer, samt oplysning om vigtigheden af fysisk aktivitet og information omkring områderne (I1,I2,I3,I4). Hertil bør borgerne introduceres til faciliteterne i lokalområdet og hvordan disse kan anvendes, da bl.a. ældre borgere kan have svært ved at se og forstå funktionen herved (I1,I3,I4):

*”... jeg tror også at rigtig mange af særligt vores ældre borgere, hvis der er en maskine i en park, hvis ikke man kan se eller ved helt hvad man skal bruge den til, så tror jeg ikke de kaster sig ud i det” (I3).*

Dermed kan information omkring faciliteternes anvendelsesmuligheder ift. fysisk aktivitet, have en positiv indflydelse på anvendelsen heraf (I1,I3,I4). Supplerende fremhæves det, at flere af borgerne ikke har kendskab til kommunens tilbud og faciliteter, hvorfor kommunen bør blive bedre til at informere herom (I2,I4). Dog har kommunen placeret pjecer i naturområder, som oplyser om hvordan specifikke redskaber skal anvendes og hvilke ruter som er tilgængelige (I4). I den forbindelse finder I4 det essentielt, at borgerne forstår vigtigheden, samt de sundhedsmæssige fordele ved regelmæssig fysisk aktivitet:

*“...så selvfølgelig også en forståelse af hvorfor er det så vigtigt, hvorfor siger de 30 minutter, hvor siger de du skal afsted to gange om ugen, og have noget træning. Så det ikke bare er noget man slynger ud, men de faktisk får en viden” (I4).*

Således mener I4, at det er vigtigt at borgerne er oplyst og informeret omkring anbefalingerne for fysisk aktivitet. Ydermere kan information i form af markedsføring af kommunens forskellige udendørsfaciliteter, sundhedstilbud samt aktiviteter, få flere af kommunens borgere i bevægelse (I2):

*” ...fordi vi markedsfører det jo selvfølgelig og vi delte flyers ud til alle skoleelever i hele kommunen om det...” (I2).*

Således har I2 haft en positiv oplevelse, ved at dele flyers ud med information omkring den specifikke aktivitet i kommunen, hvor sociale medier kan anvendes til at tiltrække flere borgere (I2). Yderligere fremhæves det, at skilte og afmærkninger kan være med til at indbyde til mere fysisk aktivitet (I1,I3,I4):

*“...så tænker jeg faktisk også noget med nogle afmærkninger og gode skilte. Nu har jeg selv kørt meget i (navn på anden kommune) og de har gjort rigtig meget for at lave tydelige oversigtskort, over hvad er det for nogen tydelige ruter du er på og hvor lange er de, for at orientere dig i et nyt område” (I3).*

Dermed kan information omkring kommunens forskellige skovruter, medvirke til at borgerne har kendskab til ruternes længde og tilgængelighed. På baggrund af ovenstående fremhæver de ansatte dermed et behov for, at X kommune bliver bedre til at informere omkring faciliteterne i udeområderne, således borgerne har kendskab til hvilke sunde valg de kan træffe ift. deres fysiske aktivitetsniveau.

#### 6.2.4.4. Samarbejde på tværs af fagenheder

Med ønsket om at udvikle eksisterende og flere udendørsfaciliteter, fremhæver informanterne vigtigheden af, at kommunens fagenheder samarbejder på tværs. Her har kommunen fået øjnene op for at samarbejde på tværs (I1,I2,I3), hvor to fagenheder i kommunen har et nuværende samarbejde igangsat (I3). Dette samarbejde har fokus på at udvikle faciliteter, som bl.a. skal udfordre borgernes balance, samt udvikling af sundhedsstier, herunder bynære

ruter, der skal facilitere at borgerne kan komme rundt i forskelligt terræn (I3). Derudover har kommunen ligeledes udformet en sundhedsstrategi på tværs af to fagenheder (I2,I4). Et samarbejde på tværs vil ligeledes gavne foreningslivet, eftersom uderummet omkring foreningerne favner bredt og kan anvendes til forskellige former for fysisk aktivitet (I1,I4). Ved at kommunen samarbejder på tværs, vil dette sikre borgernes mulighed for at træffe det sunde valg:

*”...så det er også noget med at samarbejde og sige, her har vi en udfordring med en gruppe borgere. Hvordan kan vi sammen sikre at de også får muligheden for at tage de sunde valg”*  
(I2).

Således bør kommunen samarbejde på tværs af fagenheder, mhp. at skabe rammerne for at borgerne kan træffe det rette valg ift. deres sundhed. Ydermere samarbejder kommunen med en ekstern organisation om at facilitere mere bevægelse (I3):

*”...vi har også et samarbejde med (ekstern organisation). Det er selvfølgelig motion og cafe, hvor det så er fem kvarters træning med en fysioterapeut fra kommunen, og så er der frivillige fra (navn på organisation) der står med kaffe og brød og sådanne ting bagefter”*  
(I3).

Således bidrager samarbejdet med den eksterne organisation til, at borgerne har flere muligheder for fysisk aktivitet og indgå i sociale fællesskaber. På baggrund af ovenstående er det dermed vigtigt, at kommunen samarbejder på tværs af de forskellige fagenheder samt eksterne organisationer, da det kan medvirke til udvikling af flere faciliteter og aktiviteter i kommunen.

#### 6.2.4.5. Det politiske niveau

Ved udviklingen af faciliteter ses politiske muligheder og begrænsninger, som har indflydelse på kommunens udvikling af faciliteter (I1,I2,I3). Her kan fredninger af områder og godkendelser fremstå som en begrænsning (I2,I3):

*”....men der er bare så mange rammer i kommunen og fredninger. Så bare det her med at man skal have lov til at lave en jordbunke, hvad det ikke kræver af ansøgninger og godkendelser. Så jeg tror nogle gange at formalia, det dræber de her initiativer og også dét at man har så mange fredet områder” (I3).*

Dermed kræver udvikling af omgivelserne, at nogen i kommunen tager initiativ, da det ofte kræver et større arbejde for at få godkendt. Derudover kan et samarbejde med lodsejere være en udfordring ift. at udvikle og stille flere faciliteter til rådighed i kommunen (I1,I2):

*” ...der en masse privat skov og private arealer man skal tage hensyn til, nogle lodsejere og alt muligt andet. Så der er nogle ressourceting der selvfølgelig er en begrænsning” (I2).*

Her oplever I2 private skove og arealer som en begrænsning for udviklingen af nye faciliteter i kommunen. Derudover har kommunens ansatte indflydelse på hvilke faciliteter og områder som skal udvikles, hvor det er de ansattes pligt at klæde politikerne på til at træffe beslutninger herom (I2):

*”...så er det klart, at når vi siger det, så har det jo en stor indflydelse på vores politikere ift. at bevillige nogle penge og lave en satsning på området” (I2).*

Dermed kræver udvikling af omgivelserne et samarbejde på politisk niveau, da det er herigennem økonomiske ressourcer bevilliges. Her er det i sidste ende politikernes beslutning, hvilke midler kommunen har til rådighed og hvilken retning kommunen skal gå (I2). Men lovgivning og politiske krav gør, at kommunen skal stille arealer til rådighed, hvor borgerne kan være fysisk aktive, da kommunen skal sørge for, at disse krav og love overholdes (I2). I forhold til de økonomiske ressourcer, kan kommunen søge forskellige fonde, da det ikke nødvendigvis behøver være kommunen selv, som skal bidrage med midler til udviklingen af faciliteter (I4). Dog kan vedligeholdelse af de udviklede faciliteter medvirke til omkostninger for kommunen (I2,I4). Således kan det politiske niveau have indflydelse på udviklingen af eksisterende og nye udendørsfaciliteter i kommunen, som skal indbyde til fysisk aktivitet.

## 7. Teoretisk fortolkning

Med afsæt i Maxwells interaktive model, herunder den teoretiske referenceramme, samt Dahlager og Fredslunds fjerde analysetrin, vil dette afsnit tage udgangspunkt i en teoretisk fortolkning. Her vil de fremanalyserede kategorier fra det systematiske litteraturreview samt kvalitative interviewundersøgelse, fortolkes ved anvendelse af teori. Med afsæt i Dahlager og Fredslunds fjerde analysetrin, *rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning*, muliggør dette en åbenhed for nye perspektiver og fænomener, ved inddragelse af teori (93). Her skal teori åbne op for empiriens fund og hvordan disse kan forstås vha. teori (93). Roses teori om individrettede og populationsbaserede forebyggelsesstrategier, vil inddrages til fortolkning af de fremanalyserede kategorier. Dette er mhp. på at opnå forståelse for hvilke strategier, som findes hensigtsmæssige ift. forebyggelse af den stigende inaktivitet. Til supplerende af populationsbaserede forebyggelsesstrategier, vil Thaler og Sunsteins teori om nudging ift. ændringer i valgarkitekter inddrages, mhp. at fortolke hvordan udvikling af omgivelserne, kan nudge borgerne til mere fysisk aktivitet. Yderligere anvendes Berkman's konceptuelle model til at forstå, hvordan sociale relationer påvirker det fysiske aktivitetsniveau, da modellen forbinder socialt netværk med sundhedsadfærd (57). Oversigt over forbindelsen mellem kategorier og valgte teorier, kan ses i tabel 10.

*Tabel 10 viser et overblik over kategoriens citering i den teoretiske fortolkning og hvilke teorier som anvendes til fortolkningen af de forskellige kategorier.*

| Overblik over kategoriernes citering |                                                                                            | Forbindelse mellem kategori og teori                                                                                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KAT1L                                | Litteraturreview - <i>Anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet</i>         | Fortolkes ud fra Berkman's konceptuelle model om sociale relationer                                                   |
| KAT2L                                | Litteraturreview - <i>Udvikling af de fysiske omgivelser</i>                               | Fortolkes ud fra Roses populationsbaserede forebyggelsesstrategier samt Thaler og Sunsteins teori om nudging          |
| KAT1I                                | Interviewundersøgelse - <i>Anvendelse af de fysiske omgivelser i sundhedstilbud</i>        | Fortolkes ud fra Roses teori om individrettede forebyggelsesstrategier                                                |
| KAT2I                                | Interviewundersøgelse - <i>De ansattes facilitering af fysisk aktivitet i omgivelserne</i> | Fortolkes ud fra Berkman's konceptuelle model om sociale relationer                                                   |
| KAT3I                                | Interviewundersøgelse - <i>De sociale omgivelser</i>                                       | Fortolkes ud fra Berkman's konceptuelle model om sociale relationer                                                   |
| KAT4I                                | Interviewundersøgelse - <i>Udvikling af de fysiske omgivelser</i>                          | Fortolkes ud fra Roses teori om populationsbaserede forebyggelsesstrategier samt Thaler og Sunsteins teori om nudging |

## 7.1. Populationsbaserede og individrettede forebyggelsesstrategier

KAT4I og KAT2L vil i det følgende fortolkes ved inddragelse af Roses teori om populationsbaserede forebyggelsesstrategier samt Thaler og Sunsteins teori om nudging. KAT1I vil fortolkes ud fra Roses teori om individrettede forebyggelsesstrategier.

### 7.1.1. Udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi

I KAT4I og KAT2L fremgår forslag til hvordan omgivelserne kan udvikles, således disse er mere attraktive ift. fysisk aktivitet. Her fremgår det, at udvikling af de fysiske omgivelser har en positiv indflydelse på borgernes fysiske aktivitetsniveau (KAT4I,KAT2L). Implementering af udendørs fitnessområder (KAT4I,KAT2L), voksenlegepladser (KAT4I), fitnessfaciliteter i træ (KAT4I), skilte og motiverende bannere (KAT4I,KAT2L), skaterparker (KAT4I,KAT2L), tilgængeligheden af mountainbike- og løberuter (KAT4I), overdækkede områder (KAT4I), samt information omkring anvendelsesmulighederne og tilgængeligheden (KAT4I,KAT2L), kan opfattes som eksempler på tiltag, som hele befolkningen kan drage fordel af. Ifølge Rose (2001) kendetegnes populationsbaserede forebyggelsesstrategier ved at påvirke hele befolkningen i en bestemt og ønsket retning, hvor strategien har et potentiale for befolkningen som ét hele (79). Dertil har strategien til formål at kontrollere konteksten hvori en bestemt adfærd gør sig gældende, og forsøger at fjerne de underliggende årsager som gør sygdomme normale (79). Det kan derfor argumenteres for, at gennem udvikling af omgivelserne ved førnævnte tiltag (KAT4I,KAT2L), lægges op til populationsbaserede forebyggelsesstrategier, hvor disse tiltag skal påvirke borgernes adfærd i en bestemt retning. Således kan det antages, at udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaserede forebyggelsesstrategi, vil bidrage til en positiv forandring af det fysiske aktivitetsniveau hos den generelle danske befolkning. Eksempelvis kan installering af udendørs fitnessområder (KAT2L,KAT4I), være et eksempel på et tiltag som alle kan anvende til fysisk aktivitet.

Dertil er populationsbaserede forebyggelsesstrategier fordelagtige, hvis ønsket er at ændre borgernes adfærd og normer i relation til deres sundhed (79). Det må antages, at populationsbaserede tiltag stiller krav til det politiske niveau, hvor KAT4I fremhæver behovet for at samarbejde på tværs af fagenheder og politikere, mhp. at udvikle de fysiske omgivelser. Hermed kan der ses et potentiale i, at gøre fysisk aktivitet i omgivelserne normalt, som på sigt skal blive en social norm (79), og må antages at medføre vedvarende



ændringer i borgernes fysiske aktivitetsniveau. Dog kan populationsbaserede forebyggelsesstrategier have den utilsigtet konsekvens, at motivationen hos det enkelte individ kan være lav (79). Eksempelvis vil udvikling af omgivelserne bidrage til, at hele befolkningen kan anvende disse faciliteter og områder, dog kan det ikke vides om flere borgere i kommunen vil benytte sig af disse. I KAT4I fremgår det, at flere udendørs fitnessområder ikke nødvendigvis vil resultere i at flere vil anvende disse områder, da borgerne skal have lysten og motivationen til anvende disse og ændre deres fysiske aktivitetsniveau. I den forbindelse fremhæver KAT2L og KAT4I, at borgerne ligeledes bør informeres om områdernes anvendelsesmuligheder og tilgængelighed for at disse områder bliver anvendt (KAT2L,KAT4I), hvorfor der bør tages højde for disse elementer i forebyggelsen af inaktivitet.

#### 7.1.1.1. Nudging som adfærdsændrende tilgang ved populationsbaserede forebyggelsesstrategier

Af KAT4I og KAT2L fremgår det, at udvikling af de fysiske omgivelser fremmer borgernes anvendelse heraf samt aktivitetsniveauet i disse områder. Eksempelvis fremkommer det af KAT4I og KAT2L, at information i form af motiverende bannere og skilte, bevirker at flere borgere er fysisk aktive. Dermed kan det argumenteres for, at borgerne nudges gennem fysiske ændringer i omgivelserne, som har en positiv effekt på borgernes fysiske aktivitetsniveau. Derfor vil KAT2L og KAT4I i det følgende, suppleres af Thaler og Sunsteins teori om nudging i relation til populationsbaserede forebyggelsesstrategier. KAT2L og KAT4I fremhæver hertil, at udviklingen af de fysiske omgivelser, i form af flere udendørsområder- og faciliteter, er med til at skabe de sunde rammer for borgerne. Her kan det antages, at udvikling af omgivelserne, skal bidrage til at fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau og dermed skubbe befolkningen i en retning, som får dem til at anvende kommunens udendørsfaciliteter- og områder i højere grad, ved at sætte rammerne for det sunde valg.

I den forbindelse består nudging ifølge Thaler og Sunstein (2009) af et valgarkitekt, som beskrevet i afsnit 2.5.3., hvor kontekstens organisering har indflydelse på individers anvendelse heraf. Dertil er målet at indrette valgmiljøer, således individer træffer de mest hensigtsmæssige og effektive valg ift. deres sundhed, hvor andre og eksisterende valgmuligheder ikke forbydes (83). Således kan udvikling af de fysiske omgivelser være et eksempel på ændringer i valgarkitekterne, hvor borgerne nudges til at anvende disse områder.

Her fremgår det af KAT2L og KAT4I, at information og oplysning om udeområdernes anvendelsesmuligheder samt tilgængelighed, kan øge borgernes brug heraf. Dermed nudges borgerne til at træffe det sunde valg på en forudsigelig måde, gennem udvikling af flere udendørsfaciliteter- og områder til fysisk aktivitet. Her har borgerne fortsat et valg, da de har muligheden for ikke at benytte disse faciliteter og områder, hvormed andre valgmuligheder ikke forbydes. Dertil har nudging til formål at ændre borgernes adfærd i relation til deres sundhed, hvorigennem ændringer i valgarkitekterne skal bidrage positivt til borgernes sundhed og livskvalitet (83). Hertil fremhæver KAT4I, at ved at skabe sunde rammer og fremme det sunde valg, kan borgernes sundhed forbedres. Ved at udvikle de fysiske omgivelser således disse støtter op om fysisk aktivitet (KAT2L, KAT4I), kan det derfor antages, at det sunde valg bliver lettere for den enkelte borger at træffe. Herigennem kan det formodes, at nudging gennem fysiske ændringer i omgivelserne som populationsbaseret forebyggelsesstrategi, kan bidrage til vedvarende forandringer hos befolkningen. Dette er med baggrund i, at denne strategi er henvendt hele befolkningen, hvorigennem udvikling af de fysiske omgivelser skal nudge befolkningen til at træffe det sunde valg og dermed fremme det fysiske aktivitetsniveau. Dermed kan nudging anses som en tilgang til forandring af den stigende inaktivitet i den danske befolkning.

Ved at nudge befolkningen gennem populationsbaserede forebyggelsesstrategier, kan det være essentielt at supplere disse strategier, da den enkelte borger herigennem blot opnår små ændringer, eftersom mange borgere befinder sig i en tilstand inden for normalområdet (79). På baggrund af KAT1I, er kommunens sundhedstilbud henvendt borgere med specifikke diagnoser, hvor udendørs holdtræninger influerer positivt på borgernes aktivitetsniveau i og uden for sundhedstilbuddene. Derfor findes det relevant at supplere med individrettede forebyggelsesstrategier.

### 7.1.2. Diagnosespecifikke holdtræninger som individrettet forebyggelsesstrategi

I KAT1I fremhæves det, at X kommunes sundhedstilbud er henvendt borgere med forskellige diagnoser, psykisk sårbare samt borgere som har behov for at være fysisk aktive. Her er sundhedstilbuddene specifikt henvendt borgere med kroniske lidelser og sygdomme (KAT1I). Her er holdtræningerne inddelt ud fra borgerens diagnose, som har til formål at fremme borgernes fysiske, sociale og psykiske velbefindende (KAT1I). Ifølge Rose (2001) er individrettede forebyggelsesstrategier rettet mod borgere i samfundet som er disponeret eller i

risiko for sygdom, eller har én eller flere risikofaktorer, som kan medføre tidlig død eller sygdom (79). Således er disse strategier tilpasset den enkelte borger, hvor eksempelvis fysisk inaktive, vil drage fordel af tiltag eller tilbud, som har fokus på at ændre det fysiske aktivitetsniveau. Kobles denne forståelse til KAT1I, kan det dermed argumenteres for, at gennem sundhedstilbud henvendt borgere i særlig risiko, kan dette være et eksempel på en individrettet forebyggelsesstrategi. Af KAT1I fremgår det, at disse individrettede sundhedstilbud bidrager positivt til borgernes fysiske, mentale samt psykiske velbefindende. Dog appellerer Rose (2001) til, at borgerne ved denne strategi, selv skal handle aktivt for at ændre egen sundhedsadfærd (79). Hertil kræver det, at borgerne handler aktivt uden for sundhedstilbuddene for at vedligeholde træningen, som bl.a. kræver motivation og social støtte (KAT1I). Ifølge Rose (2001) kan der ved individrettede forebyggelsesstrategier, opstå utilsigtede konsekvenser (79). Her kan en utilsigtet negativ konsekvens være *victim blaming*, som er baseret på antagelser om, at individer i risiko selv har valgt at handle således, det påvirker deres sundhedsadfærd negativt, som potentielt kan lede til stigmatisering (79). I KAT1I fremgår det, at ved at træningerne foregår udendørs, oplever borgerne en vis blufærdighed. Her forekommer det, at borgerne føler blufærdig ved udendørstræninger på egen hånd, hvor holdtræningerne i sundhedstilbudene legitimerer fjollede og mærkelige øvelser (KAT1I). Således kan det tyde på, at borgerne føler et vist ubehag ved at foretage træningerne udendørs, som potentielt kan medvirke til stigmatisering af denne borgergruppe. Derudover er disse strategier, som førnævnt, målrettet individer i høj risiko, hvorfor dette ikke forebygger andre målgrupper i at ende i højrisikogruppen (79). På baggrund af ovenstående tyder det på, at individrettede forebyggelsesstrategier bør suppleres af populationsbaserede forebyggelsesstrategier i forebyggelsen af inaktiviteten. Ifølge Rose (2001) vil en kombination af disse strategier netop være fordelagtig (79).

På baggrund af KAT1I kan det tyde på, at træningstilbud henvendt specifikke borgergrupper, kan bidrage positivt til forebyggelsen af inaktivitet ift. det enkelte individ som er i risiko. Derudover kan udvikling af omgivelserne ligeledes bidrage positivt til forebyggelsen af inaktiviteten, hvor rammerne skal nudge og gøre det sunde valg lettere for borgerne. Det tyder derfor på, at en kombination af individrettede og populationsbaserede forebyggelsesstrategier, vil bidrage positivt til forebyggelsen af inaktiviteten.

## 7.2. Sociale relationers betydning for det fysiske aktivitetsniveau

Udover de fysiske omgivelser, fremkommer det af KAT1L, KAT2I og KAT3I, at sociale omgivelser ligeledes spiller en væsentlig rolle ift. borgernes fysiske aktivitetsniveau, hvor eksempelvis social støtte, netværk og fællesskab har en positiv indflydelse herpå. Derfor vil disse kategorier i det følgende, fortolkes med elementer fra Berkman's konceptuelle model (2000). Modellen fremhæver sociale netværks betydning for sundhedsadfærden som influerer på det fysiske aktivitetsniveau på både mikro-, meso- og makroniveau (57). Den teoretiske fortolkning vil dog kun tage udgangspunkt i meso-(KAT3I) og mikroniveau (KAT1L, KAT2I, KAT3I), da elementer på makroniveau ikke fremkommer gennem problembearbejdningen.

### 7.2.1. Det sociale netværks betydning for fysisk aktivitet på mesoniveau

I KAT3I fremgår elementer af det sociale netværk, hvoraf borgernes diagnoser samt de ugentlige holdtræninger i sundhedstilbuddene, har en positiv indflydelse på borgernes fysiske aktivitetsniveau. Mesoniveauet i Berkman's konceptuelle model omhandler det sociale netværk, herunder netværkets struktur og karakteristika, som har betydning for de psykosociale elementer på mikroniveau, som derigennem påvirker individers sundhedsadfærd (57). Strukturen af det sociale netværk kommer til udtryk i KAT3I, da sundhedstilbuddene er henvendt bestemte borgergrupper. Her er borgerne i *sundhedstilbud X* inddelt ud fra diagnoser, hvoraf disse kan betragtes homogene. Ifølge Berkman et. al. (2000) refererer homogenitet til hvorvidt individer ligner hinanden i et netværk (57), hvor borgerne i KAT3I må antages at ligne hinanden på baggrund af deres diagnose. Homogeniteten i gruppen medvirker, at borgerne er i samme båd ift. deres sygdom og har dermed en større forståelse for hinanden (KAT3I). Her bidrager homogeniteten i gruppen positivt til borgernes fysiske aktivitetsniveau, da borgerne herigennem er en del af et socialt netværk, som er trygt for den enkelte borger (KAT3I). Derudover kan strukturen af borgernes sociale netværk ligeledes fremhæves, da borgernes sociale netværk uden for sundhedstilbuddene, spiller en rolle ift. vedligeholdelse af træningen (KAT3I). Her kan netværkets størrelse og rækkevidde have en betydning for sundhedsadfærden (57), hvor KAT3I fremhæver, at størrelsen og rækkevidden af borgernes sociale netværk uden for sundhedstilbuddene, har en betydning for hvorvidt borgerne er fysisk aktive når de ikke er tilknyttet sundhedstilbuddene. Således vil borgere

som har et socialt netværk uden for sundhedstilbuddene drage fordele heraf, hvor dette kan bidrage positivt til de psykosociale elementer, eksempelvis social indflydelse og støtte, som derigennem kan indvirke positivt på borgernes fysiske aktivitetsniveau.

I den forbindelse findes det relevant at fremhæve karakteristika ved det sociale netværk, da frekvensen af ansigt til ansigt kontakt, har en betydning for borgernes deltagelse i sundhedstilbuddene (KAT3I). Frekvensen af ansigt til ansigt kontakt, refererer ifølge Berkman et al. (2000), til hyppigheden af ansigt til ansigt kontakt med andre individer (57). Kobles dette til KAT3I, muliggør de ugentlige holdtræninger, at borgerne har muligheden for at få ansigt til ansigt kontakt med de andre på holdet. Dette har en positiv effekt på borgernes deltagelse, da de dermed er en del af et fællesskab om at dyrke fysisk aktivitet (KAT3I). Udover de ugentlige holdtræninger, mødes borgerne ligeledes privat uden for sundhedstilbuddene, hvor de bl.a. går ture sammen og derigennem har fået skabt et socialt netværk og fællesskab (KAT3I). Ved at holdtræningerne bidrager til et socialt netværk og fællesskab blandt borgerne, må det antages at have en positiv indflydelse på borgernes fysiske aktivitetsniveau, da det sociale element får borgerne til at gå flere ture og være mere fysisk aktive uden for sundhedstilbuddene (KAT3I). Derudover kan frekvensen af organisatorisk deltagelse fremhæves som et væsentligt element på mesoniveau (57). Her fremkommer det af KAT3I, at sundhedstilbuddene i X kommune giver borgerne muligheden for at være fysisk aktive i en organisatorisk kontekst. Derudover bidrager deltagelse i sundhedstilbuddene ligeledes til, at borgerne får et større socialt netværk, som har en positiv indflydelse på deres deltagelse på og uden for holdene (KAT3I).

For yderligere at få en større forståelse for hvordan det sociale netværk påvirker sundhedsadfærden, er det ifølge Berkman et al. (2000) utilstrækkeligt blot at fokusere på netværkets størrelse og karakteristika (57). Hertil bør der ligeledes tages højde for psykosociale elementer, som social støtte og socialt engagement, da disse har betydning for individers sundhedsadfærd (57).

### 7.2.2. Psykosociale elementers betydning for fysisk aktivitet på mikroniveau

I KAT1L, KAT2I og KAT3I fremkommer elementer af psykosociale faktorer på mikroniveau, hvor mikroniveau henviser til psykosociale faktorer som influerer på sundhedsadfærden (57). I KAT1L, KAT2I og KAT3I fremhæves det, at social støtte og

socialt engagement har en positiv indvirkning på borgernes fysiske aktivitetsniveau. Her henviser social støtte til emotionel, instrumental og informativ støtte samt støtte ift. beslutninger og vurderinger (57). I KAT3I kommer den emotionelle støtte til udtryk, hvor denne form for støtte ifølge Berkman et al. (2000) er relateret til mængden af kærlighed, sympati og omsorg som individer modtager fra andre (57). I KAT3I fremhæves det at borgerne bl.a. får styrket deres mentale sundhed, gennem de fællesskaber som opbygges på holdene i sundhedstilbuddene, hvorigennem borgerne oplever tryghed (KAT3I). Dertil bidrager de diagnosespecifikke holdtræninger til, at borgerne kan støtte hinanden (KAT3I). Hermed må det antages, at borgerne oplever sympati og omsorg, da det fremhæves, at borgerne oplever en vis tryghed ved hinanden (KAT3I). Hertil fremhæver KAT1L ligeledes elementer af emotionel støtte, da tilknytningsforhold og det at have nogen at dyrke fysisk aktivitet med, benævnes som motiverende faktorer for fysisk aktivitet. Her kan tilknytningsforhold relateres til sympatien og omsorgen fra andre borgere, som muliggør lysten til at være fysisk aktiv (KAT1L). Borgerne kan dermed opnå emotionel støtte gennem tilknytningsforhold, hvormed de motiveres til at dyrke fysisk aktivitet. I KAT2I fremhæves den informative støtte, hvor informativ støtte referer til information eller rådgivning ifm. specielle behov (57). Ud fra KAT2I tyder det på, at borgerne tilknyttet sundhedstilbuddene har specielle behov pba. deres diagnoser, hvor de ansatte under holdtræningerne udøver informativ støtte, ved bl.a. at differentiere ift. borgernes fysiske kunnen. Her fremgår det af KAT2I, at de ansatte rådgiver borgerne om hvilke øvelser der er passende ift. deres fysiske kunnen. Således fremkommer både social og informativ støtte i KAT1L, KAT2I, KAT3I, som har indflydelse på borgernes fysiske aktivitetsniveau.

#### 7.2.2.1. Social deltagelse og socialt engagement

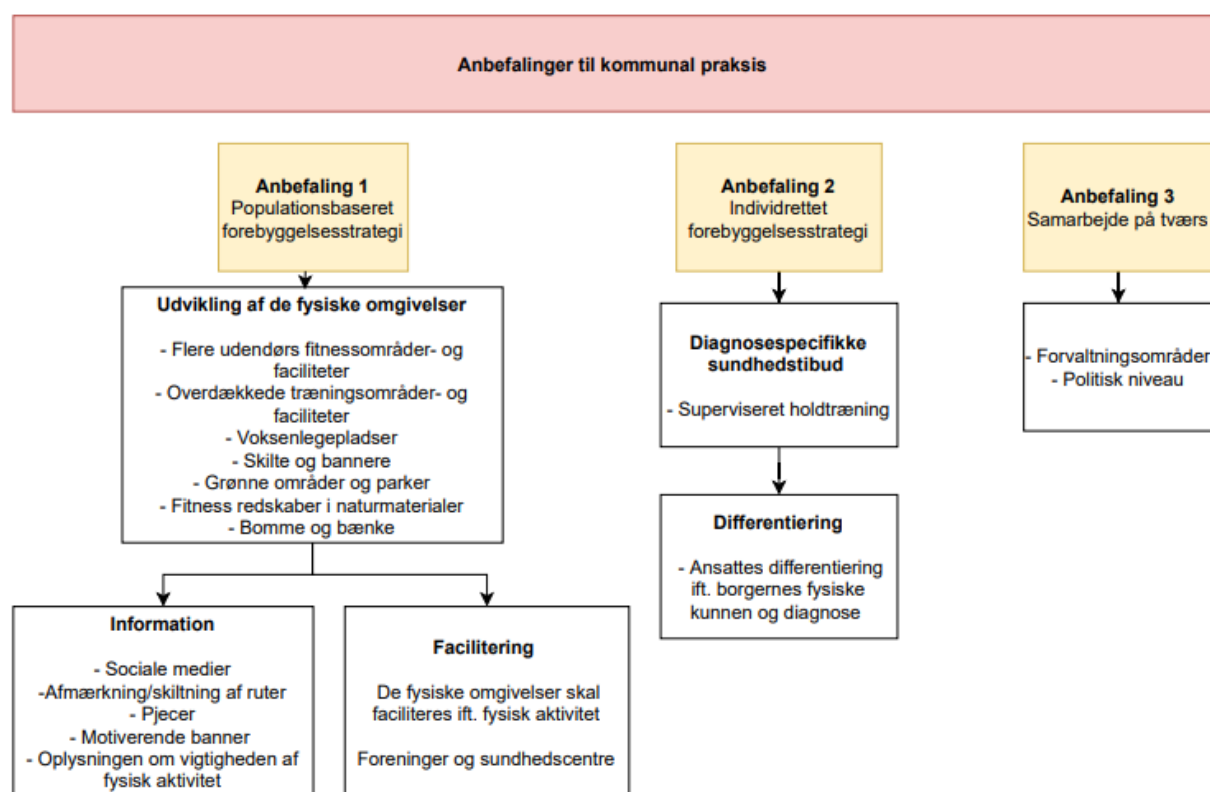
Ydermere forekommer det af KAT3I og KAT1L, at social deltagelse og engagement har betydning for borgernes fysiske aktivitetsniveau. Eksempelvis har invitation, tilknytningsforhold og sociale relationer, en positiv indflydelse på deltagelse i udendørs fysisk aktivitet (KAT1L). Dertil fremgår det af KAT3I, at borgerne og de ansatte til holdtræningerne, udviser socialt engagement ved bl.a. at spørge ind til manglende deltagelse. Således holder borgerne hinanden oppe på at deltage i træningerne, og udviser interesse ved at vise omsorg og engagement (KAT3I). Ifølge Berkman et al. (2000) dækker det sociale engagement over social deltagelse, hvor der er mulighed for at udvise socialt engagement i sociale netværk (57). Dette giver den enkelte borger værdi og følelse af tilhør, hvor deltagelse

i aktiviteter med andre, øger det sociale engagement (57). Kobles dette til kategori KAT3I, udviser borgerne i takt med deres deltagelse på holdtræningerne, socialt engagement, gennem støtte og motivation undervejs i træningerne. Derudover mødes og deltager borgerne i sociale arrangementer uden for sundhedstilbuddene, hvormed borgerne udviser socialt engagement overfor hinanden (KAT3I). Her fremhæves det yderligere, at det sociale engagement og sociale fællesskab, er vigtigt for borgernes deltagelse, da de føler en større forbundethed på holdet, som har positiv effekt på deres deltagelse (KAT3I).

Ifølge Berkman et al. (2000) forudsætter psykosociale elementer på mikroniveau, at det sociale netværk skaber muligheder ift. de psykosociale elementer, hvor sundhedsadfærden påvirkes herigennem (57). På baggrund af ovenstående, forudsætter det sociale netværk, muligheden for at modtage social støtte og engagement, hvor det fysiske aktivitetsniveau herigennem fremmes og vedligeholdes. Således kan informativ og social støtte, samt det sociale engagement, influere positivt på det fysiske aktivitetsniveau. Dermed anses individers sociale netværk, samt psykosociale elementer herved, som vigtige elementer ift. fremme af det fysiske aktivitetsniveau, da sociale omgivelser kan influere positivt eller negativt på individers fysiske aktivitetsniveau.

## 8. Anbefalinger til den kommunale praksis for ændring af sundhedsadfærd

Formålet med afsnittet er at besvare forskningsspørgsmål 3. Resultaterne fra litteraturreviewet, interviewundersøgelsen samt den teoretiske fortolkning viser, at individrettede sundhedstilbud samt udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaseret strategi, har positiv indflydelse på individers fysiske aktivitetsniveau. Her spiller facilitering og information en vigtig rolle, ift. anvendelsen af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet. Af resultaterne fra interviewundersøgelsen, fordres et øget samarbejde på tværs af forvaltningsområder og det politiske niveau. Anbefalingerne er forslag til hvordan danske kommuner kan forandre deres tilgang til at ændre borgernes sundhedsadfærd, ved brug af de fysiske omgivelser. Her skal anvendelse og udvikling af de fysiske omgivelser, anses som et middel til at ændre befolkningens sundhedsadfærd og fremme det fysiske aktivitetsniveau. Der skal dog tages forbehold for, at resultaterne fra interviewundersøgelsen er baseret på få informanternes udsagn i én specifik, kommunal kontekst. Dog understøttes resultaterne fra interviewundersøgelsen til dels af litteraturreviewet samt anvendt teori i den teoretiske fortolkning. Formålet er centreret omkring den kommunale kontekst, hvorved anbefalingerne er stilet mod den kommunale praksis. Anbefalingerne er præsenteret i figur 4.



Figur 4 viser forestillede anbefalinger til den kommunale praksis pba. specialets resultater.



## Anbefaling 1 - populationsbaseret forebyggelsesstrategi

På baggrund af resultater fra litteraturreviewet, interviewundersøgelsen samt den teoretiske fortolkning fremkommer det, at udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi, medvirker til ændringer i borgernes omkringliggende miljø, gennem udvikling af lokalområdets udendørsområder- og faciliteter. Derfor bygger anbefaling 1 på populationsbaserede forslag, til hvordan de fysiske omgivelser i kommuner kan udvikles, hvormed hele befolkningen kan gøre brug heraf. Her bygger anbefalingerne på udvikling af flere udendørs fitnessområder- og faciliteter (KAT2L, KAT4I), overdækkede træningsområder- og faciliteter (KAT4I), voksenlegepladser (KAT2L, KAT4I), skilte og bannere (KAT2L, KAT4I), grønne områder og parker, fitnessredskaber i naturmaterialer (KAT4I), samt bomme og bænke (KAT4I). Ydermere fremkommer det af resultater fra litteraturreviewet, interviewundersøgelsen samt den teoretiske fortolkning, at information om tilgængeligheden og anvendelsesmulighederne ved eksisterende og udviklede udeområder og faciliteter, har en positiv indflydelse på anvendelsen heraf til fysisk aktivitet. Her bidrager information med viden om mulighederne fysisk aktivitet i lokalområdet. Hertil kan information formidles forskelligt, hvor det anbefales at informere gennem sociale medier (KAT4I), afmærkning og skiltning af ruter (KAT2L,KAT4I), pjecer (KAT4I), motiverende bannere (KAT2L) samt skilte med oplysninger om vigtigheden af fysisk aktivitet (KAT2L,KAT4I). Dermed skal information bidrage til at flere borgere gør brug af de fysiske omgivelser, som har til hensigt at forandre befolkningens sundhedsadfærd. Derudover fremkommer det af resultaterne fra interviewundersøgelsen, at facilitering af de fysiske omgivelser, har positiv indflydelse på borgernes anvendelse heraf. Derfor anbefales det, at de fysiske omgivelser i kommuner faciliteres, ved bl.a. at tilbyde flere og alsidige aktivitets- og sundhedstilbud henvendt forskellige borgergrupper. Her kan inddragelse af foreninger og sundhedscentre agere relevante aktører i faciliteringen. Anbefaling 1 skal derfor medvirke til forandring af borgernes sundhedsadfærd, hvor udvikling af de fysiske omgivelser skal gøre det mere attraktivt at dyrke fysisk aktivitet. Dertil skal borgerne nudges til mere fysisk aktivitet, gennem ændringer i omgivelsernes valgarkitekter, således det sunde valg bliver lettere at træffe. Dermed kan nudging anses som en tilgang til at ændre befolkningens sundhedsadfærd i relation til det fysiske aktivitetsniveau.

## Anbefaling 2 - individrettet forebyggelsesstrategi

Ydermere fremgår det af interviewundersøgelsen og den teoretiske fortolkning, at individrettede sundhedstilbud, herunder diagnosespecifikke holdtræninger i X kommune, har en positiv indflydelse på borgernes fysiske, mentale og sociale velbefindende. Dermed influerer holdtræninger udført i de fysiske omgivelser kommunen, positivt ift. borgernes sundhedsadfærd. Hertil bidrager superviserede holdtræninger bl.a. til vedligeholdelse af træning efter endt forløb. På baggrund heraf, anbefales kommuner at tilbyde diagnosespecifikke holdtræninger, som er superviseret og tilpasset borgernes fysiske kunnen. Superviserede holdtræninger stiller derfor krav til, at ansatte besidder kompetencer til, at differentiere træningen ift. borgernes forskellige niveauer og diagnoser.

## Anbefaling 3 - samarbejde på tværs

Ydermere fremhæver resultater fra interviewundersøgelsen, at anvendelse og udvikling af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet, kræver et samarbejde på tværs af kommuners fagenheder samt det politiske niveau. Her fremkommer det, at X kommune samarbejder på tværs af forvaltningsområder om bl.a. at udvikle de fysiske omgivelser og udforme sundhedsstrategier, som skal forandre borgernes sundhedsadfærd (KAT4I). Derudover kræver udvikling af de fysiske omgivelser, et samarbejde på politisk niveau, da lovgivninger og økonomiske midler har indflydelse på kommunens muligheder ift. at stille faciliteter til rådighed (KAT4I). Derfor anbefales det, at kommuner samarbejder på tværs af forvaltningsområder og det politiske niveau, ved et ønske om at udvikle de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi. Ved at kommuner samarbejder på tværs af forvaltningsområder ift. at udvikle flere udendørsområder- og faciliteter, har flere borgere dermed muligheden for at træffe det sunde valg ift. fysisk aktivitet. Dog skal der her tages forbehold for, at anbefalingen blot bygger på resultater fra interviewundersøgelsen.

## 9. Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen har til formål at diskutere resultaterne fra litteraturreviewet, interviewundersøgelsen samt den teoretiske fortolkning med inddragelse af relevant teori og litteratur. Her vil populationsbaserede og individrettede forebyggelsesstrategier, samt tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved disse, diskuteres. Derudover vil de sociale omgivers betydning for fysisk aktivitet, diskuteres. Slutteligt vil anbefalingerne til forandring diskuteres, ved anvendelse af Fixsens et al. (2005) implementeringsdrivers, ift. hvilke forandringer de forestilte anbefalinger vil medvirke i den kommunale praksis.

### 9.1. Anvendelse af populationsbaserede forebyggelsesstrategier til fremme af befolkningens fysiske aktivitetsniveau

Af resultaterne fra litteraturreviewet samt interviewundersøgelsen fremgår det, at udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi, kan have en positiv indflydelse på borgernes fysiske aktivitetsniveau. I afsnit 8 er anbefalinger præsenteret ift. hvordan de fysiske omgivelser kan udvikles, således disse er attraktive ift. fysisk aktivitet. Kobles dette med de kommunale projekter, *EN GOD OMVEJ* og *Fra cykelbarometer til tarzanjungle*, skal udvikling af kommunale anlægsprojekter skabe rammerne for et aktivt hverdagsliv (13,121). Her bidrager projekterne med forslag, til hvordan kommunens udendørsområder kan udvikles, mhp. at gøre det lettere for borgerne at være fysisk aktive i lokalområdet, gennem etablering af natur- og skovlegepladser, idrætsfaciliteter og skovstier (13) samt udendørs fitnessområder (121). Disse projekter er eksempler på populationsbaserede tiltag, da faciliteterne kan anvendes af alle i kommunen. Hermed understøttes resultaterne fra litteraturreviewet samt interviewundersøgelsen, som viser at legepladser og udendørs fitnessområder, skal udvikles mhp. at borgerne kan anvende disse faciliteter til selvorganiseret og planlagt fysisk aktivitet.

Dog fremhæver *EN GOD OMVEJ*, at udvikling af aktivitetsområderne er tiltænkt selvorganiseret fysisk aktivitet, hvor instruktører bør igangsætte forskellige aktiviteter i disse områder (13). Dette fremgår ligeledes af resultaterne fra interviewundersøgelsen, som ligeledes finder, at udover installering af flere udendørsfaciliteter, er det vigtigt at disse faciliteter, faciliteres. Således bør eksisterende og nyudviklede faciliteter faciliteres og igangsættes aktiviteter i og omkring. Dog kan det ifølge *EN GOD OMVEJ* ikke udledes, at udviklingen af aktivitetsområderne direkte har medvirket til at øge borgernes generelle fysiske aktivitetsniveau (13). Ud fra interviewundersøgelsen fremhæver de ansatte, at på

trods af udvikling af de fysiske omgivelser, er det uvist hvorvidt borgerne vil anvende disse områder til fysisk aktivitet. Således er det usikkert hvorvidt borgernes fysiske aktivitetsniveau fremmes, på trods af udvikling af flere udendørsområder- og faciliteter.

I en international kontekst, har WHO (2017) gennem rapporten *Towards More Physical Activity in Cities*, ligeledes et øget fokus på at udvikle urbane miljøer, mhp. at fremme befolkningens fysiske aktivitetsniveau (14). Her fremhæves forslag til ændringer i urbane miljøer, eksempelvis ændringer i det offentlige rum som skal opmuntre til udendørs fysisk aktivitet, herunder flere parker, grønne områder og legepladser, samt attraktive gå- og cykelstier (14). Her understøttes resultaterne fra litteraturreviewet samt interviewundersøgelsen af disse fund, hvor fokus på ændringer i lokalområdet skal medvirke til, at borgerne dermed har nærhed og mulighed for at anvende disse faciliteter. Således kan udvikling af omgivelserne gennem populationsbaserede tiltag, skabe muligheder for fysisk aktivitet i lokalområdet. Dog er det uvist hvorvidt borgerne vil anvende omgivelserne til fysisk aktivitet og hvorvidt deres fysiske aktivitetsniveau øges.

Ifølge Hansen (2005) fremhæves vigtigheden af, at byplanlæggere, landskabsarkitekter og forskellige forvaltningsområder, inddrages i udviklingen af flere udendørsfaciliteter (121). Dette understøtter resultaterne fra interviewundersøgelsen, som fremhæver vigtigheden af, at kommunen samarbejder på tværs af fagenheder samt det politiske niveau. Ydermere fremhæver et dansk studie af Kiens et al. (2007), at problematikken omkring inaktivitet bør ses som et kollektivt ansvar (1). Her bør tværfaglige indsatser, uddannelse og fysisk aktivitet, medtænkes på flere niveauer, som bl.a. kræver at fysisk aktivitet prioriteres i byplanlægningen, arbejdspladsen, på institutioner og i skoler (1). Dette understøttes af WHO (2017) hvortil det fremhæves, at forebyggelsen af inaktivitet kræver udvikling af politikker, hvor ændringer i omgivelserne, skal ske i samarbejde med lokale ledere samt andre relevante aktører (14). Således fordres et behov for inddragelse af flere aktører og forvaltningsområder, i udviklingen af de fysiske omgivelser. Dermed kan det udledes at udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi, kræver involvering og samarbejde mellem flere aktører og forvaltninger samt et øget politisk fokus.

Yderligere fremgår det af resultaterne fra litteraturreviewet og interviewundersøgelsen, at information ift. eksisterende og nyudviklede udendørsområder- og faciliteters anvendelsesmuligheder og tilgængelighed, er essentielle for anvendelsen heraf. Derudover fremhæves vigtigheden af, at informere borgere om de sundhedsmæssige fordele ved fysisk

aktivitet. Disse fund understøttes af Sundhedsstyrelsen (2018), som fremhæver vigtigheden af information om de sundhedsmæssige fordele ved fysisk aktivitet, samt mulighederne for fysisk aktivitet i kommuners lokalområder (15). Derudover fremhæves det, at information om organiserede tilbud, herunder foreninger og aktivitetstilbud, samt uorganiserede tilbud som skaterbaner, legepladser, motionsstier og fitnessfaciliteter, kan formidles via kommuners hjemmesider (15). Dette understøtter resultaterne fra litteraturreviewet samt interviewundersøgelsen, som ligeledes fremhæver, at information om tilgængeligheden af gå- og skovruter, skaterparker, idrætsfaciliteter, skilte og motiverende bannere samt kommunens sundhedstilbud, skal oplyse borgerne om mulighederne for fysisk aktivitet i lokalområdet. I kontrast hertil, har individer svært ved at træffe rationelle beslutninger ift. egen sundhed på trods af information herom (82). Dog anvendes information i højere grad som sundhedsfremmende tiltag, der skal fremme befolkningens aktivitetsniveau (59,122). Således kan der herskes tvivl om, hvorvidt information omkring faciliteternes anvendelsesmuligheder, tilgængelighed samt sundhedsmæssige fordele, kan fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau. Dog er det vigtigt at borgerne informeres omkring valg der fremmer sundhed, således disse har muligheden for at træffe rationelle valg herom (123). Hertil fremhæves, at en informativ tilgang til fremme af det fysiske aktivitetsniveau, kan motivere og skabe adfærdsændringer samt vedligeholde denne adfærd (124). Eksempelvis skal motiverende skilte og bannere ved trappeopgange, massemedie kampagner, undervisning og samfundsbaseede kampagner, bidrage til at individer er informeret omkring mulighederne og fordelene ved fysisk aktivitet (124). Information om mulighederne og fordelene ved fysisk aktivitet, samt motiverende skilte og bannere, understøtter resultaterne fra litteraturreviewet samt interviewundersøgelsen, hvor disse tiltag er henvendt hele befolkningen. Dog er det fortsat uklart hvorvidt information, kan ændre borgernes adfærd i relation til deres fysiske aktivitetsniveau. Ydermere kan det betvivles hvorvidt information og udvikling af flere udendørsfaciliteter, kan medvirke til ændringer i befolkningens fysiske aktivitetsniveau. Hertil kan populationsbaseede forebyggelsesstrategier have den ulempe, at motivationen hos det enkelte individ er lav (79), hvorfor det findes relevant at belyse mulige tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, ved at udvikle omgivelserne som populationsbaseret forebyggelsesstrategi.

### 9.1.1. Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi

Resultaterne fra litteraturreviewet samt interviewundersøgelsen, viser begrænset viden om tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, ved udviklingen af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi. Dog viser resultaterne fra interviewundersøgelsen, at det er uvist hvorvidt flere borgere vil anvende eksisterende og nyudviklede udendørsområder- og faciliteter, som kan antages at være en utilsigtet negativ konsekvens. På baggrund af den manglende viden herom, vil Roses teoretiske forståelse af tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, inddrages i det følgende. Rose (2001) fremhæver, at populationsbaserede forebyggelsesstrategier er radikale og kan fjerne underliggende årsager som gør sygdomme normale og kan hertil flytte befolkningens fordeling i risikoeksponering (79). Hertil fremgår det af X kommunes sundhedspolitik, en vision om at reducere den sociale ulighed i sundhed (se bilag 1.8). Af resultaterne fra interviewundersøgelsen fremkommer facilitatorer for anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet, herunder økonomiske besparelser, mulighed for fysisk aktivitet året rundt, samt tilgængelighed for alle borgere i kommunen. Hermed kan det antages, at ved at udvikle flere udendørsområder- og faciliteter, vil der kunne skabes lige muligheder for fysisk aktivitet hos alle borgere i kommunen. I takt med at omgivelserne udvikles således hele befolkningen kan anvende disse, kan dette potentielt reducere den sociale ulighed i sundhed og dermed flytte befolkningens distribution af risikoeksponering. I et studie af Gordon-Larsen et al. (2006), undersøges uligheden i adgangen til faciliteter i nærområdet, som kan anvendes til rekreativ fysisk aktivitet, på tværs af socialgrupper og geografisk placering (125). Resultaterne viser, at individer med lav socioøkonomisk status, har mindre sandsynlighed for at have adgang til disse faciliteter samt større risiko for at være mindre fysisk aktive (125). Hertil viser resultaterne fra interviewundersøgelsen ligeledes, at afstand og adgang til udendørsområder som støtter op om fysisk aktivitet, spiller en vigtig rolle for det fysiske aktivitetsniveau. På baggrund af ovenstående, kan der være ulighed i adgangen til udendørsfaciliteter, som kan anvendes til fysisk aktivitet. Derfor kan udvikling af flere udendørsområder- og faciliteter potentielt bidrage positiv, til redueringen af uligheden i adgangen til faciliteter. Dermed kan dette betragtes som en utilsigtet positiv konsekvens, ved udvikling af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi.

På den anden side kan populationsbaserede forebyggelsesstrategier ifølge Rose (2001), have den utilsigtede konsekvens, at motivationen hos det enkelte individ kan være lav (79). Ved at udvikle flere udendørsområder- og faciliteter, er det uvist hvorvidt flere borgere er motiveret til at være fysisk aktive, som kan antages at være en utilsigtet negativ konsekvens. Hertil kan Ryan og Decis (2000) begreb om indre motivation inddrages, til forståelse af motivations indvirkning på det fysiske aktivitetsniveau. Her relateres indre motivation til at gøre noget af interesse eller lyst, hvor opnåelse af indre motivation er at foretrække hvis individers adfærd skal ændres (126). I et studie af Daley og Duda (2006) viser resultaterne, at indre motivation bidrager til vedligeholdelse af et øget fysisk aktivitetsniveau (127). Kobles dette til specialets resultater, kræver det dermed at individer er indre motiveret til at ændre deres fysiske aktivitetsniveau. Dermed kræver ændringer af individers sundhedsadfærd i relation til det fysiske aktivitetsniveau, at borgerne er motiveret. Således bør der ved udviklingen af de fysiske omgivelser som populationsbaseret forebyggelsesstrategi, tages højde for førnævnte tilsigtede og utilsigtede konsekvenser.

## 9.2. Individrettede forebyggelsesstrategier målrettet borgere i særlig risiko

Resultaterne fra interviewundersøgelsen viser bl.a. hvordan individrettede sundhedstilbud i X kommune, er henvendt borgere i særlig risiko. Her er sundhedstilbuddene tilpasset den enkelte borger, hvor diagnosespecifikke sundhedstilbud ifølge de ansatte, viser at have en positiv effekt på borgernes fysiske, psykiske og sociale velbefindende. Denne individrettede tilgang, understøttes af en given dansk kommunes rehabiliteringsindsats (128) samt indsatsen *Motion på recept* (129), som henviste borgere med kroniske sygdomme, inaktiv livsstil samt livsstilssygdomme, til rehabiliterings-, trænings- og vejledningsforløb (128,129). I disse indsatser blev borgere henvist og tilbudt træningsforløb med samtaler, superviseret holdtræning samt undervisning (128,129). Således tilbydes borgere i særlig risiko et individrettet sundhedstilbud, hvor resultaterne fra begge indsatser viser, at have positiv effekt på borgernes fysiske, mentale og sociale velbefindende (128,129). Disse fund afspejler resultaterne fra interviewundersøgelsen, som finder at sundhedstilbuddene henvendt borgerne med specifikke diagnoser, giver borgerne muligheden for at være en del af et socialt fællesskab, hvorigennem borgerne støtter og motiverer hinanden, som bl.a. styrker deres mentale sundhed. Yderligere fremgår det af resultaterne fra interviewundersøgelsen, at den sociale støtte har en positiv indflydelse på vedligeholdelse af træningen uden for

sundhedstilbuddene. Disse fund understøttes af de kommunale indsatsers resultater, som ligeledes finder, at den diagnosespecifikke træning, har en positiv indflydelse på borgernes vedligeholdelse af træningen uden for forløbene (128,129). Ydermere fremhæver de ansatte, at udendørstræningerne i X kommune har en positiv effekt på borgernes vedligeholdelse af træning efter endt forløb. Indsatsen *Motion på recept* fremhæver, at udendørstræninger netop skal gøre det lettere for borgerne at vedligeholde træning efter forløbets afslutning (129). På baggrund af ovenstående kan det udledes, at individrettede indsatser målrettet borgere i særlig risiko, anses som en strategi som motiverer og støtter borgerne i at dyrke fysisk aktivitet. Her bidrager udendørs superviserede holdtræninger positivt, ift. borgernes vedligeholdelse af træningen efter endt forløb. Dog skal der tages højde for, at de inkluderede kommunale indsatser er af ældre dato (128,129), hvorfor det ikke vides hvorvidt nyere fund viser andre eller divergerende resultater. Derudover skal der tages højde for, at resultaterne fra rehabiliteringsforløbet er i konteksten af én specifik kommune (128). Dog understøttes disse resultater af den nationale indsats *Motion på recept*, som er udbredt til flere danske kommuner (129), samt interviewundersøgelsens resultater. Derfor findes resultaterne fra de kommunale indsatser overførbare til specialets kontekst.

I en international kontekst viser et studie af Mutrie et al. (2007), at 12 ugers superviseret holdtræning for kvinder med brystkræft, har en positiv effekt på kvindernes fysiske aktivitetsniveau samt psykiske velbefindende (130). Dette understøtter resultaterne fra interviewundersøgelsen, hvor de ansatte fremhæver, at diagnosespecifikke sundhedstilbud har til formål at fremme borgernes mentale og fysiske helbred. Dertil viser resultaterne fra et studie af Batterham et al. (2014), at superviseret, individuel træning efter kritisk sygdom på et hospital, har en positiv effekt på deltagernes fysiske funktionsevne samt mentale velbefindende (131). Dog fremhæver studiet, at effekterne opnået ift. deltagernes fysiske funktionsevne, blot var kortvarige (131). Ud fra resultaterne fra interviewundersøgelsen, tyder det dog ud fra de ansattes perspektiv på, at superviserede holdtræninger bidrager til vedligeholdelse af fysisk aktivitet uden for sundhedstilbuddene. Hertil kan det udledes, at både superviserede hold og individuelle træninger bidrager positiv ift. deltagernes fysiske og psykiske velbefindende, hvor holdtræninger kan medvirke til vedligeholdelse efter endt forløb.

Derudover fremhæver et nutidigt, kommunalt sundhedsprojekt *Vores sunde hverdag* (2020), at danske kommuner tidligere har haft øget fokus på individrettede forebyggelsesstrategier,



målrettet borgere som allerede er syge eller i forhøjet risiko for at udvikle sygdomme (132). Ifølge *Vores sunde hverdag* (2020) tyder det derfor på, at individrettede forebyggelsesstrategier, i højere grad anvendes i en dansk kontekst (132). Dog skal der forbehold for, at indsatsen er iværksat i én specifik dansk kommune som har til formål at fremme den mentale sundhed, hvortil vigtigheden af fysisk aktivitet i lokalmiljøet fremhæves (132). Således har indsatsen et andet fokus end specialet, dog findes indsatsens bud på individrettede indsatser relevante, da indsatsen inddrager vigtigheden af fysisk aktivitet. Ydermere fremhæver rehabiliteringsindsatsen (128) og *Motion på recept* (129), at individrettede indsatser har en positiv indflydelse på borgere som er tilknyttet disse tilbud. Disse fund understøtter ligeledes resultaterne fra interviewundersøgelsen. Dog kan det være en ulempe at disse strategier er henvendt borgere som allerede er syge, hvorfor disse indsatser ikke er henvendt hele den danske befolkning. Dette kan medvirke til, at det blot er de borgere som tilbuddene er henvendt, der opnår sundhedsmæssige fordele herved. Det findes derfor relevant at diskutere mulige tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved diagnosespecifikke sundhedstilbud som individrettet forebyggelsesstrategi.

### 9.2.1. Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved diagnosespecifikke sundhedstilbud som individrettet forebyggelsesstrategi

Af specialets resultater, fremgår ingen tydelige tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved diagnosespecifikke sundhedstilbud som individrettet indsats. Dog kan der ved individrettede forebyggelsesstrategier ifølge Rose (2001) opstå utilsigtede konsekvenser, eksempelvis *victim blaming* (79). Hertil fremgår det af resultaterne fra interviewundersøgelsen, at borgerne føler en vis blufærdighed ved at foretage træningerne udendørs. Her fremkommer det, at borgerne føler ubehag og pinlighed ved at andre kan kigge på, mens de træner. Ifølge Rose (2001) kan dette medvirke til stigmatisering som ofte optræder som en utilsigtet konsekvens ved individrettede forebyggelsesstrategier (79). Derudover er individrettede indsatser tilpasset den enkelte borger, som ikke forebygger at andre borgergrupper kan ende i højrisikogruppen, som kan anses som en utilsigtet konsekvens (79). Hertil fremhæver *Vores sunde hverdag* (2020), at individrettede forebyggelsesstrategier blot har en positiv effekt for den enkelte borger i risiko, men i mindre grad kommunernes borgere som helhed, da tilbuddene er henvendt få personer (132), som understøtter Roses teoretiske antagelse (79). På baggrund af diagnosespecifikke sundhedstilbud som individrettet indsats, kan disse ikke

forebygge at flere borgere bliver inaktive, hvormed inaktive borgere fortsat vil være i højrisikogruppen.

Derudover fremhæver *Vores sunde hverdag* (2020), at effekten opnået ved individrettede forebyggelsesstrategier, ofte forsvinder når indsatsen ophører (132). Dog fremgår det af resultaterne fra interviewundersøgelsen, at individrettede sundhedstilbud bl.a. har en positiv effekt på borgernes vedligeholdelse uden for tilbuddene. Gennem den diagnosespecifikke træning, kan borgerne støtte hinanden og føle tryk, som kan anses som en utilsigtet positiv konsekvens. Ved individrettede træningstilbud ses en positiv effekt ift. borgernes sociale netværk og støtte, som har en positiv indflydelse på deres fysiske aktivitetsniveau.

### 9.3. Kombination af individrettede og populationsbaserede forebyggelsesstrategier som tilgang til at forandre sundhedsadfærd

På baggrund af ovenstående samt den teoretiske fortolkning (afsnit 7.1.) vil det ikke være hensigtsmæssigt at individrettede forebyggelsesstrategier står alene. Her vil en kombination af individrettede og populationsbaserede forebyggelsesstrategier være fordelagtig i redueringen af inaktivitet. For at kombinere disse forebyggelsesstrategier er flerstrengede indsatser relevante, hvorfor forvaltninger og sektorer skal samarbejde på tværs, således indsatserne kan forstærke hinanden (132). Ifølge WHO (2017) kræver forebyggelsen af inaktiviteten ligeledes inddragelse af flere aktører, samt samarbejde på tværs af det politiske niveau, mhp. at udvikle relevante strategier til forebyggelsen heraf (14). Dette understøtter resultaterne fra interviewundersøgelsen, hvor udvikling af de fysiske omgivelser i kommunen, forudsætter et samarbejde på tværs af kommunens fagenheder samt det politiske niveau. Således kræver forandring af borgernes sundhedsadfærd ift. det fysiske aktivitetsniveau, et samarbejde på tværs af forvaltninger samt inddragelse af relevante aktører og politikere. Disse fund understøttes yderligere af Sundhedsstyrelsen (2018), som fremhæver, at kommunal fremme af fysisk aktivitet, kan opnås hvis kommuner arbejder helhedsorienteret og med flerstrengede indsatser (15).

På baggrund af ovenstående tyder det på, at en kombination af disse strategier vil være at foretrække til forandring af sundhedsadfærden ift. det fysiske aktivitetsniveau. Således kan det antages at begge strategier kan medvirke til forandring af sundhedsadfærden, hvor en

kombination af disse vil være at foretrække, mhp. størst mulig effekt. Her findes det essentielt at tage højde for mulige tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, hvor det antages at en kombination af disse vil komplimentere hinanden således, utilsigtede negative konsekvenser begrænses. Derudover stiller kombinationen krav til et samarbejde mellem forskellige aktører og politikere samt forvaltningsområder.

## 9.4. Holdtræningers bidrag til socialt netværk og støtte

De sociale omgivelser viser ifølge litteraturreviewet samt interviewundersøgelsen, at være væsentlig for fremme af det fysiske aktivitetsniveau, hvor det ikke blot er fysiske omgivelser som influerer herpå. De sociale omgivelser adskiller sig og er mindre forbundet end de resterende fremanalyserede kategorier, men ses som et væsentligt aspekt, da resultaterne fra litteraturreviewet, interviewundersøgelsen og den teoretiske fortolkning viser, at individers sociale netværk og fællesskaber samt social støtte, influerer positivt på det fysiske aktivitetsniveau. Ifølge Sallis et al. (2006) kan sociale relationer anskues ud fra det interpersonelle niveau i den socioøkologiske model (10), hvor det udledes af afsnit 2.4.2., at sociale relationer har indflydelse på det fysiske aktivitetsniveau Dette understøtter fund fra interviewundersøgelsen, hvor det fysiske aktivitetsniveau påvirkes positivt, når borgerne i X kommune er en del af et socialt fællesskab.

Resultaterne fra litteraturreviewet, interviewundersøgelsen samt den teoretiske fortolkning viser, at individer som modtager støtte ift. fysisk aktivitet, har større sandsynlighed for at fastholde og vedligeholde træning. Dette understøttes af resultaterne fra et systematisk review af Smit et al. (2017), som viser at social støtte er positiv associeret med fysisk aktivitet hos den ældre befolkning (56). Eftersom Smith et al. (2017) er et review af litteraturen og dermed har inkluderet flere studier, styrker det dermed troværdigheden af specialets resultater. Yderligere viser resultaterne af et systematisk review af Wendel-Vos (2006), at social støtte er positiv associeret med fysisk aktivitet for både mænd og kvinder (52). Resultaterne fra Smith et al. (2007) og Wendel-Vos (2006) er overførbare til specialets resultater, da sundhedstilbuddene i X kommune, er henvendt både mænd og kvinder. Dog ekspliciterer studierne ikke hvilken form for social støtte der ydes, men ved at anskue begrebet ud fra Berkman's konceptuelle model (2000), belyses flere former for social støtte, herunder emotionel, instrumental og informativ (57). Her viser fund fra interviewundersøgelsen og den teoretiske fortolkning eksempelvis, at borgerne i sundhedstilbuddene, modtager emotionel

støtte, hvor borgerne viser hinanden sympati og empati, som påvirker deres fysiske aktivitetsniveau positivt. Specialets resultater understøttes yderligere af et studie af Oliveria et al. (2014) som finder, at kvinder der modtager emotionel støtte, har større tendens til at fastholde og vedligeholde fysisk aktivitet (53). Resultaterne i specialet differentierer dog ikke mellem køn, hvorved det er uvist hvorvidt det er mænd eller kvinder som oplever emotionel støtte. Set ud fra et nationalt perspektiv, viser en rapport *Bevægelse hele livet* udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (2014), som havde til formål at aktivere borgere i to kommuner (133). Her vedligeholdte en fjerdedel af deltagerne træningen efter endt forløb pga. det sociale aspekt (133). Rapporten anbefaler, at der ved igangsættelse af lignende projekter, bl.a. skabes træningsfællesskaber og socialt samvær om fysisk aktivitet (133). Disse fund understøtter resultaterne fra litteraturreviewet, interviewundersøgelsen og den teoretiske fortolkning, som ligeledes fremhæver, at der i større grad bør skabes sociale fællesskaber omkring fysisk aktivitet, som kan bidrage positivt på individers fysiske og sociale velbefindende.

Resultaterne fra interviewundersøgelsen og den teoretiske fortolkning, understøttes yderligere af et studie af Rogers et al. (2005) som finder, at en rollemodel og træningsmakker, er positivt associeret med fysisk aktivitet, for kvinder med brystkræft (134). Ifølge interviewundersøgelsen spejler borgerne sig i hinanden, pga. deres diagnoser, hvorved de kan agere rollemodeller under træningen. Dog er studiet af Rogers et al. (2005) ikke i konteksten af en holdtræning, men understøtter vigtigheden af, at individer har en træningsmakker og kan modtage støtte fra rollemodeller (134). På baggrund af ovenstående kan social støtte og det at dyrke fysisk aktivitet i selskab med andre, bidrage positivt til vedligeholdelse af det fysiske aktivitetsniveau samt borgernes sociale og mentale sundhed. Her bidrager diagnosespecifikke holdtræninger til muligheden for at borgerne kan være en del af et socialt fællesskab om fysisk aktivitet, som har en positiv indflydelse på borgernes mentale sundhed. Dette understøtter dermed det psyko-sociale perspektiv på sundhed, hvor Engel (1980) fremhæver, at psykologiske og sociale aspekter bør ses i samspil med hinanden og har indflydelse på individets sundhed (25). Ifølge de ansatte i X kommune, er sundhedstilbuddene dermed med til at fremme psyko-sociale elementer.

Det er dog værd at bemærke, at manglende sociale netværk og støtte ifølge Berkman et al. (2000) på den anden side, kan have en negativ indflydelse på, hvorvidt et individ er fysisk aktiv eller ej (57). Her understøtter et kvalitativt studie af Pham et al. (2007) Berkman's teoretiske antagelse, hvor studiet finder, at manglende støtte fra familie og venner, fremstår

som en hindring for fysisk aktivitet hos middel aldrede kvinder (58). I kontrast til studiet af Rogers et al. (2015) finder et systematisk review af Rodney et al. (2015), at manglende træningsmakker fremstår som en barriere for fysisk aktivitet (28). Dette fund understøttes yderligere af Berkman et al.s (2000) antagelse om manglende social støttes negative indflydelse på individets fysiske aktivitetsniveau (58). Dertil finder studiet af Rodney et al. (2015) yderligere, at manglende social støtte har en negativ indflydelse på deltagernes fysiske aktivitetsniveau (28). Dog forekommer der af specialets resultater ingen negativ sammenhæng mellem mangel på social støtte og fysisk aktivitet, men ud fra studiet af Rodney et al. (2015) og Pham et al. (2007), samt Berkman (2000) teoretiske antagelse tyder det dog på, at individer som ikke modtager social støtte ift. fysisk aktivitet, har forringet forudsætninger for at være fysisk aktive.

På baggrund af specialets resultater samt ovenstående litteratur og teori, kan det derfor tyde på at de sociale omgivelser ligeledes en vigtig rolle ift. det fysiske aktivitetsniveau. Her fremstår de sociale omgivelser til dels som en forudsætning for fysisk aktivitet, hvor sociale netværk som støtter op om fysisk aktivitet, har en positiv indflydelse herpå samt anvendelsen af de fysiske omgivelser. På baggrund heraf fremstår muligheden for at påvirke individers adfærd gennem det sociale miljø (18), som kan medvirke til en ændring af det fysiske aktivitetsniveau.

## 9.5. Anbefalingernes krav til forandring i den kommunale praksis ud fra Fixsens implementation drivers

Specialet har til formål at inspirere til hvordan fremtidige kommunale indsatser, kan forandre sundhedsadfærden ved anvendelse og udvikling af de fysiske omgivelser i kommuners lokalområder. På baggrund af anbefalingerne præsenteret i afsnit 8, vil disse diskuteres med anvendelse af relevant teori. Dette er mhp., at en forandring af indsatser ofte vil medføre en ændring af organisationens nuværende organisering (135), hvorfor det findes relevant at inddrage teori som skal belyse, hvordan førnævnte anbefalinger fordrer forandring i kommuner som organisationer. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2008) er nytænkning en forudsætning for forandring i en organisation (135). Relateres dette til specialets resultater kan det antages at en nytænkning af nuværende praksis i X kommunes sundhedstilbud samt kommunens fysiske udendørsområder- og faciliteter, vil være fordelagtigt. Anbefalingerne lægger op til ændringer i kommuners arbejde, hvor bl.a udvikling af de fysiske omgivelser, fordrer inddragelse og samarbejde mellem relevante aktører. Hertil fremhæver Jacobsen og

Thorsvik (2008) netop, at forandring kræver ændringer i organisationens struktur, herunder ændringer i opgavefordelinger og koordineringen heraf (135). Dermed kræver udvikling af flere udendørsområder- og faciliteter, at kommunens forskellige forvaltningsområder koordinerer opgaver imellem sig.

Ud fra anbefalingerne findes det relevant at belyse og diskutere essentielle elementer, som den kommunale praksis bør indtænke ift. implementeringen af disse. Fixsen et al. (2005) fremhæver tre implementerings drivers, som har betydning for hvorvidt implementering af en intervention i en organisation, er succesfuld (136). Her kræver implementeringen en forandring på multiple niveauer i organisationen (136,137). Relateres dette til specialet, vil implementerings drivers have betydning for hvorvidt implementeringen af anbefalingerne, er succesfuld i danske kommuner. De tre implementeringsdrivers består af kompetence, organisatoriske samt ledelses drivers (136).

Her har kompetence drivers fokus på at udvikle medarbejdernes kompetencer, således de besidder færdigheder og den nødvendige viden som indsatsen gør krav på, som kan styrkes gennem rekruttering, træning og coaching (136). Anbefaling 1 foreskriver udvikling af flere aktivitets- og sundhedstilbud, som vil kræve rekruttering og ansættelse af personale som kan varetage disse tilbud. Ydermere har anbefaling 2 fokus på ansattes kompetencer, ift. at kunne varetage diagnosespecifikke holdtræninger, hvortil der ifølge Fixsen et al. (2005) rekrutteres ud fra viden og færdigheder (136). Derfor skal ansatte besidde viden og kompetencer for at kunne udføre og differentiere træningerne ift. individers fysiske kunnen. Organisatoriske implementerings drivers har betydning for bl.a. prioritering og vurdering af både menneskelige og økonomiske ressourcer i organisationen (138). Antallet af ansatte som vil kunne varetage træningerne i sundhedstilbuddene, vil derfor udgøre de menneskelige ressourcer, hvor økonomiske ressourcer har betydning for rådighedsbeløbet ift. udvikling af de fysiske omgivelser i den pågældende kommune. Derudover påvirkes implementering af indsatser, ydermere af det statslige niveau (138), hvor flere udendørsområder- og faciliteter i danske kommuner kan understøttes af statslig, økonomisk støtte, som kan muliggøre udviklingen heraf. I den forbindelse er det essentielt i implementeringsfasen at informere om formålet med indsatsen (137). Anbefaling 1 fremhæver bl.a. forskellige former for information, som skal oplyse om de fysiske omgivelseres anvendelsesmuligheder og tilgængelighed, som har betydning for anvendelse af disse til fysisk aktivitet.

Ledelses drivers består i, at ledelsen skal besidde visse ledelsesmæssige kompetencer, som har betydning for implementeringens succes (137). Dermed skal ledelsen i den kommunale

praksis bl.a. besidde samarbejdsfærdigheder, ift. at samarbejde på tværs af forskellige forvaltningsområder, som antages at have forskellige arbejds- og fokusområder. Her skal ledelsen ligeledes kunne samarbejde om eventuelle økonomiske udfordringer ifm. implementeringen (138). Anbefaling 3 fremskriver et samarbejde på tværs af forvaltningsområder og det politiske niveau, hvortil det kan antages, at der kan opstå problematikker ift. økonomisk prioritering og fordeling af ressourcer. Dertil er det essentielt med ledelsens opbakning (137), hvor et ønske om at forandre individets sundhedsadfærd, kræver involvering af aktører på multiple niveauer. Yderligere lægger anbefaling 3 op til inddragelse af byplanlæggere, landskabsarkitekter og andre relevante planlæggere samt inddragelse det politiske niveau og forskellige forvaltningsområder. Derudover vil en kombination af individrettede og populationsbaserede forebyggelsesstrategier, være at foretrække i forebyggelsen af inaktivitet. Således lægges der op til samarbejde på tværs af forskellige aktører og forvaltningsområder, da flere niveauer skal indtænkes i forebyggelsen heraf.

På baggrund af Fixsens et al. (2005) implementerings driver og anbefalingerne, kan det udledes, at der ifm. implementering af forestillede anbefalinger, skal tage højde for kompetence, organisatoriske og ledelsesmæssige elementer, mhp. at opnå en succesfuld implementering. Hertil forudsætter implementering af anbefalingerne, ændringer på multiple niveauer, hvortil samarbejde på tværs af forvaltningsområder og det politiske niveau, er essentielt for implementeringen af disse.

I forbindelse med de forestillede anbefalinger, skal der tages forbehold for at disse er udformet pba. få informanternes og studiens resultater. Set i en international kontekst, er aktualiteten af anbefaling 1 og 3 dog understøttet af WHO's rapport *Towards More health cities* (2017), som har fokus på at udvikle urbane miljøer, som skal gøre det mere attraktivt for befolkningen at dyrke fysisk aktivitet (14). Her lægges op til et tværgående samarbejde omkring optimering af befolkningens fysiske aktivitetsniveau (14). Dette understøtter anbefaling 1 og 3, da udvikling af de fysiske omgivelser i kommunens lokalområder, fordrer et samarbejde på tværs af forvaltningsområder og det politiske niveau. Anbefaling 1 består af konkrete anbefalinger til hvordan kommunens fysiske omgivelser kan udvikles, således det fremmer individets fysiske aktivitetsniveau, hvor flere udendørsområder- og faciliteter skal integreres. WHO (2017) bestræber at fremme brugen af aktive transportmidler i bymiljøet, hvor klima ligeledes er i fokus (14). Rapporten *Towards More health cities* (2017) ekspliciterer ligeledes, at regeringer på alle niveauer bør være engagerede og involverede, for

at udvikle urbane miljøer således disse indbyder til fysisk aktivitet (14), som understøtter anbefaling 3. Der skal dog tages forbehold for at anbefalingerne ikke er henvendt det specifikke bymiljø, men hvor der stadig kan trækkes tråde til WHO's vision om at gøre bymiljøer mere attraktive, for optimering af fysisk aktivitet (14). Anbefalingerne er henvendt den kommunale praksis, hvor relevansen af disse, tydeliggøres når de sættes ind i en global og international kontekst.



## 10. Metodediskussion

Nedenstående afsnit har til hensigt at diskutere styrker og svagheder ved projektets videnskabsteoretiske position, anvendte metoder samt etiske overvejelser. Maxwells interaktive model er anvendt som ramme til at skabe og sikre sammenhæng og dermed intern konsistens, hvorfor specialegruppen har været opmærksomme, på at sikre logisk sammenhæng mellem de metodiske elementer. Der er løbende foretaget ændringer, som har haft medført ændringer i de resterende elementer samt problemformuleringen. Dermed har arbejdsprocessen været dynamisk, hvor undersøgelsen løbende er modificeret ift. nye fund, som anses som en styrke. For opnåelse af validitet og kvalitet af undersøgelsen, tager specialet udgangspunkt i kriterierne transparens, overførbarhed, intern konsistens og kohærens, jf. afsnit 5.5. Disse begreber vil i det følgende anvendes til diskussion af de metodiske valg og problematikker, der er opstået undervejs. Dette er mhp. at vurdere hvorvidt de metodiske elementer har været hensigtsmæssige og relevante til besvarelse af problemformuleringen samt tilhørende forskningsspørgsmål, for opnåelse af validitet.

### 10.1. Hermeneutik som videnskabsteoretisk position

Ifølge Dahlager og Fredslund (2011) kan overførbarhed i en filosofisk hermeneutisk retning, være vanskelig at opnå, eftersom det ikke er muligt at komme til identiske konklusioner, hvis en anden forsker gentager undersøgelsen (93). Dette begrundes i forskerens forforståelse og forståelseshorisont, da forskeren er en del af forskningsprocessen og dermed har én måde at forstå tingene på (93). Hermed kan det være vanskeligt at overføre specialets resultater til en anden kontekst, da specialegruppens forforståelse og forståelseshorisont, har påvirket resultaterne på én bestemt måde. Hermed kan overførbarheden af resultaterne ses både som en svaghed og en styrke, da undersøgelsen dermed er unik, men samtidig ville være vanskelig at gengive for andre eller overføre til andre kontekster. Derudover kan en svaghed være, at specialegruppen ikke har ekspliciteret forforståelsen og hvordan denne har ændret sig undervejs, da Dahlager og Fredslund (2016) foreskriver bevidsthed herom og notering af denne undervejs (93), som kan have mindsket transparensen. Dog har specialegruppen været opmærksomme på hvordan ændringer i forforståelsen, har medvirket til ændringer i elementerne i Maxwells interaktive model, hvor disse har bevirket til en ny forforståelse af problemfeltet. Hertil har forforståelsen været styrende for valg som er truffet undervejs, hvor

forforståelsen opnået gennem initierende problem samt problemanalysen, har dannet grundlag for problemformuleringen samt de metodiske valg, som anses som en styrke.

Ved anvendelse af Dahlager og Fredslunds (2012) firetrins analysestrategi, har det været vanskeligt at lægge forforståelsen til side i de tre første trin, da forforståelsen har været styrende for udformningen af problemanalysen og problemformuleringen. Ifølge Dahlager og Fredslund (2011) er det essentielt at læse tekstmaterialet for at opnå en helhedsforståelse heraf, hvor forforståelsen bør lægges til side i de tre første analysetrin (93). Dette blev forsøgt imødekommet ved at nedtone forforståelsen ved gennemlæsning og analyse af empirien, mhp. opnåelse af et fordomsfrit helhedsindtryk. Således har gruppen opnået en ny forforståelse af problemfeltet, som har medvirket til en dybere forståelse af de ansattes oplevelser og erfaringer med problemfeltet, som anses som en styrke. Derudover anses anvendelsen af Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi som en styrke, da denne harmonerer med specialets videnskabsteoretiske position, som er med til at højne den interne konsistent og kohærens.

## 10.2. Systematisk litteratursøgning

Ved den systematiske litteratursøgning blev seks databaser inkluderet, som vurderes som en styrke, eftersom specialegruppen ønskede at favne litteraturen bredt. Hertil afspejler databaserne forskellige vidensområder og har dermed bidraget til et nuanceret perspektiv på problemfeltet. Dog er det bemærkelsesværdigt, at søgningen i Sociological Abstracts blot resulterede i fire relevante studier efter vurdering ud fra titel, hvormed det kan diskuteres, hvorvidt denne database skulle have været inkluderet. Databasen kan have bidraget til mere støj end relevans, som kan skyldes, at de udvalgte søgeord i tredje facet, ikke kunne søges som kontrollerede søgeord i databasen. Derfor blev der i stedet søgt fritekst ord og få kontrollerede emneord, som kan have bidraget til en bredere søgning end tiltænkt. Derudover kan en styrke ved søgestrategien, være anvendelse af bloksøgninger, hvor søgningerne for hver database er ekspliciteret (se bilag 2), som højner transparensen heraf. På den anden side kan en svaghed ved søgestrategien, være facetten *omgivelser*, da denne indeholder søgeord som ikke alle er synonymer, da det er vigtigt at søgetermer i facetter er synonymer (97). Det ses dog som en styrke at specialegruppen har haft kontakt med en bibliotekar, for optimering og tilpasning af søgestrategien samt de udvalgte søgeord. Her blev der ligeledes foretaget indledende fritekstsøgninger i databaserne ProQuest, Google Scholar og Scopus, hvor

søgestrategien bestod af to facetter: *fysisk aktivitet* og *omgivelser*. Dog resulterede denne søgestrategi i en bred søgning med et højt antal af hits med lav relevans, hvorefter facetten *sundhedsfremme og forebyggelse* blev tilføjet. Hermed har specialegruppen afprøvet forskellige søgestrategier til besvarelse af forskningsspørgsmål 1, der vurderes at være en styrke.

Inklusion af tværsnitsstudier, systematiske reviews og ét kvalitativt studie i det systematiske litteraturreview, ses som både en styrke og en svaghed. Her anses inddragelse af studier med forskellige designs som en styrke, da resultaterne fra studierne omfavner problemfeltet bredt. Dog kan inklusion af tværsnitsstudier have været en svaghed og have påvirket overførbareheden af resultaterne, da disse blot fokuserer på årsager og dermed ikke kan udlede kausale sammenhænge, hvormed tværsnitsstudier er af lav evidens (139). Derudover kan det inkluderede systematiske review af Forberger et al. (2019) fremhæves, eftersom dette inkluderer studier fra lande opstillet som eksklusionskriterie (se tabel 3). Dette var med baggrund i, at medtage kontekster som var overførbare til specialets kontekst, hvormed inklusionen af dette studie kan have påvirket overførbareheden af specialets resultater negativt.

### 10.3. Kvalitativ interviewundersøgelse

En styrke ved interviewene kan være den semistrukturerede opbygning, som gav plads til at interviewerens kunne afvige fra interviewguiden og følge informanternes subjektive oplevelser (108). Her var fokus på, at være åben overfor informanternes subjektive forståelser og oplevelser. Således harmonerer den semistrukturerede interviewform med den valgte videnskabsteoretiske position, som styrker kohærensens samt den interne konsistens. Hertil er det forsøgt at inddrage åbne spørgsmål i interviewguiden, hvor spørgsmål blev stillet ift. informanternes praksisnære og subjektive oplevelser og erfaringer med problemfeltet, som ses som en styrke. Derudover var fokus på uddybende spørgsmål, hvor informanterne blev bedt om at komme med eksempler på deres oplevelser eller uddybe holdninger og meninger, som ligeledes anses som en styrke. Dog kan det betvivles hvorvidt gruppen har stillet spørgsmål med en vis åbenhed, da spørgsmålene inkluderet i interviewguiden (se bilag 4) er udformet pba. specialegruppens forforståelse. Derfor kan enkelte interviewspørgsmål have været ledende (108), ud fra den viden specialegruppen ønskede at opnå, som kan anses som en svaghed.

Ydermere kan den anvendte rekrutteringsstrategi anses som en styrke, hvor specialegruppen var i kontakt med flere af kommunens ansatte fra forskellige fagenheder. Hertil havde gruppen telefonisk kontakt og mailkorrespondance med flere ansatte, mhp. at undersøge hvorvidt disse besad relevant viden, som anses som en styrke. Uformelle samtaler med informanter forinden interviews blev foretaget, for at få afklaret vidensområde, som kan anses som en styrke. Inklusionen af I2 kan have været en svaghed, da denne person er ansat i en administrerende mellemliderstilling i kommunen, modsat de resterende informanter som var frontpersonale, og må antages at besidde en anden viden om problemfeltet. Dog anses inklusionen af I2 ligeledes som en styrke, da denne informant bidrog med vigtig viden ift. kommunens udviklingsbehov. Da resultaterne fra interviews bygger på få informanternes udsagn, kan dette anses som en svaghed og have påvirket overførbareheden af resultaterne negativt. Derudover kan det betvivles, hvorvidt det yderligere havde været relevant at foretage interviews med borgere tilknyttet X kommunens sundhedstilbud. Dermed ville resultaterne i stedet være baseret på førstehåndsviden om problemfeltet. Her bygger interviewene på de ansattes forståelser og oplevelser med borgernes udbytte af træningen, ud fra deres subjektive oplevelser og erfaringer og dermed andenhåndsperspektiv.

Derudover er specialets kategorisering af resultater fra interview ekspliciteret i et kodetræ (se bilag 8). Ydermere er information om informanterne (se tabel 9), interviewguide (se tabel 5), samt operationaliseringsskema for interviewguiden (se bilag 4) ekspliciteret, som højner transparensen og anses som en styrke. Ydermere er det ifølge Launsø, Rieper og Olsen (2017) vigtigt, at informanter kan identificere egne udsagn (141). Således er der ved anvendelse af citater i analysen af interviewene, forsøgt at højne transparensen og imødekomme en eventuel overfortolkning af resultaterne, hvor anvendelse af citater ifølge Tanggaard og Brinkmann (2020) højner transparensen (91).

## 10.4. Etiske overvejelser

Specialegruppen har gjort overvejelser, ift. sikring af informanternes anonymitet, således udsagn fra interviewene, anvendt i analysen, ikke har kunne henføres tilbage til informanterne, som anses som en styrke. Her er informanter og sundhedstilbud tildelt et pseudonym. Dog gav anonymiseringen udfordringer ift. præsentation af kontekstnær og praksisnær viden fra X kommune, og kan ses som en svaghed. Derudover foreskriver Merriam og Tisdell (2016), at en tabel med præsentation af informanter og oplysning herom,

er et centralt element i en kvalitativ undersøgelse, hvor informanter bør tildeles et pseudonym. Det ses derfor som en styrke, at viden om informanter er ekspliciteret (se tabel 9), hvormed dette øger transparensen. Da der i problemanalysen er inkluderet et afsnit om X kommunes arbejde og sundhedstilbud, besluttede specialegruppen at overføre referencerne anvendt i dette afsnit, i bilagsmappen (se bilag 1). Bilagsmappen blev efterfølgende ikke uploadet til AAU's projektbibliotek, pga. fortroligt materiale. Her havde kun censor, vejleder og specialegruppen adgang til denne, som yderligere er med til at sikre informanternes fortrolighed. Hertil blev data opbevaret på en krypteret harddisk, da dette var med til at sikre fortrolighed og korrekt håndtering af data (108) og efterfølgende blev lydfiler slettet, som anses som en styrke. Således har specialegruppen taget hensyn til flere etiske overvejelser, som højner transparensen.

## 11. Konklusion

Formålet med specialet er at undersøge muligheder og begrænsninger ved anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet, samt hvordan de fysiske omgivelser kan udvikles således det fremmer borgernes fysiske aktivitetsniveau. Denne viden er forsøgt opnået gennem et systematisk litteraturreview og en kvalitativ interviewundersøgelse, som har bidraget til udarbejdelse af forestillede anbefalinger. Anbefalingerne bygger på forslag til hvordan den kommunale praksis kan anvende og udvikle de fysiske omgivelser, mhp. at forandre borgernes sundhedsadfærd ift. det fysiske aktivitetsniveau.

Ud fra resultaterne fremkommer muligheder og begrænsninger ved anvendelse af de fysiske omgivelser til fysisk aktivitet, hvor omgivelsernes æstetik, adgangen til bynære faciliteter, samt muligheden for at være en del af et socialt fællesskab, faciliterer fysisk aktivitet. Derudover viser resultaterne begrænsninger, herunder længere afstande, dårlige vejforhold samt borgernes fysiske kunnen, som influerer negativt på anvendelsen af de fysiske omgivelser. Derudover kan det konkluderes, at ændringer i de fysiske omgivelser, kan bidrage til at forandre borgernes sundhedsadfærd, hvor eksisterende og flere udendørsområder- og faciliteter skal gøre det attraktivt for borgerne at være fysisk aktive. Hertil spiller information og facilitering af de fysiske omgivelser en vigtig rolle ift. anvendelsen heraf. Udvikling af de fysiske omgivelser skal skabe rammerne for, at borgerne kan træffe det sunde valg ift. deres fysiske aktivitetsniveau. Her anses anvendelse og udvikling af de fysiske omgivelser, som middel til at fremme borgernes fysiske aktivitetsniveau og derigennem forandre sundhedsadfærden. På baggrund af den teoretiske fortolkning kan en utilsigtet konsekvens dog være, at motivationen hos den enkelte borger kan være lav. Derudover fremgår det af resultatdiskussionen, at det er tvivlsomt hvorvidt information, kan bidrage til at fremme det fysiske aktivitetsniveau.

Yderligere viser resultaterne fra interviewundersøgelsen, at diagnosespecifikke holdtræninger, influerer positivt på borgernes fysiske, mentale og sociale velbefindende. Her spiller ansattes differentiering, en vigtig rolle for borgernes udbytte og vedligeholdelse af træningen. Derudover kan sociale omgivelser influere positivt på borgernes mentale og sociale velbefindende og bidrage til vedligeholdelse af fysisk aktivitet udenfor sundhedstilbuddene. Ifølge interviewundersøgelsen, kan en utilsigtet konsekvens dog være, at borgerne føler blufærdighed ved udendørs fysisk aktivitet. Slutteligt vil en kombination af individrettede og populationsbaserede forebyggelsesstrategier, være at foretrække. Dette stiller bl.a. krav til samarbejde på tværs af forvaltningsområder samt det politiske niveau.

## 12. Referenceliste

1. Kiens B, Beyer N, Brage S, Hyldstrup L, Ottesen LS, Overgaard K, et al. Fysisk inaktivitet - konsekvenser og sammenhænge. 2007:1-148
2. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om fysisk aktivitet. n.d.; Accessed Feb 9, 2021.
3. Kyed VH, Johnson SB, Mejlby M, Vindig AL. Hvordan har du det? Sundhedsprofil for Nordjylland 2017. 2018.
4. Pedersen BK, Andersen LB. Fysisk aktivitet - Fysisk håndbog om forebyggelse og behandling. 2018.
5. De Mello MT, Lemos VA, Antunes HKM, Bittencourt L, Santos-Silva R, Tufik S. Relationship between physical activity and depression and anxiety symptoms: A population study. *J Affect Disord* 2013;149(1):241-246
6. Pels F, Kleinert J. Loneliness and physical activity: A systematic review. *International review of sport and exercise psychology* 2016;9(1):231-260
7. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. 2016:1-395.
8. Christensen AI, Severin M, Holmberg T, Eriksen L, Toftager M, Zachariassen A, et al. KRAM-undersøgelsen i tal og billeder. 2009
9. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed - den nationale sundhedsprofil 2017. 2018:3-131.
10. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. *Annu Rev Public Health* 2006;27(1):297-322.
11. Ellaway A, Macintyre S, Bonnefoy X. Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross-sectional survey. *BMJ* 2005;331(7517):611-612.
12. Troelsen J, Roessler KK, Nielsen G, Toftager M. De bolignære områders betydning for sundhed. 2008:1-54.
13. Pawlowski CS, Christiansen LB, Schipperijn J, Troelsen J. En god omvej - Bevægelse i lokalområdet. 2013:7-81.
14. WHO WHO. Towards more physical activity in cities. 2017:4-84.
15. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet - Forebyggelsespakke. Sundhedsstyrelsen 2018:4-28.
16. Conner M, Norman P. Predicting Health Behavior. Open University Press; 2005.
17. Sundhedsstyrelsen. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2015:1-60.
18. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. Sygdomsforebyggelse. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard; 2014.

19. Scocozza L. Folkesundhed eller moralsk oprustning? In: Glasdam S, editor. Folkesundhed - i et kritisk perspektiv København: Nyt Nordisk forlag; 2019. p. 57-59.
20. Otto L. Sundhed i praksis. In: Glasdam S, editor. Folkesundhed - i et kritisk perspektiv København K: Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 31-53.
21. Møller RB. Et forsvar for sundhedsfundamentalismen - til kritik af en tidstypisk tankegang. In: Glasdam S, editor. Folkesundhed - i et kritisk perspektiv København K: Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 67-94.
22. Wackerhausen S. Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. In: Jensen UJ, Andersen PF, editors. Sundhedsbegreber - filosofi og praksis Denmark: Pilosophia; 1995. p. 43-73.
23. Short SE, Mollborn S. Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. *Current opinion in psychology* 2015 Oct; 5:78-84.
24. Sallis JF, Owen N, Fisher EB. Ecological models of health behavior. In: Glanz B, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health Behavior and Health Education*: Jossey-Bass; 2008. p. 465-482.
25. Engel GL. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137:535-544.
26. Myers A, Gibbons C, Finlayson G, Blundell J. Associations among sedentary and active behaviours, body fat and appetite dysregulation: investigating the myth of physical inactivity and obesity. *British journal of sports medicine* 2017;51(21):1540-1544.
27. Galper DI, Trivedi MH, Barlow CE, Dunn AL, Kampert JB. Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Med Science Sports Exercise* 2006;38(1):173-178.
28. Rodney JP, Ainsworth BE, Keller C, Dodgson JE. Barriers to Physical Activity Among African American Women: An Integrative Review of the Literature. *Women Health* 2015;55(6):679-699.
29. Sundhedsstyrelsen. Guide til sygdomsforebyggelse på sygehus og i almen praksis - Fakta om fysisk aktivitet. 2015:2-5.
30. Mueller N, Rojas-Rueda D, Cole-Hunter T, de Nazelle A, Dons E, Gerike R, et al. Health impact assessment of active transportation: A systematic review. *Prev Med* 2015; 76:103-114.
31. Brunekreef B, Holgate ST. Air pollution and health. *Lancet* 2002;360(9341):1233-1242.
32. WHO World Health Organization. Physical inactivity. n.d.; Available at: <https://www.who.int/en/>. Accessed april 7, 2021.
33. CDC The Center of Disease Control. Physical activity statistics: definitions. n.d.; Available at: <https://www.cdc.gov/>. Accessed March 10, 2021.



34. Overgaard K, Grøntved A, Nielsen K, Dahl-Petersen IK, Aadahl M. Stillesiddende adfærd - en helbredsrisiko? Vidensråd for Forebyggelse 2015;5-112.
35. Ainsworth BE. Challenges in measuring physical activity in women. *Exerc Sport Sci Rev* 2000;28(2):93-96.
36. King A, Whitt-Glover M, Marquez D, Buman M, Napolitano M, Jakicic J, et al. Physical Activity Promotion: Highlights from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Systematic Review. *Medicine and science in sports and exercise* 2019;51(6):1340-1353.
37. Foster C, Hillsdon M, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity (review). 2006:1-55.
38. Kamada M, Kitayuguchi J, Abe T, Taguri M, Inoue S, Ishikawa Y, et al. Community-wide intervention and population-level physical activity: a 5-year cluster randomized trial. *International journal of epidemiology*. 2018. Apr 1;47(2):642-653.
39. Giles-Corti B, Bull F, Knuiman M, McCormack G, Van Niel K, Timperio A, et al. The influence of urban design on neighborhood walking following residential relocation: Longitudinal results from the RESIDE study. *Social science & medicine (1982)* 2013 Jan; 77:20-30.
40. Duncan MJ, Spence JC, Mummery WK. Perceived environment and physical activity: a meta-analysis of selected environmental characteristics. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 2005 Sep 5;2(1):1-9.
41. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Scientific Report.
42. Aparicio-Ting FE, Farris M, Courneya KS, Schiller A, Friedenreich CM. Predictors of physical activity at 12-month follow-up after a supervised exercise intervention in postmenopausal women. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2015 -05-05;12(1):2-12.
43. Dubuy V, De Cocker K, De Bourdeaudhuij I, Maes L, Seghers J, Lefevre J, et al. Evaluation of a workplace intervention to promote commuter cycling: A RE-AIM analysis. *BMC public health* 2013 Jun 17;13(1):587.
44. Sundhedsstyrelsen. Resultatopsamling af Motion på recept i Danmark. 2010:6-55.
45. Gerovasili V, Agaku IT, Vardavas CI, Filippidis FT. Levels of physical activity among adults 18–64 years old in 28 European countries. *Prev Med* 2015; 81:87-91.
46. Azevedo MR, Araújo CLP, Reichert FF, Siqueira FV, da Silva MC, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health* 2007;52(1):8-15.
47. Mäkinen TE, Sippola R, Borodulin K, Rahkonen O, Kunst A, Klumbiene J, et al. Explaining educational differences in leisure-time physical activity in Europe: the contribution of work-related factors. *Scand J Med Sci Sports* 2012;22(3):439-447.

48. Silverwood RJ, Pierce M, Nitsch D, Mishra GD, Kuh D. Is Intergenerational Social Mobility Related to the Type and Amount of Physical Activity in Mid-Adulthood? Results from the 1946 British Birth Cohort Study. *Ann Epidemiol* 2012;22(7):487-498.
49. McGee-Lawrence ME, Carey HV, Donahue SW. Mammalian hibernation as a model of disuse osteoporosis: the effects of physical inactivity on bone metabolism, structure, and strength. *American Journal of Physiology - Regulatory, Integrative and Comparative Physiology* 2008;295(6):1999-2014.
50. Hickey ME, Mason SE. Age and gender differences in participation rates, motivators for, and barriers to exercise. *Modern Psychological Studies* 2017;22(2):10-19.
51. Street RL, Epstein RM. Key interpersonal functions and health outcomes. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Ecological models of health behavior*: Jossey-Bass; 2008. p. 237-263.
52. Wendel-Vos W, Omers M, Kremers S, Brug J, van Lenthe FJ. Potential environmental determinants of physical activity in adults: A systematic review. *Obesity reviews* 2007;8(5):425-440.
53. Oliveira AJ, Lopes CS, Rostila M, Werneck GL, Griep RH, Leon AC, et al. Gender differences in social support and leisure-time physical activity. *Revista de saúde pública* 2014 Aug;48(4):602-612.
54. Araújo AT, Dosil J. The influence of attitudes toward physical activity and sports. *Motriz: Revista de Educação Física. Unesp* 2015;21(4):344-351.
55. Hagger M, Chatzisarantis NL, Hein V, Soós I, Karsai I, Lintunen T, et al. Teacher, peer and parent autonomy support in physical education and leisure-time physical activity: A trans-contextual model of motivation in four nations. *Psychology & health* 2009;24(6):689-711.
56. Smith LG, Banting L, Eime R, O'Sullivan G, van Uffelen, J. G. Z. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*; *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017;14(1):2-21.
57. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000;51(6):843-857.
58. Pham KL, Harrison GG, Kagawa-Singer M. Perceptions of diet and physical activity among California among adults and youths. *Preventing chronic disease*; *Prev Chronic Dis* 2007;4(4):1-12.
59. Dalsgaard A, Meldgaard L. Sociologi i et sundhedsprofessionelt perspektiv. In: Dalsgaard A, Meldgaard L, editors. *Sociologi for sundhedsprofessionelle*: Gads Forlag; 2018.
60. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health promotion international* 2006;21(4):340-345.
61. WHO World Health Organization. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. 2016:1-23.

62. Sundhedsministeriet. Sundhedsministeriet. n.d.; Available at: <https://sum.dk/arbejdsmraader/forebyggelse/forebyggelsespakker>. Accessed March 3, 2021.
63. Saelens B, Sallis J, Frank L. Environmental correlates of walking and cycling: Findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *ann behav med* 2003;25(2):80-91.
64. Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: A review. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;22(3):188-199.
65. Henderson K. *Parks and Recreation*. 2005;40(8):20-26.
66. Koohsari MJ, Mavoa S, Villanueva K, Sugiyama T, Badland H, Kaczynski AT, et al. Public open space, physical activity, urban design and public health: Concepts, methods and research agenda. *Health & place* 2015;33:75-82.
67. Tsourus AD, Edwards P. Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments. Copenhagen: World Health Organization Europe; 2006.
68. Nielsen GA, Breum L. Hverdagsmotion i nærmiljøet. In: Troelsen J, editor. *Bevægende rammer - omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet og sundhed* Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2010. p. 75-95.
69. Bedimo-Rung A, Mowen AJ, Cohen DA. The significance of parks to physical activity and public health: a conceptual model. *Am J Prev Med* 2005;28(2):159-168.
70. Toftager M, Christensen ME. Græsset skal betrædes - betydning af parker og urbane grønne områder for fysisk aktivitet. In: Troelsen J, editor. *Bevægende rammer - omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet og sundhed* Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2010. p. 95-109.
71. Ellaway A, Macintyre S, Bonnefoy X. Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross-sectional survey. *BMJ* 2005;331(7517):611-612.
72. D'Alessandro D, Buffoli M, Capasso L, Fara GM, Rebecchi A, Capolongo S. Green areas and public health: improving wellbeing and physical activity in the urban context. *Epidemiologia e prevenzione* 2015;39(4 Suppl 1):8-13.
73. Copeland JL, Currie C, Walker A, Mason E, Willoughby TN, Amson A. Fitness equipment in public parks: frequency of use and community perceptions in a small urban centre. *Journal of physical activity & health* 2017;14(5):344-352.
74. Wengel TTT, Troelsen J. *Omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet*. 2019.
75. WHO World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. 2020; Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>. Accessed March 9, 2021.
76. Limstrand T. Environmental characteristics relevant to young people's use of sports facilities: a review. *Scand J Med Sci Sports*. 2008;18(3):275-287.
77. Floriani V, Kennedy C. Promotion of physical activity in children. *Curr Opin Pediatr* 2008;20(1):90-95.

78. Troelsen J, Roessler KK, Nielsen G, Toftager M. De bolignære områders betydning for sundhed. 2008:1-54.
79. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International journal of epidemiology*, 2001;30(3):427-432.
80. Wicker P, Breuer C, Pawlowski T. Are sports club members big spenders? Findings from sport specific analyses in Germany. *Sport Management Review* 2009;13(3):214-224.
81. Paguntalan JC, Gregoski M. Physical activity barriers and motivators among high-risk employees. *Work*. 2016;55(3):515-524.
82. Peeters R, Schuilenburg M. The birth of mind politics: Understanding nudging in public health policy. *Social theory & health* 2017;15(2):138-159.
83. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge - Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness*. 2nd ed. Camberwell, Vic.: Penguin Group; 2009.
84. Det Etske Råd. Et venligt skub? Etisk baggrundsnotat. *Det etske råd* 2016:4-35.
85. Busch J, Madsen EK, Fage-Butler AM, Kjær M, Ledderer L. Dilemmas of nudging in public health: an ethical analysis of a Danish pamphlet. *Health promotion international* 2020 Dec 26:1-11.
86. Van der Meiden I, Kok H, Van der Velde G. Nudging physical activity in offices. *Journal of facilities management* 2019;17(4):317-330.
87. Mitchell M, White L, Lau E, Leahey T, Adams MA, Faulkner G. Evaluating the Carrot Rewards App, a Population-Level Incentive-Based Intervention Promoting Step Counts Across Two Canadian Provinces: A Quasi-Experimental Study. *JMIR mHealth and uHealth* 2018 Sep 20;6(9):178.
88. Boutelle KN, Jeffery RW, Murray DM, Schmitz MKH. Using Signs, Artwork, and Music to Promote Stair Use in a Public Building. *American journal of public health*. 2001;91(12):2004-2006.
89. Iversen MK, Händel MN, Jensen EN, Frederiksen P, Heitmann BL. Effect of health-promoting posters placed on the platforms of two train stations in Copenhagen, Denmark, on the choice between taking the stairs or the escalators: a secondary publication. *International Journal of Obesity* 2007 Jun;31(6):950-955.
90. Maxwell JA. *A Model for Qualitative Research design. Qualitative research design - an interactive approach*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publ; 2005. p. 1-14.
91. Tanggaard L, Brinkmann S (red.). *Kvalitative metoder - En grundbog*. 2nd ed. København: Hans Reitzel Forlag; 2020.
92. Birkler J. *Videnskabsteori*. 1. udg., 1. opl. ed. København: Munksgaard Danmark; 2005.
93. Dahlager L, Fredslund H. Kapitel 7: Hermeneutisk analyse. In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab* København: Munksgaard; 2011. p. 157-181.

94. Gadamer HG. Sandhed og metode: grundtræk af en filosofisk hermeneutik. 2nd ed. Kbh: Academica; 2007.
95. Rienecker L, Jørgensen PS. Den gode opgave: håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 5th ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2017.
96. Hørmann E. Litteratursøgning. In: Glasdam S, editor. Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder København K: Dansk sygeplejeråd & Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2011. p. 36-46.
97. Lund H, Juhl C, Andreassen J, Møller A. Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: redskaber til evidensbaseret praksis. 1st ed. København: Munksgaard; 2014.
98. PubMed. About PubMed. 2021; Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>. Accessed 28 april, 2021.
99. Elsevier. Embase. 2021; Available at: <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>. Accessed april 7, 2021.
100. Aalborg Universitetsbibliotek. Udvalgte databaser - Det sundhedsvidenskabelige fakultet. 2021.
101. EBSCO. Cinahl database; Available at: <https://www.ebsco.com/products/researchdatabases/>. Accessed April 10, 2021.
102. Cochrane. Cochrane database. 2021; Available at: <https://www.cochrane.org/about-us>. Accessed april 10, 2021.
103. ProQuest. Products - Sociological Abstracts. 2021; Available at: <https://about.proquest.com/productsservices/>. Accessed april 10, 2021.
104. APA PsycNET. Getting started. 2020; Available at: <http://help.psycnet.org/getting-started/?fbclid=IwAR3xZVqaNFAQKfRCqY9qH-ETS0EtCDmM5gsLJvvMft09Orusv1Li777fjfk>. Accessed april 28, 2021.
105. Buus N, Munch HK, Tingleff EB, Rosen CB. Litteratursøgning i praksis: begreber - strategier - modeller. 2008.
106. Briggs JJ. Critical Appraisal Tools. n.d.; Available at: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>. Accessed april 7, 2021.
107. Merriam SB, Tisdell EJ. Qualitative Research - A Guide to Design and Implementation. 4th ed. San Francisco, California: Jossey-Bass; 2016.
108. Kvale S, Brinkmann S. Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3rd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
109. Janghorban R, Roudsari RL, Taghipour A. Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. International journal of qualitative studies on health and well-being; Int J Qual Stud Health Well-being. 2014;9(1):241-252.
110. Datatilsynet. Vejledning - samtykke. København K. 2019.
111. Aalborg Universitet. GDPR for studerende. n.d.; Available at: <https://www.studerende.aau.dk/gdpr/>. Accessed april 7, 2021.

112. Høyer K. Hvad er teori og hvordan forholder teori sig til metode? In: Jensen AMB, Vallgård S, editors. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 5th ed. København: Munksgaard; 2019. p. 17-41.
113. Gildberg FA, Hounsgaard L. Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning. In: Gildberg FA, Hounsgaard L, editors. *Kvalitative analysemetoder i sundhedsvidenskab*. 1st ed. Århus: Klim; 2018. p. 11-21.
114. Kristiansen LP. Kvalitativt manifest og latent indholdsanalyse. In: Housgaard LG, F., editor. *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning* Århus: Housgaard, L. Gilberg, F.; 2018. p. 137-153.
115. Justesen L, Mik-Meyer N. Quality criteria and qualitative methodology. *Quality research methods in organisation studies*: Hans Reitzels Forlag; 2012. p. 35-50.
116. Forberger S, Reisch L, Kampfmann T, Zeeb H. Nudging to move: A scoping review of the use of choice architecture interventions to promote physical activity in the general population. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2019; 16:2-14.
117. Sami M, Smith M, Ogunseitan OA. Changes in Physical Activity After Installation of a Fitness Zone in a Community Park. *Prev Chronic Dis* 2018;15:E101.
118. Hunter RF, Christian H, Veitch J, Astell-Burt T, Hipp JA, Schipperijn J. The impact of interventions to promote physical activity in urban green space: A systematic review and recommendations for future research. *Soc Sci Med* 2015; 124:246-256.
119. Burton NW, Turrell G, Oldenburg B. Participation in recreational physical activity: Why do socioeconomic groups differ? *Health Education & Behavior* 2003;30(2):225-244.
120. Calogiuri G, Patil GG, Aamodt G. Is green exercise for all? A descriptive study of green exercise habits and promoting factors in adult Norwegians. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13(11).
121. Hansen KB. Fra cykelbarometer til tarzanjungle - et idékatalog om fysiske rammer, der fremmer bevægelse. 2005:5-53.
122. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. 2011:1-192.
123. Elmeland K, Frank VA. Sundhedsstyrelsens uge 40 kampagne. In: Glasdam S, editor. *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* Copenhagen: Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 249-270.
124. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to Increase Physical Activity in Communities. *American Journal of Prevention Medicine* 2002; 22:67-72.
125. Gordon-Larsen P, Nelson MC, Page P, Popkin MP. Inequality in the Built Environment Underlies Key Health Disparities in Physical Activity and Obesity. *Pediatrics* 2006;117(2):417-424.
126. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemp Educ Psychol* 2000;25(1):54-67.

127. Daley A, Duda JL. Self-determination, stage of readiness to change for exercise, and frequency of physical activity in young people. *European Journal of Sport Science* 2006;6(4):231-243.
128. Handberg C, Nielsen CV. Evaluering af rehabiliteringsindsatsen overfor borgere med kronisk sygdom i X Kommune 2012. 2012.
129. Müller HB, Gårn A, Holt AR. Motion på recept - Erfaringer og anbefalinger. 2007;4-49.
130. Mutrie N, Campbell AM, Whyte F, Mcconnachie A, Emslie C, Lee L, et al. Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early-stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334(7592):1-7.
131. Batterham AM, Bonner S, Wright J, Howell J, Hugill K, Danjoux G. Effect of supervised aerobic exercise rehabilitation on physical fitness and quality-of-life in survivors of critical illness: an exploratory minimized controlled trial. *BJA: British Journal of Anaesthesia* 2014;113(1).
132. Jørgensen ST, Henningsen MK, Kyed VH, Aadahl M, Birch SD, Pisinger C. "Vores sunde hverdag". Mental sundhed hos familier, børn og unge i X kommune - et kommunalt sundhedsfremmeprojekt. 2020:2-33.
133. Sundhedsstyrelsen. "Bevægelse hele livet - vil du med?" Inspiration til øvelser. 2014:1-14.
134. Rogers LQ, Shah P, Dunnington G, Greive A, Shanmugham A, Dawson B, et al. Social cognitive theory and physical activity during breast cancer treatment. *Oncol Nurs Forum* 2005;32(4):807-815.
135. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse. 2nd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2008.
136. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedmand RM, Wallace F. Implementation Research: A Synthesis of the Literature.;2005.
137. Fixsen DL, Blase K, Naoom S, Metz A, Louison L, Ward C. Implementation Drivers: Assessing Best Practices. Chapel Hill, NC: National Implementation Research Network, University of North Carolina at Chapel Hill. 2015.1-33.
138. Bertram RM, Blase KA, Fixsen DL. Improving Programs and Outcomes: Implementation Frameworks and Organization Change. *Research on Social Work Practice* 2015;25(4) 477-487.
139. Juul S. Epidemiologi og evidens. 3rd ed. Kbh.: Munksgaard; 2019.
140. Mårtenson J, Frilund B. Videnskabelig kvalitet i eksamensprojekter. In: Henricson M, editor. Videnskabelig teori og metode - fra ide til eksamination. 2nd ed. København: Munksgaard; 2018. p. 491–511.
141. Launsø L, Rieper O, Olsen L. Forskning om og med mennesker. Forsknings typer og forskningsmetoder i samfundsforskning. 7. udgave ed. Kbh.: Munksgaard; 2017.