



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

EFTER

HÄLSOPROGRAMMET

**– EN STUDIE AV UPPLEVDA
HÄLSOSITUATIONER TVÅ ÅR SENARE**

HASSELGREN, MARCUS

C- och D-uppsats i socialt arbete, 30 hp
Socionomprogrammet, inriktning:
Verksamhetsutveckling, 240 hp
05 2008

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

EFTER

HÄLSOPROGRAMMET

– EN STUDIE AV UPPLEVDA HÄLSOSITUATIONER TVÅ ÅR SENARE

HASSELGREN, MARCUS

ABSTRACT

Hasselgren, M Health promotion programme – employees self-rated health two years later *Examensarbete i socialt arbete*. C- och D-uppsats, 30 högskolepoäng. Malmö högskola: Fakulteten Hälsa och Samhälle, 2008.

Syftet med denna studie är att genom kvalitativ intervjumetod undersöka hur 8 medarbetare upplevt deltagandet av ett hälsoprogram i relation till hur de upplever sin hälsosituation idag. Frågeställningar som undersökningen bygger på är (i) Hur upplevde medarbetarna sin hälsosituation innan programdeltagandet? (ii) Hur upplevde medarbetarna programdeltagandet? (iii) Hur upplever medarbetaren sin hälsosituation idag i relation till programdeltagandet? Av resultatet framgår det att alla medarbetarna kände behov av att förbättra sin hälsosituation innan de påbörjade programmet. De upplevde hälsoprofilbedömningen som bra för att någon lyssnade på deras hälsosituation. Genomgående var det motiverande att skriva kontrakt och sätta upp mål för att förbättra sin hälsa genom att gå på en erbjuden aktivitet i 6 månader. De flesta har inte kunnat gå på en aktivitet under arbetstid som erbjudits på grund av arbetsbelastning. Aktivitetsdeltagandet har varierat, anledningar är bl a minskad motivation, brist på tid och för lite stöd från hälsopromoter eller arbetsgivare. Motivationen att förbättra sin hälsa har hos de flesta avtagit efter programmet. Anledningarna till detta varierar, men ofta anges det att det saknas tid, uppföljning, kontroll och stöd. Hälsosituationerna ser idag olika ut för de flesta medarbetarna beroende på hur deras livssituationer ser ut. Endast ett fåtal upplever att programmet bidragit till en förbättrad hälsosituation idag. Andra faktorer som påverkar deras upplevda hälsosituationer är bl a sjukskrivning, hög arbetsbelastning och stress på arbetet och det saknas möjligheter till fikapaus. Dessa faktorer har inte programmet påverkat.

Nyckelord: hälsofrämjande, hälsoprofilbedömning, motivation, psykosociala faktorer, upplevd hälsa, upplevd hälsosituation

FÖRORD

Under våren 2008 gjordes denna undersökning på uppdrag av en stadsdel i Malmö stad. Uppdraget har även utgjort en kombinerad kandidat- och magisteruppsats och jag har nu avslutat min socionomutbildning med inriktning på verksamhetsutveckling. Att studera fenomen som hälsa, hälsosituationer och ett hälsofrämjande program utifrån uppdragets riktlinjer, mina intressen som ensam författare och Malmö Högskolas riktlinjer för en uppsats har varit en utmaning, även om det varit väldigt lärorikt.

Uppsatsen skulle aldrig ha blivit gjord om inte 8 medarbetare i förskoleverksamheten ställt upp och delat med sig av sina upplevelser kring programmet och deras hälsosituationer. Det ska understrykas att vilja lämna ut information om sin hälsa trots anonymitetsskydd till en främmande person inte alltid är en självklarhet. Jag riktar därför ett stort tack till alla informanter!

Denna undersökning, detta uppdrag, och denna uppsats skulle inte ha kunnat växa fram så som den gjort utan stor hjälp av min handledare Birgitta Wanek. Min handledare har sett till att nästan alltid vara tillgänglig, lagt ner mycket tid, gett bra feedback och visat stort engagemang. Jag vill därför rikta ett extra stort tack till henne!

Jag hoppas att min uppdragsgivare och alla andra som läser denna uppsats känner att de får en ökad förståelse för hur medarbetare kan uppleva ett hälsofrämjande program i relation till sina hälsosituationer.

Marcus Hasselgren
2008-05-25

INLEDNING	6
Bakgrund.....	6
<i>Hälsofrämjande arbete</i>	7
<i>Hälsoprogrammet</i>	7
<i>Sammanställning över projektåret 2006</i>	9
Uppdrag.....	10
Problemformulering.....	10
Syfte och frågeställningar	10
Avgränsningar	11
METOD	12
Val av metod	12
Urvalsprocess	12
Förberedelser inför datainsamling	14
Datainsamling	14
Bearbetning, presentation och analys av data	15
Etiska överväganden	16
Reliabilitet och validitet.....	18
Generaliserbarhet	19
TEORETISK REFERENSRAM	19
Tidigare forskning.....	19
<i>Allmänna definitioner av hälsa</i>	19
<i>Sammanställning av systematiska kunskapsöversikter</i>	20
Teoretiska perspektiv och begrepp	21
Hälsa – en begreppsdiskussion	22
Relationen mellan hälsa, välbefinnande och sjukdom.....	24
HPB som medvetandegörande kommunikation.....	25
Motivation.....	26
<i>Inre och yttre motivation</i>	26
<i>Motivation utifrån intresse, vanor och tid</i>	26
Psykosocial arbetsmiljö och stress.....	27
<i>Stress</i>	28
<i>Krav, kontroll och beslutsutrymme</i>	28
<i>Socialt stöd</i>	29
RESULTAT	30
Deltagarnas syn på begreppet hälsa	31
Upplevda hälsosituationer innan programdeltagandet.....	31
Hälsoprogrammet.....	32
<i>Enkäten och rekommendation till HPB</i>	32
<i>Möte med hälsopromoter och HPB</i>	32
<i>Aktiviteter under 6 månader</i>	33
<i>Efter de 6 månaderna och uppföljningsmöte</i>	34
<i>Programmet i sin helhet</i>	34
Efter programdeltagandet.....	35
Medvetenhet kring sin hälsa idag	36
Upplevda hälsosituationer idag.....	36
Andra faktorer som påverkar upplevda hälsosituationer	37
ANALYS	39
Deltagarnas syn på begreppet hälsa	39
Upplevda hälsosituationer innan programdeltagandet.....	40
Hälsoprogrammet.....	40

<i>Enkäten och rekommendation till HPB</i>	40
<i>Mötet med hälsopromoter och HPB</i>	41
<i>Aktiviteter under 6 månader</i>	42
<i>Efter de 6 månaderna och uppföljningsmötet</i>	43
Programmet i sin helhet och efter programmet.....	43
Medvetenhet kring sin hälsa idag	44
Upplevda hälsosituationer idag.....	45
Andra faktorer som påverkar upplevda hälsosituationer	46
SLUTSATSER	47
SLUTKOMMENTAR	49
Reflexioner kring undersökningen.....	49
Reflexioner kring hälsofrämjande insatser på arbetsplatser	50
Vidare forskning	50
REFERENSER	51
Internetkällor.....	52
Artiklar.....	53
Övriga källor	53
<i>Skyddade källor</i>	53
Bilaga 1 – Erbjudna aktiviteter i hälsoprogrammet	54
Bilaga 2 – Intervjuguide.....	56
Bilaga 3 – Informationsblad.....	60

INLEDNING

Hur upplevs ett hälsoprogram och hur upplevs det i relation till medarbetares hälsosituationer? Ja, det är två frågor som denna undersökning försöker titta lite närmre på. Undersökningen har gjorts på uppdrag av en hälsopromoter¹ i en stadsdel i Malmö. Uppdraget var relativt öppet hållet vilket gjorde att jag fick rätt så fria tyglar att utforma syftet med undersökningen. Huvudsyftet med denna undersökning är att försöka belysa hur medarbetare upplever sin hälsosituation idag i relation till deltagandet av ett hälsoprogram under året 2006. Utarbetandet av undersökningens huvudsyfte har påverkats av att jag anser att det finns en hög arbetsbelastning i offentliga verksamheter. Det har även påverkats av att jag anser att hälsa och ens hälsosituation är komplexa fenomen som kan påverkas i samspelet mellan individen och dennes omgivning.

Bakgrund

I detta avsnitt ges en väldigt kortfattad beskrivning av hur hälsofrämjande arbete blivit ett aktuellt diskussionsämne i den offentliga sektorn. Detta görs för att sätta hälsoprogrammet i en samhällelig kontext. Jag förklarar hur jag ser på hälsofrämjande arbete innan jag ger en grundlig beskrivning av hälsoprogrammet som medarbetarna deltagit i.

Omsorgen av hälsan på svenska arbetsplatser har haft en lång tradition, redan 1912 infördes den första arbetarskyddslagen. Under 1900-talet växte sig arbetarrörelsen sig stark dels politiskt och dels med hjälp av fackföreningar. Senare, på 1970-talet, infördes arbetsmiljölagen och medbestämmandelagen vilka så småningom alltmer kom att lyfta fram psykosociala frågor kring arbetet t ex inflytande över arbetet, arbetstakt och möjlighet till utveckling. Hälsoarbetet på arbetsplatser har vidareutvecklats, men begreppet ”hälsofrämjande arbete” dök upp i Sverige först under mitten på 1990-talet. Under året 1996 startades det Europeiska nätverket för hälsofrämjande arbetsplatser² där främst Arbetslivsinstitutet och Riksförsäkringsverket varit aktiva. Detta nätverk har bidragit till utvecklingen av hälsofrämjande arbete (Bjurvald, 2004). Sedan mitten på 1990-talet har långtidssjukskrivningarna i Sverige ökat och från 1997 in på 2000-talet har de ökat kraftigt (Hogstedt m fl, 2004). I en av statens offentliga utredningar (2000:121) presenterades det att 2003 var 14 procent av den svenska befolkningen mellan 20-64 år sjukskrivna eller i permanent förtidspension. Ökningen var störst i yrkesgrupper inom utbildning, sjukvård, polis och annan offentlig verksamhet. Den arbetsrelaterade hälsoutvecklingen har varit oroande (a a). Forskningsintresset kring sjukfrånvaro har i och med detta ökat även om det fortfarande finns aspekter som behöver studeras. Mycket tyder bland annat på att sambandet har blivit starkare mellan försämrad psykosocial arbetsmiljö och sjukskrivning. På senare år har allvarliga organisationsproblem på många arbetsplatser ökat sjukfrånvaron, särskilt inom offentlig sektor (Hogstedt m fl, 2004). Det är främst de ekonomiska konsekvenserna av sjukskrivningar som

¹Hälsopromotern arbetar bl a med att göra hälsoprofilbedömning (HPB), föreläsningar kring hälsa, anordnar aktiviteter för medarbetare, arbetar i projekt kring friskfaktorer på arbetsplatsen, utbildning för arbetsledare, hälsodagar, stöd och inspiration i verksamheten, projekt för att minska korttidsfrånvaron i stadsdelen (e-post, 20080417).

²Översättning av the European Network for Workplace Health Promotion.

väckt politisk uppmärksamhet under 1990-talet (Palmer, 2004). Under 2000-talet har diskussionen om hälsoarbetet präglats av långtidssjukskrivningar, psykosociala aspekter och hälsofrämjande arbete (Bjurvald, 2004).

Hälsofrämjande arbete

Jag har valt att definiera vad jag menar med hälsofrämjande arbete redan här för att läsaren ska förstå på vilket sätt det specifika hälsoprogrammet kommer att betraktas³. Menckel (2004) likställer begreppen promotion med främjande och prevention med förebyggande. Främjande menar hon fokuserar på att skapa stödjande miljöer, med möjligheter och förutsättningar till bättre hälsa för alla. Förebyggande insatser riktas ofta mot en specifik riskgrupp och med syfte att försöka identifiera och eliminera eller minska risker för ohälsa och skador. Båda synsätten på hälsa, främjande och förebyggande, kompletterar varandra. I Sverige saknas en strikt definition på vad hälsofrämjande *insatser* är. Ofta förekommer begreppen friskvård och psykosocialt arbetsmiljöarbete. Det förstnämnda fokuserar på individbaserade livsstilsfrågor medan det andra fokuserar på en grupp av människor. Det hälsofrämjande *arbetet* kan ses ligga mellan dessa (Menckel, 2004). Begreppet ”hälsofrämjande på arbetsplatser” tittar på orsaker till ohälsa men fokuserar på att skapa möjligheter för människor som arbetar så att de kan utveckla en god hälsa och goda hälsorelaterade beteenden (Thomsson & Menckel, 1997).

Hälsoprogrammet

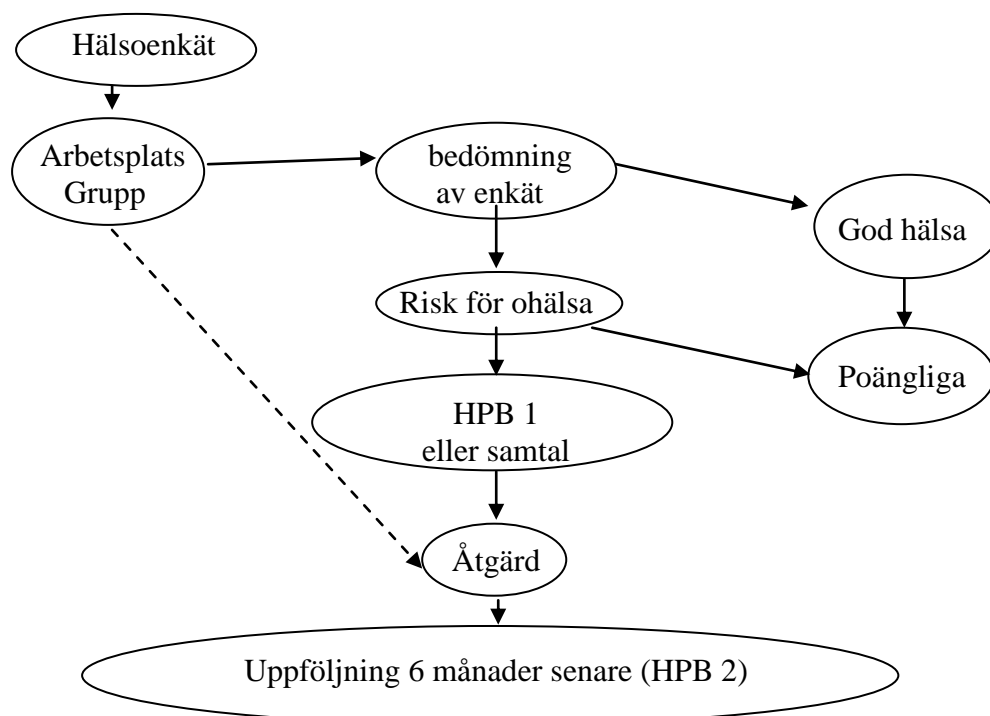
Jag träffade stadsdelens personalkonsulent och hälsopromoter (20080116) och fick en genomgång av hur programmet ser ut. Utifrån anteckningar från detta avstämningsmöte kommer programmet att presenteras. Programmet har sitt ursprung i att personalkonsulenten hade gjort en undersökning kring varför medarbetare blivit långtidssjukskrivna. Det framkom att ca 70 % ansåg att problemen som uppkom före sjukskrivningen hade kunnat angripas tidigare än vad man gjort. Många hade bitit ihop och snarare varit korttidssjukskrivna ett slag, men sedan varit tvungna att långtidssjukskriva sig. Personalkonsulenten funderade på hur stadsdelen kunde komma åt detta och kanske minska sjukskrivningarna. I stadsdelen fanns sedan tidigare en rehabiliteringsverksamhet samt utbetalning av friskvårdspeng till medarbetaren varje år. Tanken med hälsoprogrammet var att det skulle finnas som ett mellansteg mellan dessa båda insatser, att det skulle verka förebyggande. Programmet skulle inte vara ett friskvårdsprogram utan en satsning på hela hälsan menade personalkonsulenten. Programmet testades som pilotprojekt bland 160 tillsvidareanställda under året 2004 – 2005. Under hösten 2005 beslutade stadsdelen att starta programmet som ett stadsdelsövergripande projekt (Avstämningsmöte, 20080116).

Hälsopromotern anställdes i januari 2006 för att arbeta med projektet och göra hälsoprofilsbedömningar⁴ (HPB). Projektet delades upp i två år. Under året januari - december 2006 deltog ca hälften av stadsdelens alla verksamheter, vilket innebär drygt 40 arbetsplatser. Under året januari – december 2007 deltog den andra hälften av arbetsplatserna. Projektet har endast riktats till

³ En begreppsdiskussion kring hälsa skulle av samma anledning kunna placeras här, men kommer ges en djupare teoretisk genomgång och därför hänvisar jag till avsnittet Teori.

⁴ Se vidare avsnittet Teori - HPB som medvetandegörande kommunikation.

tillsvidareanställda eftersom stadsdelen ser programmet som ett långsiktigt hälsoarbete. Programmet är sedan januari 2008 en permanent verksamhet i stadsdelen (Avstämningsmöte, 20080116). Jag har gjort en modell över hälsoprogrammet utifrån tillhandahållet informationsblad på avstämningsmötet (20080116):



Figur 1. Illustration över hälsoprogrammets arbetsgång (Avstämningsmöte, 20081116).

Från början var det tänkt att alla medarbetare skulle genomgå en HPB, men skulle kosta för mycket pengar och tid enligt personalkonsulenten. Konsultföretaget HPI Nordic⁵ anlätades för att utforma en hälsoenkät som medarbetarna skulle fylla i. Enkäten är ett screeninginstrument för att försöka fånga upp folk som bedöms ligga i en riskzon för ohälsa och de som skulle kunna arbeta aktivare för att förbättra sin hälsa. Utifrån de återsända enkäterna bedömer HPI Nordic vilka som rekommenderas till hälsopromotern för samtal eller HPB, eller anses ha en god hälsa. De som bedöms ha god hälsa får ta del av programmet genom den så kallade poängligan. Denna innebär att medarbetarna samlar poäng och när de uppnår ett visst antal får de en gåva. I programmet finns det ett antal subventionerade åtgärder (se bilaga 1) som medarbetarna kan ta del av, vissa är öppna för alla och vissa riktade till arbetsplatsen som helhet, men många är främst till dom som bedömts ligga i en riskzon för ohälsa. Vid samtal med hälsopromotern kan medarbetaren diskutera enkätsvaren och rent allmänt kring den upplevda hälsan. Hälsopromotern menar att under samtalet görs en gemensam bedömning om HPB är aktuellt. Ibland visar det sig att medarbetaren bara mått

⁵ HPI Nordic arbetar utifrån ett sk. hälsoprofilkoncept som innebär att man använder sig av HPB som metod för att motivera människor till livsstilsförändringar. Metoden är hämtad från forskarna Gunnar Andersson och Sture Malmgren (Internet 1). I avsnittet Teori - HPB som medvetandegörande kommunikation - presenteras denna metod.

dåligt när denne fyllt i enkäten eller så kanske han/hon inte orkar engagera sig i hälsofrågorna. Hälsopromotern utför HPB (Avstämningsmöte, 20080116).

Under avstämningsmötet (20080116) berättade hälsopromotern att under HPB får medarbetaren först ett frågeformulär där medarbetaren bedömer sig själv på en femgradig skala utifrån 11 frågor. Frågorna gäller hälsovanor och hälsoupplevelser gällande t ex mat, motion, stress, tobak, alkohol, relationer och symptom under den senaste månaden. Efter ifyllandet går personen igenom formuläret med hälsoprofilsbedömaren vilket blir grunden för själva HPB. Sedan mäts blodtryck och skelettvikt och kondition. Gemensamt tolkas värdena i medarbetarens hälsoprofil. En HPB tar ca 1,5 h att genomföra. Under HPB förs ett personligt samtal med hälsoprofilsbedömaren. Samtalet syftar till att medvetandegöra levnadsvanor och hälsoupplevelsers betydelse samt individens egenansvar för hälsan. Under det personliga samtalet diskuteras det om eventuella åtgärder (se bilaga 1) är intressanta för personen och vilka mål kring dennes hälsa som kan sättas upp. Om en åtgärd väljs kan en timme av arbetstiden användas mot att individen använder en timme av ens fritid per vecka (med vissa undantag, t ex Viktväktarna som var en kvällsaktivitet). Medarbetaren skriver ett kontrakt med sin arbetsledare över vald åtgärd som ska genomföras, där det även framgår kostnaden. I kontraktet bestäms det gemensamt om vilken omfattning åtgärden ska ha. Om medarbetaren inte följer överenskommelsen kan denne bli återbetalningsskyldig. Efter 6 månader träffar medarbetaren hälsopromotern om denne vill för uppföljning och gör ytterligare en HPB. Vid uppföljningen kan nya mål för individens hälsosituation sättas upp. Målet med HPB är inte att i första hand ge medarbetaren råd om förändringar utan snarare att hjälpa medarbetaren att upptäcka om det finns ett behov av förändring. Bedömningen kan vara en motivering till att få medarbetaren att ändra livsföring med hänsyn till livsstil, hälsoupplevelser och fysiologiska data. Målet med hela hälsoprogrammet är att försöka minska korttids- och långtidssjukskrivningarna samt öka frisknärvaron (Avtämningsmöte, 20080116).

Sammanställning över projektåret 2006

I en sammanställning (2006) över året 2006 framgår det att 36 arbetsplatser deltog i projektet. Det var 573 medarbetare som svarade på hälsoenkäten vilket gav en svarsfrekvens på 83 %. Av dessa var det 150 medarbetare gjorde HPB 1 av 249 som rekommenderades. Medelåldern av dessa var 41 år. Det var 105 medarbetare som gjorde HPB 1 och HPB 2 (på uppföljningsmötet) under projektåret 2006. En jämförelse mellan HPB 1 och HPB 2 (sex månader senare) har gjorts och baseras på 90 medarbetare, Medarbetare som gick på olika mediciner (15) räknades bort då det påverkade resultaten under HPB 2 (Sammanställning, 2006). Jag har gjort en översikt kring resultatet som presenterades. Beakta att de inte redovisat de som t ex tycker att kostvanorna var dåliga under HPB 1 och HPB 2. *Upplevda förändringar* (Sammanställning, 2006):

	Motionsvanor	Kostvanor	Symptom ⁶	Stress	Hälsa
	(minst 1 ggr/v)	(bra/mkt bra)	(ofta/mkt ofta)	(ofta/mkt ofta)	(bra/mkt bra)
HPB 1	34 %	36 %	59 %	36 %	30 %
HPB 2	66 %	58 %	45 %	32 %	47 %

⁶ Symptom som bedömdes var: värk, nackbesvär, trötthet.

Uppdrag

Jag har fått i uppdrag av en hälsopromoter att undersöka medarbetares upplevda effekter på sin hälsa efter att ha deltagit i ett hälsoprogram i en stadsdel i Malmö stad. Stadsdelen har tidigare gjort enkätutvärderingar av programmet. Nu ville de ha en kvalitativ studie som mer djupgående belyser om och på vilket sätt programdeltagandet kan ha påverkat medarbetarens hälsa, arbetsmiljö och privatliv. Jag hade ett avstämningsmöte (20080116) med hälsopromotern och stadsdelens personalkonsulent för att diskutera uppdraget och vad hälsoprogrammet innebar. Efter genomgången av programmet bedömde jag att deras önskemål var för omfattande inom ramen för en kombinerad kandidat- och magisteruppsats. Vi kom fram till att jag kunde göra en undersökning med fokus på hur medarbetaren upplever deltagandet i programmet i relation till dennes upplevda hälsa idag. Personens privatliv och arbetsmiljö kommer ändå till viss del beröras då jag tycker det hänger samman med personens hälsa. Önskvärt var att det går att se några mönster/indikationer i det insamlade materialet som, med min hjälp och teoretiska analys, kan lyftas fram och eventuellt bli underlag för förbättringar av projektet.

Problemformulering

Ett problem är till för att lösas, åtminstone ett tappert och ärligt försök kan räcka långt, enligt mig. Detta avsnitt ringar in det problem jag gett mig i kast med i denna undersökning. Menckel (2004) skriver att det finns mycket kunskap kring faktorer som orsakar ohälsa respektive främjar hälsa. Däremot är kunskapen bristfällig gällande processerna kring hur hälsofrämjande insatser implementeras och effekterna av insatserna, d v s vad som leder till vad och i vilka sammanhang. Det saknas bra mått och metoder för att göra uppföljningar och utvärderingar av hälsofrämjande arbete, men genom olika fallstudier ökar kunskapsmassan. Det är viktigt att sprida kunskap om vad hälsofrämjande på arbetsplatsen innebär och dess betydelse i personers hela livssituation.

Med denna undersökning strävar jag efter att kunna tillföra kunskap kring medarbetarens upplevda hälsosituationer i relation till ett specifikt hälsofrämjande projekt vars huvudmål är att minska korttids- och långtidssjukskrivningar. Fokus för uppsatsen är inte sjukskrivningar som fenomen även om det berörs i undersökningen. Problemmrådet som intresserat mig är hur medarbetare upplever den hälsofrämjande insatsen och om denna gett någon påverkan på deras upplevda hälsosituation. Problematiken i att mäta hälsofrämjande arbete gör att jag inte eftersträvat en generalisering av studiens resultat. Målet är att uppsatsen blir en fallstudie som utgör ett bidrag till hur hälsofrämjande arbete kan bedrivas och dess påverkan på den upplevda hälsosituationen ur ett brukarperspektiv, d v s för de medarbetare som använt insatsen.

Syfte och frågeställningar

Min utgångspunkt är att hälsa och faktorer som påverkar hälsan innefattar många dimensioner och aspekter (se avsnittet Teoretisk referensram) och hälsoprogrammet syftar till att främja medarbetarnas hälsa och förebygga sjukskrivning. Uppdragsgivarnas önskemål är att se hur medarbetare upplevt programmet och hur projektdeltagandet kan ha påverkat medarbetarens hälsa, arbetsmiljö och privatliv. Jag är intresserad av att se om medarbetare upplever sina hälsosituationer i relation till programdeltagandet. Jag har försökt väga in

dessa aspekter i relation till de riktlinjer som Malmö Högskola satt upp gällande tid och omfattning för en kombinerad kandidat- och magisteruppsats. Många aspekter kommer därför att beröras i undersökningen samtidigt som många inte kunnat studeras ingående eller inte alls (se avsnittet Avgränsningar).

Syftet med undersökningen är att ge en djupgående förståelse av hur 8 medarbetare upplevt hälsoprogrammet. Syftet är också att se om deltagandet har (eller inte har) påverkat deras upplevda hälsosituation på längre sikt. Undersökningen syftar till att vara ett lärande dokument och bidragande beslutsunderlag vid förändringar av verksamheten. För att uppnå undersökningens syften ställer jag följande frågeställningar:

- Hur upplevde medarbetarna sin hälsosituation innan programdeltagandet?
- Hur upplevde medarbetarna programdeltagandet?
- Hur upplever medarbetaren sin hälsosituation idag i relation till programdeltagandet?

Hur medarbetarna upplever att programmet påverkat deras hälsosituation kommer att diskuteras men syftet är inte att mäta exakt i hur stor eller liten påverkan programmet haft utan ge en nyanserad bild där beskrivningen kan spegla på vilka sätt medarbetarna upplever en påverkan eller inte. Frågeställningarna hålls därför öppna och kommer att besvaras med en beskrivande och ingående analys utifrån vissa teoretiska resonemang för att skapa förståelse i hur medarbetare kan uppleva ett hälsofrämjande program.

Avgränsningar

Hälsa och hälsosituationer är enligt mig komplexa fenomen och bör inte förenklas men samtidigt måste avgränsning göras i relation till resurser och möjligheter så att undersökningen kan ha ett djup och inte bara bredd vilket är syftet med undersökningen. Malmö Högskolas riktlinjer för omfattning är 45 sidor och tidsramen är en termin för en kombinerad kandidat- och magisteruppsats. Avgränsningar har gjorts i relation till detta, inte minst metoderna för hur uppsatsen genomförts (se avsnitt Metod). Min bedömning är att 8 kvalitativa 1 timmes intervjuer kan genomföras. Avgränsning har gjorts så att fenomenet som studeras är deltagandet av programmets inverkan på den upplevda hälsan. Detta har gjorts eftersom programmet syftar till att förebygga ohälsa och främja hälsa vilket jag tycker är ett omfattande studieområde. Att även studera arbetsmiljö, individernas privatliv och sjukskrivning som separata temata anser jag orimligt även om det begränsar undersökningen. Däremot berörs dem till viss del då områdena går in i varandra, enligt mig.

Hälsoprogrammet har införts på alla arbetsplatser i stadsdelen, varav hälften i början av 2006 och hälften i början av 2007. Uppdragsgivarna ville att jag intervjuade personal från Vård-Omsorg och Utbildning då de är de största sektorerna. Jag berättade att jag utgick från att hälsan kontinuerligt påverkas av olika omständigheter i individens fysiologi och dennes fysiska och psykosociala miljö. Arbetet är en del av detta och jag ansåg att verksamheter skiljer sig åt gällande organisering och arbetsinnehåll. Vi kom överens om att jag därför skulle avgränsa mig till förskoleverksamheten. Jag studerar inte förskoleverksamheten i sig utan 8 individers upplevda hälsosituationer, men de befinner sig i en viss organisatorisk kontext även om det finns inbördes skillnader mellan förskolorna.

Jag har avgränsat mig till att undersöka de delar av programmet vilka medarbetare som genomgår HPB 1 och HPB 2 deltar i. Detta innebär att fokus i undersökningen blir de individbaserade insatserna av programmet. Avgränsningen ger en möjlighet till att försöka se ett mönster i intervju svaren som kan peka på om och vad i exempelvis förskolans organisering som inverkar på hur de upplever sin hälsosituation (se vidare avsnitt Metod).

METOD

Metodvalet avgörs av undersökningens syfte sedan är det metoden som avgränsar vad som kommer att belysas i undersökningen (Lanz, 1993). Undersökningens syfte är att ge en djupgående förståelse av hur medarbetarna upplevt deltagandet i programmet i relation till hur de upplever sin hälsosituation idag. Metodavsnittet syftar till att ge läsaren en tydlig redogörelse för avvägningar och tillvägagångssätt som präglar forskningsprocessen. Forskningsprocessen ligger till grund för undersökningen och dess resultat.

Val av metod

En forskare kan använda intervju som datainsamlingsmetod för att inskaffa mycket information om något och är lämplig om data baseras på känslor, erfarenheter och är av komplex karaktär eller behandlar känslig data (Denscombe, 2000). En individs hälsa kan vara upplevas som känsligt och utelämnande att tala om inför en främmande person. Jag har utifrån detta valt att använda mig av kvalitativ intervjumetod. Kvalitativ intervjumetod används som ett medel för att försöka upptäcka, utröna och förstå egenskapen hos någonting. Intervjun är icke-standardiserad dvs att intervjuaren utvecklar och anpassar frågorna utifrån svaren som ges. Metoden innebär att forskaren saknar förutbestämda svar och intervjun ses som en vägledad konversation. Intervjuarens roll är att vara medskapare till intervjuens resultat med syfte att skapa ett sammanhängande begripligt resonemang (Starrin & Renck, 1996).

Jag har valt att göra personliga, semistrukturerade intervjuer. Personlig intervju innebär att intervjuaren besöker den som ska intervjuas t ex på arbetsplatsen eller att personen tar sig till en viss lokal (Rosengren & Arvidson, 2005). Både semistrukturerade och ostrukturerade intervjuer kan användas vid djupgående undersökningar, inte minst de som fokuserar på personliga erfarenheter och känslor (Denscombe, 2000). Eftersom jag är ute efter den subjektiva upplevelsen av hälsa, hälsosituation och programdeltagande anser jag att mitt val av metod är passande, men en viktig aspekt dyker i och med detta upp som läsare och forskare bör vara medvetna om. Theorell (2003) menar att vissa informanter är ”gnälliga” vilket gör att de ger negativa svar och ser negativa samband med allt. Det finns vissa som är ”tåliga” och istället inte ser några problem alls vilket bl a kan bero på förnekelse, omedvetenhet eller att personen inte tänkt efter. Detta leder till en överskattning eller underskattning av situationen. Denna aspekt kan påverka svaren jag får från informanterna.

Urvalsprocess

Informanterna som valts ut är tillsvidareanställda, då det är endast dom som får ta del av hela programmet. Urvalet begränsas till dom som, efter

enkätundersökningen, rekommenderats att göra HPB. Detta innebär att urvalsramen satts av konsultföretaget HPI Nordic eftersom de sällar ut personer som de bedömer riskerar ohälsa. Jag har vid flertalet tillfällen försökt få kontakt med konsulten gällande deras utsällning utan framgång. Jag har avgränsat mig till medarbetare i förskoleverksamheten. Eftersom jag vill undersöka upplevda effekter av programmet i sin helhet och dess moment har urvalet avgränsats till dom som gjort HPB 1 och uppföljning (HPB 2) för att de således genomgått olika alla programmet. Alla moment i programmet är frivilliga och innebär att jag inte får information från dom som avbrutit programmet. Detta är en intressant aspekt som ej berörs i undersökningen. Utvalda informanter deltog i programmet första året 2006, för att jag vill se om programmet påverkat informantens hälsosituation på längre sikt. Nackdelen med att välja informanter från första året istället för andra (2007) kan vara att de kan ha svårare för att minnas programmets eventuella inverkan på deras upplevda hälsa. Det kan ha hänt många saker som påverkat informanternas hälsa sedan de deltog i programmet. Fördelen är just densamma, jag vill inte se till upplevda effekter isolerat till programmet utan i relation till den kontext individen befinner sig.

Urvalet brukar, vid kvalitativa studier, främst styras av syftet med studien eller de teoretiska utgångspunkterna som studien har. Ambitionen är inte, som vid kvantitativa studier, att lyckas uppnå en statistisk representativitet. Urvalet ska leda till en förståelse av variationer i fenomenet som studeras och sker genom att strategiskt välja ut nyckelpersoner (Svensson, 1996). Forskaren kan ha en sociologisk ansats vid valet av informanter vid kvalitativa studier. Valet baseras på sociala värden som t ex bakgrund, utbildning, yrke etc som kan påverka våra värderingar och attityder (Rosengren & Arvidson, 2005). Denna undersökning baseras på en kvalitativ intervju metod och syftar inte till att vara representativ för en större population än de 8 individer som intervjuats. Jag utgick ifrån sociala värdena: ålder, kön och yrke. Detta gjordes för att försöka få en större spridning av informanter och på så sätt försöka få varierande intervju svar.

De individuella HPB och uppföljningarna är sekretessbelagda och jag har inte fått ta del av dessa vilket påverkade hur urvalsprocessen utformades. Jag bad hälsopromotern att sammanställa en kodad lista genom att numrera de som gjort HPB och uppföljning under året 2006 från förskoleverksamheten från 1-N. Bredvid varje siffra angavs mina valda sociala värden. Alla var kvinnor och det fanns endast två yrkesgrupper: förskolelärare och barnskötare. Jag bestämde mig för att välja 4 barnskötare och 4 förskolelärare som tillsammans gav så stor spridning på åldern som möjligt. Dessa utgjorde urvalsgruppen för min undersökning. Ytterligare 8 informanter valdes ut där spridning av ålder och yrke liknade urvalsgrupp 1. Dessa utgjorde en reservgrupp om bortfall av valda informanter uppstod i urvalsgrupp 1. Listan skickades tillbaks till hälsopromotern där mina två grupper markerats. Innan intervjuerna kunde påbörjas måste ett tillstånd ha medgivits av informantens närmsta chef enligt Etiska rådets bestämmelser på Malmö Högskola. Min etiska prövning var preliminärt godkänd och fick godkänt när tillstånden inkommit. När mitt urval var färdigt skickade jag tillståndsblanketter till hälsopromotern som vidarebefordrade dessa till chefer på berörda förskolor. Först efter dessa underskrivits och återsänts till mig kontaktade hälsopromotern informanterna och bokade intervjutider. När hälsopromotern kontaktade informanterna fick de mitt informationsbrev (se bilaga 3) kring vad undersökningen syftade till. Vid kontakten fick hon muntligen berätta det som

stod i brevet till informanten. En person avböjde och ersattes med en informant från reservgruppen tillhörande samma yrkesgrupp med närliggande ålder. Hade jag kontaktat personerna själv hade det uppstått problem att förklara sekretessfrågan och kan upplevas som kränkande för medarbetaren. Det kan även skada deras förtroende till hälsopromotern. Genom detta förfaringssätt vet hälsopromotern vilka informanter som deltagit i undersökningen, något informanterna också är medvetna om. Detta kan påverka den information intervjupersonerna vill lämna eftersom de vet att hälsopromotern arbetar med hälsoprogrammet och att hälsopromotern hållit i deras HPB. Däremot informerades de om att de ges ett fiktivt namn i undersökningens resultatredovisning. Resultatet blir en sammanställd text av alla intervjuer även om citat från enskilda intervjuer används. Detta är ett försök till att minska risken för identifiering av hälsopromoter och utomstående. Detta är också ett sätt för att hantera möjligheten att presentera känslig information.

Förberedelser inför datainsamling

Vid semistrukturerade intervjuer har intervjuaren en lista över ämnen som ska behandlas samt frågor som ska besvaras. Listan ska dock inte styra ämnens ordningsföljd och den intervjuade får utveckla sina idéer och utförligt beröra ämnena. Svaren är öppna och fokus ligger på att den intervjuade får utveckla sina synpunkter (Denscombe, 2000). Jag har tolkat denna lista som en form av intervjuguide. Intervjuguiden baseras på målsättningen med undersökningen och de metodval forskaren gjort. Den testas sedan genom pilotintervjuer, finjusteras och kan sedan bestå i olika temata och frågeställningar (Starrin & Renck, 1996). Jag utformade en intervjuguide med ett antal temata och frågor (se bilaga 2) baserat på syftet med undersökningen, mina frågeställningar och de förkunskaper jag införskaffat mig på ämnesområdena. Innan den färdiga intervjuguiden gjordes ett utkast över tänkbara frågor som jag ville beröra vilka sedan bedömdes av en kurskamrat och min handledare. Intervjuguiden reviderades sedan, men någon pilotstudie gjordes inte. Intervjuaren måste försöka få information om de punkter som angetts i guiden. Svaren behöver inte ges i en viss ordning och svaren kan variera i innehåll och omfång, men intervjuaren ska försöka skapa förutsättningar så att informanten kan lämna så adekvata svar som möjligt (Starrin & Renck, 1996). Många av frågorna i guiden var bara ett stöd för mig om informanten inte sa något. Vissa frågor föll bort efter första intervjun. De frågor som berördes under första intervjun blev de som användes för alla andra. Ofta besvarades frågorna i intervjuguiden av informanten utan att jag ställde dom. När jag ställde frågorna formulerades de inte alltid exakt som de står i intervjuguiden under själva intervjun.

Datainsamling

I avsnittet Bakgrund användes anteckningar från avstämningsmötet (20080116) med uppdragsgivaren. Dessa återsändes och korrigerades av hälsopromotern för att säkerställa informationens riktighet. Intervjuerna genomfördes under perioden 20080325 – 20080411. Jag valde att endast göra en intervju per dag för att kunna vara fokuserad på informanten. Det ligger på intervjuarens ansvar att se till att den rumsliga utformningen blir så god som möjligt. Rummet bör vara fritt från intrång av andra, störande ljud och telefoner (Lantz, 1993). Att intervju någon på en arbetsplats med många barn ansåg jag skulle kunna skapa störande moment. Alla intervjuer skedde av den anledningen i ett rum på Medborgarkontoret som i förväg bokades av hälsopromotern.

När intervjun ägde rum inledde jag med att ge den en kontextuell inramning. Kontextuell inramning innebär att intervjuaren ser till att båda parter i intervjun är överens om bl a vad som ska ske under intervjuens gång, dess varaktighet, etiska frågor, syftet med intervjun, förväntade slutsatser och resultat och återkoppling (Lantz, 1993). Jag valde att använda mig av ljudupptagning vilket alla informanter godkände (se avsnitt Etiska aspekter). Ljudupptagning kan påverka och hämma informantens utsaga, informanten kan känna det som hotande att allt permanent dokumenteras i början av intervjun, men brukar slappna av efter ett tag (Denscombe, 2000). Enligt mig övervägde det att jag kunde fokusera på det som sägs istället för att anteckna det som sagts och då lyssna mindre aktivt. Intervjuernas varaktighet varierade från 20min upp till 1h 18min⁷. Detta är en stor spridning och kan eventuellt bero på att vissa människor kan uppleva det som för privat eller för känsligt att prata om sin hälsosituation med en främmande person. Det kan också bero på frågornas karaktär, mitt sätt att intervjua eller hur informanten mådde den dagen. Detta innebär att jag fått olika mycket information från respektive informant och påverkar därför resultatet. Samma temata och frågor berördes i alla intervjuer, men olika informanter utvecklade olika delar olika mycket. Eftersom det är informantens upplevelse jag är intresserad av anser jag att variationen är acceptabel.

Bearbetning, presentation och analys av data

När intervjuerna var klara transkriberade jag dessa. Vid kvalitativ metod sker en del av analysen parallellt med insamlingen vilket skapar en förståelse för hur kodningen av data kan göras. Vid bearbetningen måste forskaren gå igenom sitt material flera gånger för att hitta aspekter och detaljer (Rosengren & Arvidson, 2005). Lantz (1993) skriver att datareduktion är ett systematiskt sätt att göra materialet hanterbart och sälla bort det som inte är föremål för analys och bedöms som irrelevant utifrån undersökningens frågeställningar. Reduceringen blir ett led i analysen. Kvalitativ databearbetning kan göras genom att forskaren läser igenom utskriften av intervjun för att få en överblick. Sedan tar denne fasta på enskilda temata och ser varje tema i relation till hela intervjun. Forskaren pendlar mellan helheten och delarna av intervjun. Intervjuaren ska inte tolka eller analysera informantens beteende under intervjun men icke-verbal kommunikation ska beaktas vid presentation av data d v s pauser etc. Genom att ha förkunskaper om fenomen som berörs kan forskaren nyansera både intervjun och analysen. Genom att försöka öka förståelsen av fenomenets mening med en nyanserad analys ökar dess giltighet enligt författaren. Genom att bilda kategorier som avspeglar innehållet i intervjuerna blir fenomenet mer överskådligt, samtidigt kan viktiga innebörder i det som sagts gå förlorade. Helheten från varje intervju kan brytas ner till delaspekter för att fördjupa förståelsen av detaljerna som bildar helheten. Det gäller att balansera reduceringen av data med att bibehålla den kvalitativa ansatsen, d v s den sammanhangsbestämda kunskapen (a a).

Jag läste igenom varje intervjuutskrift var för sig, sedan läste jag dom igen och markerade vad som var relevant utifrån undersökningens syfte och frågeställningar. Sedan spaltade jag upp och numrerade olika temata utifrån intervjuguiden och materialet. Jag tog sedan tema för tema och numrerade dessa

⁷ Respektive intervjus varaktighet: 20min, 20min, 40min, 45min, 59min 1h 04 min , 1h 15min och 1h 18min.

där de berördes i intervjun. Jag sammanställde sedan helhetsuppfattningen av varje tema i intervjun och valde ut citat som belyste detta. Referatet återsändes till informanten som fick läsa igenom det och notera ifall något var för känsligt eller missförstått. De fick en beskrivning över hur jag valt att transkribera intervjun för att förstå citaten. Vissa informanter berörde knappt temata som jag bedömde som intressanta för analys efter datareduktionen av alla intervjuutskriften och jag bifogade därför 4 tilläggsfrågor som alla fick möjlighet att besvara utförligare (se bilaga 2). De informerades återigen om anonymitet och att detta var frivilligt. Jag läste sedan igenom alla referat och gjorde en sammanställning under de temata och frågor som är relevanta för analys och undersökningens syfte vilket presenteras i avsnittet Resultat. Sammanställningen syftar till att ge en överskådlig och nyanserad bild av hur informanterna svarat kring varje tema. Genom att presentera citat får läsaren ta del av de rådata som mina tolkningar baseras på. Reduceringen gör att helheten av varje informants intervju går förlorad, men utrymmet tillåter inte en presentation av respektive intervju, enligt mig. Anonymiteten gentemot hälsopromotern utlovades vilket påverkat hela undersökningen och redovisningen av resultatet. Hälsopromotern har vetskap om vilken aktivitet som informanten valt liksom exakt ålder. Detta har inneburit att jag inte kan redovisa varje persons upplevelser av programmet i sin helhet och på så sätt inte heller göra en analys över skillnad i val av aktiviteter anses ha påverkat deltagares hälsa eller hälsovanor mer eller mindre. Ingen ingående analys kring ålderns inverkan eller arbetsplats för respektive informant kan göras. Detta har jag upplevt som begränsande både vid resultatpresentation och vid analys.

Analysen syftar till att, utifrån min teoretiska referensram, kunna ge en nyanserad diskussion kring resultatet från intervjuerna. Analysarbetet har skett kontinuerligt från det att jag intervjuat informanterna. För att underlätta för läsaren presenteras analysen utifrån samma temata som i resultatdelen. Undersökningen baseras på ett abduktivt arbetssätt. Danermark (2006) skriver att abduktion innebär att forskaren pendlar mellan teori och empiri för att fördjupa förståelsen för det specifika fenomen som studeras. Jag valde ut preliminära teorier innan intervjuerna genomfördes. Dessa baserades på undersökningens syfte och de förkunskaper jag hade om fenomenet som skulle studeras. Dessa val påverkade vilka frågor som ställdes upp i intervjuguiden. Valen baserades på hälsa, hälsofrämjande arbete och det specifika hälsoprogrammet samt de avgränsningar som gjorts. Efter intervjuerna bearbetats reducerades den teoretiska referensramen så att den skulle möjliggöra en relevant analys. Jag analyserar det empiriska materialet utifrån min teoretiska referensram med syfte att på olika sätt diskutera uppsatsens frågeställningar.

Etiska överväganden

Vetenskapsrådet (2002) har givit ut en skrift om forskningsetiska principer som vägvisare för hur forskare etiskt bör förhålla sig till individskyddskravet på den forskning som ska bedrivas. Individskyddskravet delas upp i fyra huvudkrav: informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav.

Informationskravet innebär att deltagaren är informerad om deras uppgift i undersökningen och vilka villkor som gäller för deras deltagande. De ska ha informerats om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas utan att de behöver lämna någon förklaring samt uppgifter om undersökningen som kan tänkas

påverka villigheten att delta. *Samtyckeskravet* innebär att de har haft möjlighet att bestämma över sin medverkan (Vetenskapsrådet, 2002). Informationsblad om undersökningen skickades ut till utvalda informanter (se bilaga 3) och när jag träffade informanten berättade jag muntligen syftet med undersökningen, att de närhelst kunde avbryta intervjun och att de är anonyma i undersökningen. Jag berättade att undersökningen kan beröra känsliga områden och informanten får välja vad de vill berätta och hur ingående. Precis innan själva intervjun påbörjades fick de skriftligen lämna samtycke att delta i intervjun. Detta kan upplevas som tvingande när intervjuaren sitter i samma rum, men jag bedömde att informationsbladet var detaljerat och de behövde få tid att läsa igenom det noggrant. De skulle även få tid till att fundera på om de ville delta i studien. Det underlättar också för informanten att ställa frågor om något var otydligt i brevet vid intervjutillfället. Jag frågade alla om godkände ljudupptagning under intervjun och hade kollegieblock och penna framme. Detta för att visa på att det inte fanns tvång att spelas in. När tilläggsfrågorna sändes ut (tillsammans med referat) informerades de om att detta var frivilligt och att de behöll sin anonymitet.

Konfidentialitetskravet innebär att information om personuppgifter skall ges så stor konfidentialitet som möjligt och oåtkomliga för obehöriga. Vid avrapportering ska enskilda individer inte kunna identifieras, inte minst om undersökningen berör känsliga frågor. Samråd ska ske om delar är av privat natur i rapporten (Vetenskapsrådet, 2002). Deltagarna informerades om att inspelningen förvaras hemma hos mig oåtkomlig för obehöriga, likaså transkriberingen. De ombads lämna e-postadress efter intervjun om de ville läsa igenom referatet. Jag bedömde att möjligheten att få läsa igenom referatet övervägde utlämnandet av sådan kontaktuppgift eftersom det minskar risken för att deras arbetsgivare eller hälsopromotern får ta del av informationen om det distribuerats via dem. Anonymitet uppnås genom att de får fiktiva namn i undersökningen. Genom att inte redovisa intervjupersonerna var för sig minskar risken för igenkännande. Fördelen i att intervjuerna skedde på medborgarkontoret anser jag är att arbetskamrater och barn annars undrat varför jag, som intervjuare, kom till arbetsplatsen. Även om informanten går iväg kan medarbetare och barn ställa frågor, men informanten behöver inte lika ingående förklara sig, enligt mig. Under intervjuerna frågade några informanter om anonymiteten igen. Jag bedömde därför att även aidentifiera stadsdelen, hälsopromotern, personalkonsulenten och hälsoprogrammets namn.

Nyttjandekravet innebär att uppgifter om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål. Personuppgifter får inte användas för beslut som direkt påverkar den enskilde (Vetenskapsrådet, 2002). Undersökningen är ett uppdrag och kommer att ges till uppdragsgivaren. Det kan leda till att uppdragsgivaren riktar åtgärder till olika nivåer inom organisationen t ex kring arbetsorganisering, men har då endast en indirekt påverkan på informanten. Undersökningen får inte användas i kommersiella sammanhang. Eftersom undersökningen är en uppsats kommer den att redovisas vid opponering och kan publiceras på Malmö Högskolas hemsida. Det är således en offentlig handling. Vetenskapsrådet (2002) rekommenderar att forskaren bör låta deltagare få ta del av etiskt känsliga avsnitt. Forskaren bör också fråga om deltagaren vill ta del av rapporten (a a). Referatet som återsändes till informanterna innehöll tolkningar och citat från intervjun. De fick då se i vilket sammanhang jag tolkat det som sagts och även markera om de tyckte något var för känsligt. De fick då reda på vilket fiktivt namn de har i

undersökningen. Alla informerades om att de får ta del av uppsatsen när den är klar. En eventuell risk är att undersökningen kan skapa negativa känslor hos deltagare då den berör personliga frågor som informanten inte velat diskutera. Detta försökte jag vara uppmärksam på under intervjun.

Reliabilitet och validitet

Begreppet reliabilitet kan definieras som tillförlitligheten i mätningen. Det som skiljer reliabilitet från validitet är att hög reliabilitet innebär minskade slumpmässiga mätfel som skapats av: mätinstrumentet, den som utför mätningen, omgivningen och situationen för mätningen och det mätta objektet. Exempelvis kan en otydligt formulerad fråga, visst tonfall från intervjuaren innebära att informanten tolkar hur denne ska svara på ett felaktigt sätt. För att öka reliabiliteten brukar forskare öka graden av standardisering av mätning förfarandet t ex genom intervjuarutbildning, intervjuguide, bundna svarsalternativ etc. Graden av reliabilitet mäts genom att samma mätinstrument kan användas vid två tillfällen där resultatet blir detsamma. Validitet innebär giltigheten i en undersökning. Giltigheten uppnås om det framgår att forskaren använder sig av en mätning som mäter det som denne avser att mäta (Rosengren & Arvidson, 2005). Svensson (1996) anser att validiteten överordnad reliabiliteten vid kvalitativa studier. Även om mätningen i sig är god innebär det inte att du mätt det du avsett att mäta. I kvalitativa studier är reliabiliteten svår att bedöma avskilt från validitetsbedömningen. Detta beror på att standardiseringen av frågor och svar oftast inte är lika hög som i kvantitativa studier och forskaren får därför bedöma reliabiliteten i det sammanhang och den situation som råder vid varje intervjutillfälle (Svensson, 1996). Vid intervjuer finns det en så kallad intervjuareffekt. De betydelser intervjuaren och informantens identiteter, t ex kön, ålder och etniska ursprung, har för respektive part påverkar intervjun. Intervjuareffekten beror även på ämnet som intervjun berör, t ex personlig hälsa, och påverkar hur utförligt och ärligt informanten svarar (Denscombe, 2000). Hos båda parter i intervjun finns förväntningar på beteenden och reaktioner vilket kan leda till att båda bidrar till att svara, eller delar av svar, blir snedvridna (Rosengren & Arvidson, 2005).

Jag gick en kurs i samtals- och intervjumetodik parallellt med uppsatsskrivandet. Syftet med att gå kursen var att kunna genomföra intervjuer kring ett känsligt ämne på ett professionellt sätt för att öka reliabiliteten och validiteten i undersökningen. För att öka tillförlitligheten i uppsatsen genomfördes alla intervjuer med ljudupptagning och i ett rum utanför deras arbetsplats. Reliabiliteten kan vid kvalitativa studier öka om forskaren ger en grundlig redogörelse för forskningens syfte och teori, hur den genomfördes och resonemangen bakom de val som gjorts (Denscombe, 2000). Detta har jag försökt göra i detta metodavsnitt och löpande i undersökningen.

Beskrivande validitet kan uppnås i själva intervjun genom att intervjuaren bekräftar och bemöter reaktionerna som informanten visar, d v s att samtalet ses som ett samspel mellan två aktörer där rollen som intervjuare är att försöka förstå hur informanten förmedlar information (Svensson, 1996). Under intervjuerna använde jag mig av spegling för detta och för att minska misstolkningar och tvetydigheter. Spegling innebär att du lyssnar på det som sägs och på vilket sätt detta sägs och sedan försöker du formulera med egna ord och kroppsspråk det du uppfattat (Lindh & Lisper, 1990). Tolkande validitet uppnås om forskarens

tolkning av mening och innebörd stämmer med informantens så att det är informantens upplevelser som förmedlas och inte forskarens (Svensson, 1996). Informanterna fick läsa igenom mina tolkningar från deras intervju och kontrollerade att inga misstolkningar gjorts eller att citaten tagits helt ur sitt sammanhang⁸. Teoretisk validitet kan uppnås genom att motivera val av teoretiska begrepp och tydligt redogöra dessa så att läsaren kan bedöma om de är meningsfulla och relevanta för undersökningens syfte och det som ska studeras. Det krävs även en tydlig redogörelse för relationen mellan begreppen så att läsaren förstår hur begreppen används vid analys av det empiriska materialet (Svensson, 1996). Detta görs i avsnittet Teoretisk referensram.

Generaliserbarhet

En systematisk generalisering till en större population brukar i kvalitativ forskning vara svårt och är ofta inte heller syftet. I och med att forskare sällan gör ett statistiskt urval av en större population vid dessa typer av studier kan inte heller statistisk representativitet uppnås, d v s extern generalisering. Urvalet baseras istället på teori och syfte med studien där forskaren strävar efter ökad förståelse av variationer i fenomenet som studeras. En form av generalisering kan dock ske i kvalitativ analys genom att resultatet kan antas vara rimligt avseende den specifika informanten och resonera kring om samma process i olika situationer kan leda till olika resultat genom att jämföra analysen med andra resultat publicerat inom samma område. Forskaren kan försöka uppnå en intern generalisering, d v s en eftersträvan att kunna dra slutsatser inom den studerade kontexten som forskaren avgränsat sig till (Svensson, 1996).

Syftet med denna undersökning är att genom analys av insamlad data försöka se mönster som kan relateras till den teoretiska referensramen och frågeställningar. Att försöka diskutera hur 8 deltagare upplevt hälsoprogrammet innebär att undersökningen baseras på 8 individers utsagor vilka inte ska ses representera någon annan. Det är mönstret i utsagorna som i så fall kan diskuteras och antas vara mer eller mindre framträdande för den urvalsgrupp som undersökningen bygger på. Detta i sin tur kan vara viktiga aspekter för uppdragsgivaren att tänka på vid verksamhetsutveckling.

TEORETISK REFERENS RAM

Tidigare forskning

I detta avsnitt går jag endast kortfattat igenom resultat från en studie kring hur människor kan se på begreppet hälsa vilket ska relateras till mina resultat i slutsatserna. Sedan följer en redovisning av slutsatser från en omfattande kunskapsöversikt kring hälsofrämjande insatser på arbetet som motivering till delar av mina teoretiska val.

Allmänna definitioner av hälsa

Blaxter gjorde under 1990 en av de mest omfattande och breda undersökningarna kring hur lekmän uppfattar begreppet hälsa. Undersökningen omfattade ca 9000

⁸ Citat alltid tagna ur sin ursprungliga kontext (Denscombe, 2000).

individer från olika åldrar och sociala grupper i hela Storbritannien (Medin & Alexanderson, 2000). Jag kommer kortfattat att presentera Blaxters resultat med min egen översättning. Blaxter (2004)⁹ skriver att i undersökningen fick deltagarna svara på frågan om ”hur är det när du har god hälsa/är frisk (healthy)” och ombeddes ”att beskriva en hälsosam person som de kände”. Under analysen kom Blaxter fram till att svaren skildes åt gällande kön och ålder och kunde sorteras i fem övergripande kategorier (även om definitionerna ofta kombinerades av deltagarna). Min översättning (Blaxter, 2004 s 51-53):

- 1. Hälsa som att inte känna sig sjuk och frånvaro av sjukdom.** Hälsa definierades som frånvaro av sjukdom eller då det inte fanns behov av medicinsk vård. Samtidigt uppkom en definition där någon kunde ha en sjukdom och säga att de, förutom sin sjukdom, inte kände sig sjuk. Den sistnämnda definitionen användes något oftare av dem som hade högre utbildning och högre inkomster. Definitionen av hälsa från dem som ansåg sig ha bra hälsa kunde oftare placeras i denna kategori än de som ansåg sig ha dålig hälsa.
- 2. Hälsa som fysisk och psykosocial energi och vitalitet.** Hälsobegreppsdefinitionerna innehöll (främst bland unga män) ord som styrka och fysisk fitness, atletisk och möjligheten att utöva fysiska sporter. Kvinnor och äldre män använde oftare ordet fysisk energi och psykosocial vitalitet där det framgick att personerna såg hälsan som en resurs till ork, motstånd mot sjukdomar och återhämtning efter tillfällig sjukdom.
- 3. Hälsa som sociala relationer.** Definitionen användes mest bland kvinnor, bland de yngre poängterades bra relationer till familj och barn och bland de äldre att du kunde aktivt delta i sociala relationer och hjälpa andra.
- 4. Hälsa som funktionsförmåga.** Denna definition berörs även av kategori 2 som möjliggör att personen kan utföra saker med mindre betoning på känslor. Definitionen användes främst av äldre män och äldre kvinnor. Funktionsförmågan kunde (främst bland män) gälla att utföra fysiskt ansträngande arbete och bland äldre att ha rörelseförmåga eller klara fysiska åtaganden utan hjälp, ta hand om sig själva eller fortsätta att arbeta trots åldersrelaterade sjukdomar.
- 5. Hälsa som psykosocialt välbefinnande.** Personerna såg hälsa som ett mentalt tillstånd och var mest frekvent svar om man ser till alla åldrar förutom yngre män. Definitionen var mest använd bland medelålders kvinnor och de med högre utbildning eller de som inte hade fysiskt ansträngande arbete. Ord som ofta användes var lycka, självförtroende, uppskattning av livet och att leva samt hälsa som sinnestillstånd.

Sammanställning av systematiska kunskapsöversikter

Källestål m fl (2004) har presenterat en sammanställning av systematiska kunskapsöversikter kring effektiviteten av program för att främja hälsan (eller minska risken för ohälsa) på arbetsplatser¹⁰. Kunskapsöversikterna har publicerats i internationella och refereebedömda vetenskapliga tidsskrifter. Syftet med

⁹ Blaxter (2004) hänvisar till sin egen studie och därför har jag inte gått till originalstudien.

¹⁰ Med hälsofrämjande på arbetsplatser menar Källestål m fl (2004) ansträngningar som sker i alla sammanhang där individer arbetar som syftar till att öka välbefinnande och hälsa. Begreppet befattar sig med orsaker till ohälsa men fokus på möjligheter till god häls. Insatsers syfte: möjliggöra för arbetande människor att utveckla god hälsa och goda hälsorelaterade beteenden.

sammanställningen är att lyfta fram organisatoriska förändringar som ett led i att öka hälsan hos anställda och taga slutsatser över interventioner som kan vara effektiva och poängtera forskningsbehov inom ämnesområdet.

Sammanställningen är gjord 2004 och baseras på kunskapsöversikter publicerade 1990-2003. Sammanställningen baseras på en genomsökning av översiktsartiklar (som i sin tur inkluderar olika artiklar och studier) gjord genom olika databaser. Artiklarna bedömdes relevanta om de uppfyllde kriterierna (i) population: yrkesarbetande, arena arbetsplats – alla typer av arbetsplatser (ii) insatser: alla, förutom samhällsinsatser där arbetsplatsen var en del av flera arenor och enbart interventioner för rökavvänjning (iii) utfall: självupplevd hälsa, beteendeförändringar som påverkar hälsa, sjukfrånvaro, hälsomått som fysisk och psykisk hälsa samt skador. De flesta artiklarna är publicerade i USA. Författarna poängterar att det bör beaktas att svenska arbetsförhållanden skiljer sig från andra länder. Slutligen sållades 36 översiktsartiklar ut och placerades inom fem ämnesområden.(a a)

1. Övergripande hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande på arbetsplatsen, hälsoriskbedömning¹¹
2. Förebyggande av nack-/ryggbesvär och andra besvär relaterade till rörelseorganen samt ergonomi¹²
3. Förebyggande av arbetsolycksfall, skador, säkerhetsfrämjande (inkl. säkerhetsbälte) och våld¹³
4. Insatser för kost/viktminskning, fysisk aktivitet och insatser mot hjärt-kärlsjukdomar och högt kolesterolvärde¹⁴
5. Övrigt: interventioner mot rökning/tobak, stress, hiv/aids¹⁵

Källestål m fl (2004) slutsatser är att i publicerade översiktsartiklar är fysisk aktivitet som enda insats effektiv för att förebygga ryggont. Program som använder övergripande strategier för att öka arbetstagarnas hälsa kan visa effektivitet och, med reservation för att bevisen är mindre markanta, även kostnadseffektiva. Flera översikter pekar på 3 faktorer som är avgörande för att programmen ska bli effektiva (1) individuell riskreduktion för högriskanställda (2) hälsoriskbedömningar som görs innan interventionerna sätts in och (3) att hänsyn tas till arbetstagarnas intressen t ex genom någon form av behovsanalys. De anser att det saknas kunskapsöversikter av originalartiklar som i större utsträckning belyser innehållet i och utförandet av interventionerna eller interventioner för att stärka den psykosociala hälsan.

Teoretiska perspektiv och begrepp

Jag utgår från att hälsa är ett komplext fenomen att studera liksom hälso- och livssituation och bör studeras tvärvetenskapligt. Jag har valt ut några teoretiska definitioner och resonemang som jag anser kan nyansera och fördjupa förståelsen av dessa fenomen. I detta avsnitt samlar jag ihop den verktygslåda som används för att bygga ihop resultatet med analysen. Jag inleder med en begreppsdiskussion kring hälsa för att påvisa att jag ser hälsa som ett komplext fenomen vilket jag sedan understryker i diskussionen kring relationen mellan hälsa, välbefinnande

¹¹ 9 översiktsartiklar publicerade 1994-2001 i Storbritannien, USA

¹² 6 översiktsartiklar publicerade 1994-2001 i Australien, Nederländerna, Norge, Sverige, USA

¹³ 8 översiktsartiklar publicerade 2000 i USA

¹⁴ 8 översiktsartiklar publicerade 1991-2003 i Australien, Nederländerna, Kanada, USA

¹⁵ 5 översiktsartiklar publicerade 1996 – 2002 i Nederländerna, USA

och sjukdom. Sedan berörs HPB som medvetandegörande kommunikation eftersom HPB utgör två moment i hälsoprogrammet¹⁶. Jag går sedan in på motivationsbegreppet med argumentet att motivation är viktigt för att förändra en vana eller ett beteende i sin livsstil, vilket hälsoprogrammet har velat främja. Att avgöra om någon har motivation eller inte är svårt. Enligt mig kan teoretiska resonemang kring motivation ändå användas till viss del för att försöka förstå programdeltagandets påverkan i relation till medarbetarens livsstil, beteende och livssituation. Nästa teoretiska verktyg blir psykosociala faktorer och stress. Dessa berörs inte lika ingående, men är till för att belysa andra faktorer (främst i arbetet) som kan påverka ens hälsosituation. Källestål m fl (2004) menar, efter att ha gjort en omfattande kunskapsöversikt, att det saknas kunskapsöversikter av originalartiklar som i större utsträckning belyser innehållet i och utförandet av hälsofrämjande interventioner. Det saknas kunskapsöversikter som belyser interventioner för att stärka den psykosociala hälsan. Att studier saknas kring innehåll och utförande av interventioner menar även Menckel (2004). Denna undersökning är varken vetenskapligt erkänd eller en kunskapsöversikt, men utifrån Källestål m fl (2004) och Menckel (2004) har jag tyckt att det varit intressant och motiverande att få bidra med en fallstudie som till viss del berör detta. De olika teoretiska resonemangen kan kopplas till varandra, vilket görs i analysen.

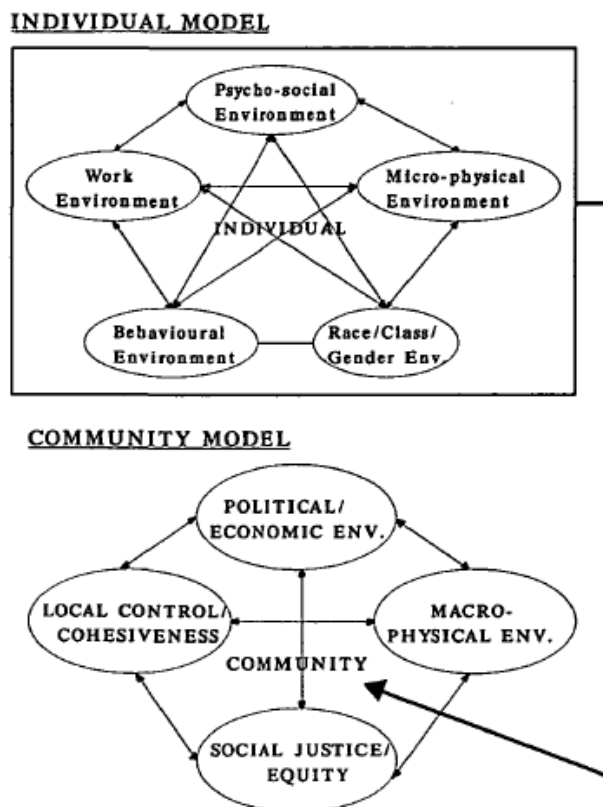
Hälsa – en begreppsdiskussion

Jag har valt att främst utgå från en ekologisk ansats i synen på hälsa. Den ekologiska synen på hälsobegreppet har vissa kopplingar till en holistisk syn då det är människan i interaktionen med omvärlden som belyses med hänsyn till biologiska, mentala och sociala aspekter på den individuella hälsan. Den holistiska ansatsen i likhet med den ekologiska ser människan som fritt handlande och med ansvar för sin hälsa. Båda ansatserna uttrycker att omständigheterna i den kontext du lever i påverkar din hälsa. Den holistiska ansatsen försöker definiera hälsobegreppet medan den ekologiska fokuserar på faktorer som upprätthåller hälsa. I den ekologiska ansatsen ses hälsa som ett paraplybegrepp (Medin & Alexanderson, 2000).

Korp (2004) skriver att det ekologiska perspektivet kan ses som ett sociologiskt resonemang där hälsan ses utifrån relationen mellan sociala och kontextuella faktorer i relation till individuella val och handlingar. Detta resonemang utgår från ett ekologiskt perspektiv som betonar människors möjligheter till medvetet handlande och förmåga att förändra i relation till de vardagliga miljöer man vistas (a a). Collins (1995) har gjort en modell som hon kallar ”a nested model of health” utifrån ett ekologiskt perspektiv. Modellen är till för att i analysen kunna se om det är andra faktorer som påverkar hur medarbetarna på olika sätt upplever sin hälsa idag. Modellen består av två dimensioner där hälsoinsatser kan sättas in, en individuell och en ”community” dimension. Med community menar författaren en samling individer med gemensamma erfarenheter och kan vara en geografisk grupp (t ex stad, bostadsområde), kulturell grupp (t ex kvinnogrupp) eller en större kategori i form av t ex ”svenskar”. Författaren poängterar att det inte ska ses som separata nivåer där det räcker med att sätta in en hälsoinsats utan att vara medveten om de andra bestämningsfaktorerna av hälsa som insatsen *inte* berör.

¹⁶ HPB 1 belyses mest i resultat och analys eftersom informanterna inte svarade lika utförligt kring HPB 2.

Det är inte heller så att det kan göras en generell rangordning kring vilka bestämningsfaktorer för hälsa som är viktigast, men eventuellt i individuella fall (a a).



Figur 2. A nested model of health. Ur Collins (1995:10;4 s 320)

Modellen består som synes av två modeller, där individ-modellen existerar i community-modellen för att poängtera dimensionsaspekterna av hälsans bestämningsfaktorer (Collins, 1995).

Individ-modellen består av fem miljöer: *psykosocial* (t ex socialt stöd), *mikro-fysisk* (t ex individuell boendemiljö, frisk inomhusluft), *etnicitet*¹⁷/*klass/kön* (t ex social konstruktion av kön, utbildningsnivå, socioekonomisk nivå, kultur), *beteendemässig kategori* (t ex alkoholkonsumtion, träning) och *arbetsmiljö* (fysisk och psykosocial påverkan t ex i form av stress eller kontroll). Individen är placerad i centret. Individens hälsa beror på hennes specifika biologiska sammansättning men även av miljöerna runt henne. Individen påverkar och påverkas av miljöerna både var för sig och av interaktionen mellan miljöerna. Individ-modellen existerar i centret av community-modellen (a a).

Community-modellen består av fyra omfattande kategorier med påverkansfaktorer för hälsan: lokalt, nationellt och globalt *politiskt och ekonomiskt klimat*, *makro-fysisk miljö* (t ex utomhusluft, transporteringsmöjligheter, klimatförändringar, kvalitet på mat), *social rättvisa och jämlikhet* (t ex rättvis lönesättning, jämlik tillgång till offentlig sjukvård och

¹⁷ Collins skriver race, men jag översätter inte ordet till ras då jag känner att rasbegreppet är förhäskat och felaktigt att använda.

omsorg, säkerhet), *gruppkontroll och sammanhållning* (t ex diskussionsforum, identifierade behov hos gruppen, påverkansmöjligheter till lokal planering och omtanke för varandra istället för konkurrens) (a a).

Collins (1995) skriver att hälsa och dess bestämningsfaktorer är väldigt komplexa fenomen. Modellen syftar till att visa på hur komplexiteten är sammanflätad mellan individ och gruppnivå även om modeller reducerar och förenklar verkligheten. Det är viktigt att se hur de olika miljöerna skiljer sig åt från person till person och för samma person över tid. Modellen ska ses som dynamisk, att vissa miljöer och bestämningsfaktorerers betydelse för individens hälsa varierar (a a). Community-modellen kommer inte användas lika frekvent i analysen, utan fokus bli individ-modellen. Community-modellen ska ses som en yttre ram som ständigt påverkar och påverkas av individ-modellen.

Relationen mellan hälsa, välbefinnande och sjukdom

I litteraturen har jag märkt att välbefinnande och livskvalitetsbegreppet definieras på olika sätt och ibland ses som synonymerna. Jag har valt att se livskvalitet som välbefinnande. Jag använder definitionen av välbefinnande som ges i Olson (2004) där välbefinnande ses som ”en känsla av att må bra”. Utifrån den definitionen anser jag att en brist på välbefinnande kan vara att må dåligt. Jag utgår från ett övergripande humanistiskt¹⁸ perspektiv gällande relationen hälsa – välbefinnande – sjukdom. Medin och Alexanderson (2000) skriver att, ur ett övergripande humanistiskt perspektiv, kan hälsa och sjukdom existera samtidigt hos en person. Hälsa och sjukdom kan ses som två olika dimensioner istället för varandras motpoler på en rät linje. Individens upplevelse av sin handlingsförmåga, av välbefinnande, tillvarons mening eller känsla av sammanhang kan på olika sätt räknas in i vad hälsa är. Fast du har en kronisk sjukdom kan du ha en god hälsa eller ha dålig hälsa fast du inte har en sjukdom. Samtidigt kan en sjukdom eller känsla av välbefinnande spela roll för hur du upplever din hälsa. Hälsa kan ses som en del av välbefinnande eller tvärtom, välbefinnande som en del av hälsa. Ofta görs dock ingen klar distinktion mellan hälsa och välbefinnande utan används ibland som synonymerna (a a).

Jag utgår ifrån att begreppen hälsa och välbefinnande flyter samman, d v s känslan av välbefinnande kan påverka hälsan, hälsan kan påverka välbefinnandet och ibland innebär välbefinnande hälsa. Detta skapar otydlighet, men som Medin och Alexanderson (2000) har jag i litteraturen haft svårt att finna en bra distinktion mellan hälsa och välbefinnande. Jag ser det som ett komplext förhållande mellan begreppen och vill inte heller förenkla det. Valet av denna definition baseras på att det är informanternas sätt att svara på vad hälsa är i relation till andra aspekter.

18 Medin och Alexanderson (2000) skriver att det finns två huvudinriktningar som teorier kring hälsa kan delas in i. Den biomedicinska inriktningen utgår från att hälsa är frånvaro av sjukdom och är reduktionistisk, d v s att man fokuserar på viss (dysfunktionell) del av människan. Den humanistiska inriktningen utgår från att hälsa är något mer än bara frånvaro av sjukdom. Människan ses som aktiv och skapande i samspel med den kontext hon lever i. Istället för att vara reduktionistisk är man intresserad av att se helheten (eller flera helheter som individen, arbetet etc). Hälsa kan inte förstås genom att endast studera vissa delar (a a).

HPB som medvetandegörande kommunikation

Gunnar Andersson och Sture Malmgren grundade HPB som en metod för beteendepåverkan och publicerades under 80-talet. HPB ska ses som en dubbelriktad kommunikationsprocess. Individen deltar aktivt i bedömningen av negativa och positiva delar i hälsoprofilen och deras betydelse för hälsoutvecklingen (Andersson & Malmgren, 1989). I undersökningen belyses HPB som en del av programmet och dess syfte kommer att diskuteras utifrån informanternas utsagor. Stadsdelens syfte med HPB är att medvetandegöra individen om levnadsvanor och hälsoupplevelsers betydelse samt individens egenansvar för hälsan. HPB kan eventuellt motivera personen att förbättra sina hälsovanor (Informationsblad, 20080116). I avsnittet Bakgrund gavs en genomgång för hur HPB genomförs. Här ges en teoretisk inramning för hur HPB ska fungera som medvetandegörande kommunikation.

Medvetandegörande kommunikation omfattar två huvudprocesser. Den ena processen sker genom interpersonell kommunikation (mellan bedömaren och individen) och den andra är en intrapersonell process (inom individen som genomgår HPB) vilka kan leda till beteendeförändring och initieras under samtalet. Utgångspunkten är att människan är relativt rationell behandlare, av för henne, tillgänglig information. Beteenden uppstår av olika anledningar baserat på individens föreställningar och hantering av dessa. Både innehållet i och förmedlingen av informationen måste åstadkomma förändringar i individens föreställningar om en bestående beteendeförändring ska ske. HPB tillämpas baserat på att individen kan lära sig att förlita sig på sig själv, tänka självständigt och fatta egna beslut kring beteendeförändring. I samtalet med hälsoprofilbedömaren (interpersonell kommunikation) ställs frågor kring tidigare fysisk aktivitet, arbetslivssituation, andra hälsovanor, social situation och föreställningar kring den egna hälsan (Andersson & Malmgren, 1989).

HPB syftar till att medvetandegöra individen om föreställningarna bakom hälsovanorna. Genom att gemensamt tolka betydelsen av testresultat i relation till individens uppfattning av sin hälsosituation under HPB tar individen del av ny information kring sin hälsa. Detta kan skapa en intern process hos individen. Processen innebär att individen värderar sin livsstil och de föreställningar som ligger bakom hälsovanorna (intrapersonell). Författarna menar att det kan i sin tur skapa en slutsatsprocess där individen eventuellt omprövar sin uppfattning. På detta sätt kan en förändring av föreställningar ske så att individen är övertygad om att förändra sitt beteende med syfte att nå bättre hälsa eller undvika ohälsa. Denna slutsatsprocess är väldigt komplex vilket gör att det kan ta lång tid innan beslut om beteendeförändring tas, konkret formuleras och omsätts i handling. Hur lång tid det tar beror bl a på om individen redan påbörjat en förändringsprocess gällande att förändra ett beteende (Andersson & Malmgren, 1989).

Syftet med kommunikationen är inte att övertala någon till förändring utan viljan att förändras måste komma från individen (Malmgren, 1989). Att använda ett skriftligt kontrakt för förändring med uppsatta mål kan stimulera en förändringsprocess. Att bestämma tid för uppföljning kan ge liknande effekt och uppföljningen kan ge en positiv förstärkning av det nya beteendet. Kommunikationen måste vara öppen och att individen känner sig trygg för att fungera optimalt. Det är viktigt att se till individens kostnader och vinster för en specifik beteendeförändringssituation (Andersson & Malmgren, 1989).

Motivation

Att motivation tas upp i den teoretiska referensramen beror på att de delar av hälsoprogrammet som främst riktats åt medarbetarna i denna undersökning inriktar sig på livsstil och beteende. Motivation menar jag är en aspekt gällande att se en insats påverkan av livsstil och beteende. Det finns olika definitioner av begreppet motivation och motivationsteorier (Imsen, 1988). Efter en pendling mellan teori och empiri har jag funnit aspekter på motivation som kan användas vid analys av mitt material. Då jag belyser motivation utifrån olika aspekter från olika författare har jag valt att inleda med en generell definition av begreppet motivation. I Nationalencyklopedin (Internet 2) står det att motivation kan ses som en psykologisk term som sammanfattar de processer som sätter igång, upprätthåller och riktar beteende.

Inre och yttre motivation

Imsen (1988) menar att inre motivation eftersträvar att uppnå mål satta av individen själv för att tillfredsställa känslor och behov. Yttre motivation innebär att målen sätts av den omgivande miljön. Individen är motiverad för att få en belöning eller uppnå mål satta av andra. Arborelius (2001) utgår från en självbestämmandeteori där individen har ett inre behov av att få bestämma själv och att personen kan hantera sin tillvaro. Författaren anser att en inre motivation gör att individen engagerar sig i aktiviteter baserat på eget intresse eller för att det är viktigt, utan att någon annan säger att det måste göras. Författaren menar att omfattande forskning visar på att genom uppmuntran och stöd till egna initiativ från lärare, läkare och vårdpersonal etc ökar den inre motivationen. Genom att bli tillsagd vad som bör göras av auktoriteter minskar individens inre motivation. Antingen gör personen raka motsatsen eller så gör denne som den blir tillsagd för att behaga auktoriteten. Författaren menar att många människor är auktoritetsstyrda och flera studier visar på att yttre kontroll, t ex genom en distriktsläkares agerande, leder till att en patient ändrar beteende. När sedan läkaren inte finns till hands och styr patienten så återgår patienten till sitt gamla invanda beteende. Detta underminerar patientens självständighet och inre motivation för en förändring. För att förändra levnadsvanor är det viktigt att individen har kontrollen att nå ett resultat och en tilltro till ett specifikt beteende i en specifik situation. Tilltron påverkas av hur individen lyckats i tidigare situationer och hur människor i sin omgivning klarar av att ändra beteenden. Vid misslyckade försök till förändring minskar motivationen. Granbom (1998) säger att om du, genom att äta sunt eller röra på dig, märker att du mår bra ökar också din motivation, men det kan vara svårt att bibehålla den. För personer som redan mår bra är det svårt att förändra sin livsstil och det kan då behövas en piska eller morot. Med piska menar författaren en form av ultimatum och en morot kan ses vara att individen upplever att han/hon gör en vinst genom att ändra en vana. Yttre motivation kan således bidra till att den inre motivationen ökar. Motivationen bibehålls dock lättare om aktiviteten inte känns tvingande utan stimulerande.

Motivation utifrån intresse, vanor och tid

Granbom (1998) menar att vissa människor har lättare för att motivera sig, vilket kan härledas till deras intresse och inre motivation. Genom inlärning med förståelse kan personen känna ett inneboende intresse och behov av att förändra sig vilket ökar den inre motivationen. Ökar intresset ökar också ens engagemang

och prioritering som behövs för att genomföra en förändring. Om personen känner ett personligt ansvar kan han/hon av egen vilja motivera sig till förändring. Inre motivation ökar om individen upptäcker att han/hon måste förändra sin livsstil för att må bra. En av anledningarna till att gamla vanor är svåra att bryta är att beteendet styrs av lättjan. Ska individen förändra något behöver personen ofta tänka på mycket i sin nuvarande vardag och det är enklare att avstå från något istället för att börja visa prov på ett nytt agerande. *"Man kan vara klar över varför man ska göra vissa saker, men till att ändra bakomliggande vana blir steget för stort"* (Granbom 1998, s 69). Det krävs därför aktivt tänkande och starkt engagemang för att förändra det invanda och lägga till en ny vana. Detta ställer ofta krav på viss planering, inte minst av tidsschemat.

Tiden kan ställa till svårigheter för motivationen. En aspekt är att det inte finns någon tid till att ändra sina levnadsvanor och börja motivera sig för förändringar. Individen måste känna att han/hon har tid och att tidsåtgången för förändringsprocessen inte inkräktar på andra områden, annars prioriteras det inte i dagsschemat. En annan aspekt på tid är att det inte får gå för lång tid innan resultat av förändringen syns eller innan de uppsatta målen nås så att personen inte tröttnar. Om dessa lägen uppstår är det viktigt med en långvarig kontakt med motiveraren för att bibehålla motivationen. En tredje aspekt är att förändring känns motiverat om det sker vid rätt tidpunkt, d v s när personen själv upplever att han/hon måste göra något åt sina levnadsvanor (Granbom, 1998). Enligt mig kan det finnas ett inneboende intresse av att förändra sina vanor, ett intresse som kan förstärkas genom att få ökad insikt om sin hälsosituation vilket jag bedömer att HPB som medvetandegörande kommunikation syftar till. Samtidigt är motivationen att vilja förändra ett beteende individuellt, kontextuellt bundet och föränderligt. Motivationen menar jag påverkas av andra faktorer vilket jag kopplar till Collins modell (1995) över hälsans bestämningsfaktorer. Dessa bestämningsfaktorer anser jag bland annat är psykosociala såsom krav, kontroll och handlingsutrymme vilka presenteras nedan. Den yttre och inre motivationen påverkas av dessa faktorer och därför i sin tur möjligheten och viljan att förändra sina vanor. Dessa faktorer kan även relateras till känslan av att ha tid för förändring av ett beteende.

Psykosocial arbetsmiljö och stress

Inledningsvis i denna undersökning nämnde jag att det inte görs en djupgående studie av arbetsmiljö eller privatliv. Samtidigt hävdar jag att hälsan påverkas av faktorer som uppstår både på det betalda arbetet och i ens privatliv. För att få en nyanserad bild av hur hälsosituationen kan upplevas och påverkas för några medarbetare idag måste vi lyfta blicken och ta in olika bestämningsfaktorer för hälsan enligt mig. Genom att ha studerat insamlad empiri har denna uppfattning förstärkts och således även motiveringen till att beröra några aspekter.

Begreppet ”psykosocial” kan definieras som samspelet mellan psykiska och sociala faktorer. Sociala faktorer som sker i interaktionen med omgivningen påverkar en psykiskt och psykiska faktorerna påverkar de sociala (Theorell, 2003). Begreppet psykosociala arbetsmiljö fokuserar på samspelet av psykiska och sociala faktorer i en miljö där personer utför arbete (Agervold, 2001). En vanlig skiljelinje görs mellan arbete och fritid, men fritiden uppfylls av många

måsten vilket kan ses som oavlönat arbete¹⁹ och därför bör man använda begreppet fri-tid. En tid där personer är fria att ägna sig åt något de tycker är utvecklande och givande (Olson, 2004). Oavlönat arbete kan bli att ta sig till och från arbete, laga mat och äta, ta hand om kläder, hämta och lämna barn, uppfostra och ta hand om barn (Agervold, 2001). Vad som anses vara "måsten" tror jag dock kan variera från person till person. Med utgångspunkt i detta resonemang vill jag kort belysa begreppet stress och fyra psykosociala faktorer som kan påverka hur medarbetare upplever sin hälsa i relation till arbete och privatliv.

Stress

Begreppet "stress" förekommer i flera vetenskapliga discipliner och i litteraturen förekommer många varierande definitioner. När det talas om psykosocial arbetsmiljö i litteraturen dyker stressbegreppet ofta upp på olika sätt (Agervold, 2001). Jag har valt att utgå från ett vardagligt sätt att prata om stress samt hur stressbegreppet betraktas inom psykologin. Till vardags brukar stress beskrivas som en känsla av slitage och press, att personen har för mycket att göra. Stress upplevs som en känsla att inte kunna hänga med (Agervold, 2001). Inom den psykologiska traditionen skapas stress i relationen mellan individen och dess omgivning. Stress uppstår när ens resurser måste utnyttjas extremt mycket för att kunna hantera en påfrestning (Socialstyrelsen, 2001). Agervold (2001) skriver att arbetspress är detsamma som arbetets krav och överstiger kraven det personen klarar av uppstår en obalans mellan kraven från miljön och hans/hennes resurser. Kraven kan upplevas olika för olika individer.

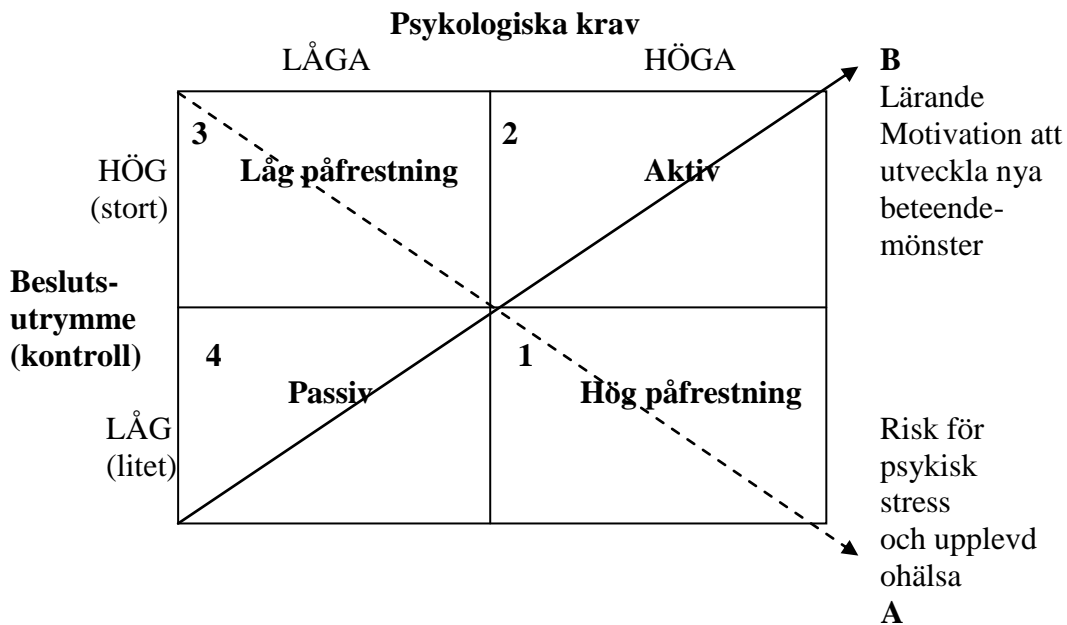
Krav, kontroll och beslutsutrymme

Theorell (2003) menar att stress och kontrollutövandet hänger nära ihop. Han skriver att sättet att hantera påfrestningar kan ses utifrån det man inom psykologin kallar "coping" - ett sätt att bemästra problem. En viktig aspekt av coping i relation till psykosocial miljö menar författaren är kontroll-lokus. Det finns en så kallad intern kontroll-lokus som innebär att personen anser sig ha möjlighet att själv göra något åt ett problem och extern kontroll-lokus som innebär att denna möjlighet ligger utanför individen själv. Stressreaktionen mobiliseras framförallt när vi försöker bibehålla kontroll i en situation där vi riskerar att förlora den. Om vi väl förlorat kontrollen över en situation orkar vi inte kämpa utan istället försöker vi istället spara energi och blir passiva. Krav och kontroll i arbetet är psykosociala faktorer i arbetsmiljön som hänger tätt ihop.

Med kontroll menar författaren att medarbetaren har inflytande och kan besluta över sitt arbete. Medarbetarens beslutsutrymme kan delas upp i två grundkomponenter. Den första komponenten innebär att medarbetaren har möjlighet att påverka sina arbetsuppgifter och på så sätt utöva kontroll i arbetet. Den andra komponenten är att arbetsgivaren ökar och använder medarbetarens kunskaper, i form av kompetensutveckling. Detta gör att medarbetaren har större kontroll över nya situationer som sker i organisationen. Beslutsutrymme kan också innebära en kontroll *över* arbetet vilket är mer fundamental och handlar om inflytande i långtidsplanering av arbetet. Denna form av inflytande kan röra

¹⁹ Gällande diskussionen om oavlönat arbete brukar genusfrågan ofta dyka upp i litteraturen. Detta är ett väldigt intressant område men studeras inte i denna undersökning, däremot är alla informanter kvinnor vilket kan ha influerat svaren i empirin.

anställning av personal och målsättning med produktion (Theorell, 2003). Karasek & Theorell (1990) presenterar en krav- beslutsutrymmesmodell för att belysa sambandet mellan krav och kontroll och sambandets inverkan på arbetsmiljön och individen:



Figur 3. Min illustration och översättning av den psykologiska krav-beslutsutrymmesmodellen (Karasek & Theorell, 1990 s 32).

Hur Karasek och Theorell (1990) förklarar modellen kan sammanfattas så här:

1. Medarbetaren har höga krav på sig samtidigt som beslutsutrymmet och kontrollen över arbetsuppgifterna är låga. Arbetet blir mycket påfrestande²⁰ för medarbetaren. Risken för psykisk stress och upplevd ohälsa ökar.
2. Arbetet ställer höga krav på medarbetaren. Detta kan vara stimulerande om beslutsutrymmet och kontrollen av arbetsuppgifterna också ökar. En sådan stimulering gör att personen vill vara aktiv i arbetet eftersom att personen har resurser att möta de krav som ställs.
3. Här har medarbetaren ett stort beslutsutrymme och kontroll över sitt arbete. Däremot ställs det inga höga krav på personen vilket gör att arbetet inte känns påfrestande.
4. Om beslutsutrymmet och kontrollen över arbetet minskar samtidigt som kraven minskar gör det medarbetaren understimulerad och passiv (a a).

Karasek och Theorell (1990) menar att studier visar att vid hög påfrestning kan möjlighet att delta i informella aktiviteter lindra påfrestningarna till viss del, t ex att kunna ta kaffepauser eller gå på avslappningsaktiviteter.

Socialt stöd

Till Theorell och Karasek (1990) krav-beslutsutrymmes modell har även en ytterligare dimension lagts till som kan betecknas ”socialt stöd” och baseras på

²⁰ Jag har översatt det engelska ordet ”strain” med påfrestning i rutorna av modellen, strain kan även översättas till ordet stress. Jag har valt påfrestning eftersom jag utgår från att risken för stress ökar i relation till individens minskade resurser för hantering av påfrestningen.

forskaren Jeffrey Johnsons avhandling (Aronsson, 1987). Socialt stöd har, enligt Aronsson (a a), visat sig utgöra en viktig faktor för att bli minska stress och arbetskrav. Författaren utgår från Johnson och presenterar fyra olika former av *arbetsrelaterat* socialt stöd (Aronsson, 1987):

1. socialt stöd på arbetet tillgodoser grundläggande mänskliga behov som grupptillhörighet och kamratskap.
2. fungerar som en resurs för att modifiera genomslagskraften i arbetsbelastningen.
3. är en socialisationsfaktor som gynnar ett aktivt handlingsmönster.
4. ger, på strukturell nivå, skydd för arbetsgruppen gentemot fler omfattande krav och belastningar från det industriella systemet.

Jag har även valt att se det sociala stödet av mer allmän karaktär än endast kopplat till arbetsmiljö. Orth-Gomér (2003) menar att det medmänskliga stödet kan ses i tre dimensioner och tillgången till dessa olika former av stöd varierar beroende på social miljö, nyttan av dom och individens förutsättningar och förmåga att skapa sociala relationer. De tre dimensionerna är enligt Orth-Gomér (2003):

1. Esteem support – ett djupt känslomässigt stöd som personen kan få av en livspartner eller väldigt nära vänner. Detta är ett mänskligt, grundläggande behov, hjälper en att finna sin egen identitet utifrån interaktionen med närmaste omgivningen och stärker självkänslan.
2. Appraisal support – ett informativt stöd där personen får råd och hjälp att värdera och uppfatta problem i tillvaron och finna lösningar. Stödet kan ofta fås av tex vänner, bekanta och arbetskamrater.
3. Tangible support – ett konkret och praktiskt stöd som personen kan få av arbetskamrater, grannar och alla som personen möter och relaterar sitt dagliga liv med.

RESULTAT

I detta avsnitt presenteras den insamlade empirin från undersökningen baserad på utarbetad intervjuguide (se bilaga 2). Resultatet presenteras i några huvudtemata och några undertemata vilka ibland går in i varandra. Jag har gjort en indelning då syftet med undersökningen är att ge en nyanserad bild av hur informanterna upplevt hälsoprogrammet i sin helhet i relation till hur de upplever sin hälsa idag. Enligt mig måste man se programmets delar för att förstå hur informanterna upplevt programmet i sin helhet. Jag ska se programdeltagandet ur ett tidsperspektiv i relation till informanternas upplevda hälsa. Detta ligger som argument för de temata som detta avsnitt består av. För att skydda informanternas anonymitet, inte minst gentemot hälsopromotern som utförde HPB blir redovisningen ibland på individnivå och ibland på gruppnivå. Pendlandet mellan nivåerna är för att jag ibland fått väldigt olika svar och ibland inte. Detta har även inverkat på användandet av citat och då de pratat om valda aktiviteter.

I citaten, som är hämtade från transkriberat intervjumaterial, används olika tecken. Versaler innebär att informanten betonat just det ordet. /.../ innebär att viss del av svaret har tagits bort då det inte bedömts som relevant för denna

undersökning. Antalet punkter varierar beroende på hur lång paus det varit mellan det som sagts. Är det en längre paus eller informanten t ex skrattat anges detta inom [och]. Bindestreck används om personen exemplifierat något. Citaten är skrivna utifrån hur personerna talat. Anledningen till detta är för att läsaren ska se om jag, när jag hört det som sagts, tolkat informanterna rätt. Observera att vi alla talar på ett annat sätt än när vi skriver.

Deltagarnas syn på begreppet hälsa

Vad som är hälsa för informanterna visar sig vara subjektivt och ofta knutet till det informanten anser är sitt hälsoproblem. En informant upplever att i och med tidigare arbetsskador som begränsar hennes rörlighet är en god hälsa att hon kan röra på sig och utföra det hon tycker är intressant och kul. Ett annat svar från en informant, som upplever problem med sin vikt, är en god hälsa att hålla en normal vikt och lagom motionering. Däremot återkommer det i svaren att god hälsa har dom när de tränar och äter sund mat. Ännu mer frekvent svarar informanterna att god hälsa är relaterat till att må bra.

”ja de e väl att man mår bra, äter ordentligt, tränar, vilket ja inte gör, men att man ja, känner tillfredsställelse i livet kanske.” – Gina

”Ja, ja tänker ju på asså, hälsa e välbefinnande, ehm.. har man inte hälsan så... det har ja ju märkt nu när jag vatt sjuk att då tycker ja man förlorar lite av sin livskvalité, man orkar inte lika mycket man e inte me lika mycke /.../ ” – Anna

I svaren säger de flesta informanterna att känslan av att må bra påverkas av hur de mår psykiskt. Vissa menar att de kan må bra psykiskt fast ens fysiska hälsa är dålig, t ex vid kronisk sjukdom som diabetes. Samtidigt poängterar de flesta att det finns en stark koppling mellan det psykiska och fysiska och båda delarna påverkar hur de mår. Andra saker som händer i livet menar några informanter kan påverka hur de mår psykiskt.

”alltså, även om man...visst kan man må psykiskt dåligt även om man inte ser nått eller det inte syns nått fel liksom, samtidigt så tycker jag det hänger ihopa, eh.. mår, mår ja bra .. fysiskt som när ja då va med i hälsoprojektet o, o började träna mer o gå ner i vikt så liksom automatiskt tyckte jag att psykiskt mådde jag bättre...” – Erika

*”...tankarna e viktiga men tankarna måste ju också ha rätt att eh bli påverkade av ditt allmänbefinnande. Så har du en kronisk sjukdom eller psykiskt mår dåligt så måste du ha rätt o bara tycka att allting e skit också, kan ja tycka [småskratt].”
- Carina*

Upplevda hälsosituationer innan programdeltagandet

Samtliga informanter upplever att de tänkte mycket kring sin hälsosituation innan programdeltagandet. Alla säger att de försökt förbättra sin hälsosituation på olika sätt och från och till. Vad som upplevdes viktigt att förbättra skiljer sig åt, bl a nämns det att man inte tränade tillräckligt, kunde inte hantera stress, kände ingen ork och behövde gå ner i vikt. De flesta säger att de kände ett behov av att förändra sina hälsovanor men det var bara några som säger att de arbetade aktivt med att förbättra sin hälsosituation när programmet startade. De flesta av dessa gjorde det pga. att de varit sjukskrivna, t ex för stress eller arbetsskador, vilket

förstärkt medvetenheten kring behovet av t ex att träna så att hälsosituationen inte försämrades. En informant menar att hon alltid varit noga med mat men kände inte för att träna eftersom det är tråkigt. Ett svar är att informanten tyckte det bara var skoj med att träna och hon mådde så bra av det.

”Ja gick o träna, ja ändra mina matvanor, att äta mycke sundare, ja gick o träna regelbundet just för ryggen” - Helena

Flertalet informanter säger att de upplevde att de behövde göra något åt sin hälsosituation men av olika anledningar inte längre gjorde det. En anledning var att informanten mådde väldigt dåligt och kände ingen ork till att ta tag i något när hon kom hem från arbetet. Det kunde också bero på att informanten fått barn eller att informanten hade mycket annat som skulle göras så att tiden inte räckte till. Att tiden inte räckte till menade en annan informant berodde på att hon nyligen separerat från sin sambo och fyllde därför sin tid med flera jobb. En informant säger att hon bara lagt av. I många av svaren nämns det även att man inte haft tillräckligt med motivation.

”Ja, alltså ja kände liksom att, ja kände att ja va tvungen till o göra nånting va, alltså ja har ju motionerat i många år alltid va, men sen helt plötsligt så.. ja så ble de uppehåll /.../ ja kände ja behövde en spark i ändan för att komma igång igen. /.../” - Anna

Hälsoprogrammet

Enkäten och rekommendation till HPB

När enkäten skickades ut menade några att det fick dem att tänka på sin hälsa, vissa informanter menade att de inte reagerade direkt. En informant säger att hon i början reagerade på att arbetsgivaren lade sig i hennes hälsosituation men säger att det sedan kändes bra att det fanns någon som kollade henne lite så att hon inte bara kunde strunta i det. De flesta svarar att de visste att de skulle få en rekommendation att göra en HPB eftersom de kände till sin hälsosituation. De svarar också att det kändes bra. Några informanter hoppades på att rekommenderas, de kände att det var skoj att arbetsgivaren engagerade sig och de ville ha hjälp. Inga informanter tycker att arbetsgivaren lägger sig i för mycket gällande medarbetarnas hälsa. Flera informanter säger dock att enkäten troligen inte fångar upp de som behöver det mest, när enkäten fylldes i var de redan rätt medvetna om sina hälsosituationer annars hade de inte kallats till HPB. En informant säger att det kan kännas utelämnande att fylla i enkäter om sin hälsa, inte minst till sin arbetsgivare. En annan informant föreslår att det skulle finnas företagshälsovård där alla fick en årlig hälsokontroll istället så att alla som behöver får hjälp.

Möte med hälsopromoter och HPB

Samtliga informanter upplever att mötet med hälsopromotern kändes bra. En svarar att det i början kändes lite svårt att öppna sig men blev bättre under tidens gång. Många menar att det kändes bra för att någon tog sig tid och verkligen lyssnade på deras hälsosituation och visade ett intresse av att de skulle må bra. En informant säger att få prata om hälsan fick henne att bestämma sig för att försöka förbättra sin hälsa. En informant tyckte det fick henne att känna efter.

”...detta va liksom nånting som öpp..mentalt fick mig att fundera på ”hur e de egentligen va” så ja tyckte nog att den tanken var, alltså att tända den tanken va bra.” - Britta

Det var några tyckte sina konditionsresultat var lite sämre än de trott. En informant kände sig inte motiverad att ta tag i sin hälsosituation men tycker att det var bra att se sina testresultat på datorn för det gav henne en överblick av situationen. Förutom detta säger alla informanterna att det inte dök upp något nytt kring deras hälsosituation som de inte redan visste eller kände på sig. Några informanter betonade att det kändes bra att tillsammans med hälsopromotern sätta upp mål för hur hälsosituationen skulle se ut 6 månader senare.

”de kändes lite som en morot att man - oh, nu ska ja verkligen komma dit o nu e de äntligen nån som hjälper mig - o ja behöver lite grann de här att nån kollar upp mig så att säga, att ja sköter mig.” - Dana

En informant säger att hade hon inte redan varit aktiv så hade det varit motiverande att skriva kontrakt med arbetsledaren om att gå på en aktivitet i 6 månader. De flesta andra säger att skriva kontrakt var motiverande.

”de va ytterligare liksom en hållhake på mig att genomföra de. Det kände ja, ja kan ju inte bara, ja kan inte hoppa av va, utan ja kände liksom, första gångerna kände ja väldig press men sen så tyckte ja liksom att ja mådde ju själv bättre o bättre o ja orkade ju mer o mer.” - Anna

”...i och med att vi hade skrivit på kontraktet också, o för mig va de nog rätt så bra, de va ju inte de att ja bara kunde strunta i de - ja hinner inte ida - utan ja måste liksom två gånger i veckan försöka få det gjort... även om de känns liksom att hade ja kanske valt, hade ja kanske valt bort de flera veckor för ja inte hade prio.. för de va andra saker som kom emellan som känts viktigare /.../” - Carina

Aktiviteter under 6 månader

Under de 6 månader som gick mellan HPB och fram till uppföljningsmötet valde alla en eller flera aktiviteter som de skulle gå på. Hur denna period upplevdes varierar i svaren. En informant menar att programmet gav henne en anledning att påbörja två aktiviteter vilket hon annars inte gjort. Den ena aktiviteten var en gruppaktivitet vilket gjorde att hon tyckte det var roligare och lättare att gå på. En annan informant säger att hon gick några gånger sen avslutades det fast hon hade behövt gå fler gånger för sin hälsas skull. Hon visste inte varför det tog slut. Att gå ut och promenera är en bra aktivitet för det kräver inte så mycket uppoffring eller tid säger en informant. Hon kom dock aldrig riktigt igång och hon menar att hon hade behövt tätare uppföljning. Att hon inte riktigt kom igång berodde också på att hon hade så mycket annat i hemmet som skulle prioriteras och när hon var klar med allt orkade hon inte. Tätare uppföljning tycker även en annan informant hade gjort att hälsan inte bara förbättrades periodvis. Denna informant menar att hon velat få mer hjälp med att ändra sitt beteende. Hon valde även att ut och promenera. Hon säger att detta gick bättre för att hon rapporterade hur mycket hon motionerat varje månad till hälsopromotern. Två informanter tyckte att det i början kändes pressande att gå på aktiviteten, men blev lättare att efter ett tag när de kände att de mådde bra av det.

De flesta informanterna valde aktiviteter där de erbjöds gå ifrån en timme från arbetet mot att de gick en timme på sin fritid. Två informanter tyckte att detta gick bra. Den ena menar att det löste sig personalmässigt och blev en viktig paus eftersom det är långa arbetsdagar med högt tempo och att barnomsorgen idag kräver mycket av en. Genom att få en timme motiverade det henne till att ta en timme från sin fritid till att gå på aktiviteten. Detta gjorde att det blev en del av hennes vardag och hon kände att hon mådde bättre. De andra informanterna säger att det inte fanns någon möjlighet att gå ifrån på arbetstid i realiteten. Det finns för lite personal och för mycket barn så de hann inte, de ville inte lämna någon i sticket eller skapa missnöje bland kollegerna. Detta gjorde att de fick gå på sin fritid helt och hållet. Vissa tyckte det gick bra för att de inte hade barn som bodde kvar hemma eller att de hade ändå tid med det. Några menar att det gjorde att de inte gick lika regelbundet för att tiden inte alltid räckte till och de var tvungna eller prioriterade att göra andra saker på fritiden.

”För ja tyckte att de passade aldrig /.../ då ble de ändå att ja gjorde det på min fritid /.../ det e jättesvårt när man inte har nån FAST tid liksom att - de e den tiden som ja alltid ska gå - utan man skulle ta när de passa bäst.” - Carina

”de här me att gå o ta sin träning på arbetstid de kände ja att de va liksom inte så där himla populärt /.../ de upplevdes som en form av orättvisa att dom som hade bättre hälsa eller vad dom nu, eller hur dom nu uttryckte de va /.../ de fanns ingen möjlighet o gå ifrån mitt under ett arbetspass, de hade ja inte hunnit... /.../ de fungerar inte som dom säger att gå ifrån på arbetstiden utan att de blir tjafs. Det kände ja liksom att ja tog inte den, ja tog inte den konflikten utan ja gjorde de på min fritid.” - Anna

Efter de 6 månaderna och uppföljningsmöte

Några informanter tycker att deras hälsa blev lite bättre efter de 6 månaderna. En upplevde att träningen hade gett positiv effekt. Hon upplevde inte att det hjälpte henne på arbetet men hon kände mer ork på sin fritid. Ett svar från två informanter är att de blivit hjälpta med att komma igång med aktiviteten. En informant säger att hon hade lättare för att fokusera men hade behövt fortsätta med aktiviteten. En svarar att det inte blivit så stor skillnad. Visst hade hennes fysiska problem lindrats något, men att det hade de nog gjort även om hon inte varit med i programmet eftersom hon ändå gick och tränade.

”alltså.. det e ju inte, det var ju inte första gången som ja gick på Viktväktarna eftersom ja gått där innan så att ja vet inte kanske om ja har lärt mig nått nytt som så men de va en vändpunkt att ta tag i de igen”. – Erika

Testresultaten vid HPB hade blivit sämre för en annan informant vilket hon kände på sig när hon gick dit. Hon kände sig inte motiverad att fortsätta med någon aktivitet på egen hand. En annan svarar att hon inte uppnått sina satta mål och hon tyckte hon var duktig på att hitta på ursäkter till varför hon inte brukat allvar.

Programmet i sin helhet

Tre informanter säger uttryckligen att de tycker programmet var bra. Två av dom säger att det fick dom att komma igång med att förbättra sin hälsa. De flesta säger att det visar på engagemang från arbetsgivaren och prioriterar medarbetarnas

hälsa och alla informanter menar att programmet i sin helhet är en bra idé, men har inte riktigt hjälpt.

”Ja tycker de e jättebra att dom liksom försöker få folk motiverade o försöker ehm, hjälpa en o de här men nånstans så e de ändå inte riktigt de ja behöver...”
- Dana

Återkommande sägs det att det inte skulle vara ett tidsbegränsat projekt utan ske kontinuerligt. En informant menar att det oftast inte räcker att man blir pressad att gå på en aktivitet en viss tid och sedan blir släppt. Några säger att det hade varit bra om pengar lagts ut på verksamheterna så att de som behövde kunde få stöd från arbetschefen efter programtidens slut och för andra som inte deltagit. En del hade önskat att det fanns mer uppföljning efter programmet. En informant säger att det kändes som de inte riktigt brydde sig längre när programmet tog slut. Programmet hade för lite fokus på hur arbetslaget fungerar mentalt menar en informant vilket har betydelse för hälsan. Att gå iväg från arbetet tas även upp av några informanter. Bl a sägs det att det blev extra belastning för dom som var kvar när någon gick iväg. En informant hade önskat att hon skulle få fortsätta att gå iväg en timme eller halvtimme. Några hade önskat att det funnits vikarier så att de kände att de kunde gå iväg på aktiviteten dom valt. En informant menar att det borde ligga på arbetschefens ansvar att organisera så att man kan gå iväg.

”den personen tyckte det ju va jättebra, men för oss som va kvar ble de ganska struligt för man ska ju då täcka upp för varandra, de kom ju inga extra o de kanske man inte kan begära i heller för de rör sig bara om några timmar ändå men... de ble ju en extra belastning /.../ då blir de ytterligare ett stressmoment om man säger så.” - Gina

Efter programdeltagandet

Två informanter säger att gå på en aktivitet under programtiden gjorde att de mådde bättre och har fortsatt med aktiviteten på egen hand. Den ena informanten poängterar att även om hon visste vad hon borde göra sen tidigare så var det är programmet som fick igång henne. Andra informanter menar att de mådde bättre men att de mer sporadiskt fortsatt på egen hand. En anledning som några informanter säger är att det beror på latheten och att de hade behövt någon som ”piskar” dom. En annan anledning som nämns av flera personer är att det inte finns tid.

”Tidsbrist.. tror ja att de beror på, de e så mycke som ska göras o allting snurrar så fort så att, de e nog mest de. /.../ de e inte så lätt o hitta alla luckor man ska va på jobbet hela dan, sen ska man fixa en massa på dom här få timmarna som man e hemma känner jag.” - Gina

Flera informanter poängterar att de har många andra privata saker att göra. En berättar att man prioriterar sina föräldrar och barn och att det därför behöver organiseras så att man kan gå iväg på någon aktivitet. En informant fick en fysisk skada strax efter programmet vilket ledde till en personlig kris. Hon försökte att gå på träning och promenera på egen hand men slutade efter ett tag och har inte kommit igång sen dess.

”...ja fortsatte ju o träna o man tänkte på så här att det är bra det är viktigt man ska ut o gå o så men ja hade ju inte, samtidigt inte ee den förbindelsen att liksom arbetsgivaren bjöd på en timme o ja skulle själv ställa upp me en timme utan då låg de ju helt o hållet på mig själv va /.../ för mig blev det lite till o från /.../” - Britta

Medvetenhet kring sin hälsa idag

Svaren varierar något gällande medvetenheten kring sin hälsa idag. En del säger att deras medvetenhet inte har förändrats alls efter programdeltagandet.

”... alltså ja va nog rätt medveten redan innan även om ja inte e träningsflitig o så, så e ja rätt så medveten om..detta” - Gina

Andra informanter säger att programmet kan ha bidragit till att de till viss del tänker annorlunda på sin hälsa idag. Några av dom säger att de tänker mer på vad de äter och att de måste röra på sig idag för att de känt att de mår bättre av det. En informant tycker inte att synen på hälsa förändrats efter programmet men hon är mer medveten om hur hon genom olika aktiviteter kan påverka sitt allmänbefinnande exempelvis genom aktiviteter som hon gick på under programmet. En informant berättar att programmet kan ha bidragit till att hon kände ökat behov av att förändra sin hälsosituation och gick därför senare med i en medicinsk undersökning för viktminskning.

”...även om ja alltid har tänkt på de, att gå ner så nånstans så har ja blivit mer insatt i att varför de e så viktigt att gå ner o man tänker mer på de, de gör man när man fått igångsatt detta”. – Dana

Vissa informanter pratar om ökad medvetenhet kring hälsan utan att relatera det direkt till programdeltagandet. En informant säger att hon idag insett att hon själv har ansvar för sin hälsa och kommer idag inte med undanflykter kring varför hon inte sköter den. Inställningen till sin hälsa har även förändrats hos en annan informant som säger att hon idag försöker, trots arbetsskador, se det positiva i livssituationen. Hon är mer medveten om att hälsan påverkar hennes livskvalitet och att hon måste aktivt arbeta med sin hälsa för att inte bli sämre. Idag känner hon även ett starkare behov av att kunna koppla av dels för att hon blivit äldre och dels för att tempot både på arbetet och i samhället är väldigt högt. Samtidigt blir det ändå mer stillasittande än när barnen bodde hemma.

Upplevda hälsosituationer idag

Hur informanterna upplever att sin hälsa och sina hälsovanor ser ut idag varierar. Livsstilen har inte förändrats alls säger en informant och hon mår rätt bra idag men det har inte med programmet att göra. Några har fått allvarliga skador som påverkat deras livssituation och möjligheten till träning. En av dessa upplever att det tar dubbelt så lång tid att utföra olika arbetsuppgifter, hon har ständig värk och trivs inte på sin nya arbetsplats.

/.../ där går man liksom utanpå folk som redan har sina jobb så att säg, sina tjänster, o där har ja liksom ingen uppgift, ja vet inte va ja ska göra liksom /.../ ja behöver inte gå dit, dom hade inte saknat mig ändå, man känner inte sig behövd längre va, så de e ju de, de e väl såna känslor man får när man börjar bli äldre -

ska ja gå i pension nu eller ska ja vänta eller hur ska ja göra - så de e inte så där lustigt just nu...” - Anna

En informant säger att hon alltid varit beroende av att träna redan innan programmet började. Hon upplever att hon verkligen prioriterar sin kropp och hälsa så mycket som hon hinner och har resurser till. Samtidigt menar hon att det varierar, hon har mycket runt om kring sig som hon vill och måste göra både på arbetet och privat som gör henne stressad. En informant säger att programmet hjälpte henne att få rutin på träning så att det blev en del av hennes livsstil. Hon känner dock att det blivit sämre efter programmet då hon måste gå på sin fritid helt och hållet.

”...jag känner att för att jag ska kunna va o arbeta där ja e ida så får ja ge mer av min personliga fritid för att orka me jobbet får, får ja göra för ja e ganska trött när ja kommer hem o ehm så ja e liksom...[paus] ja, ja e, ja känner att ja vissa dagar behöver vila mer alltså de kan ha vatt sånt tempo o såna incidenter under arbetsdagen som gör att man kanske hade tänkt man skulle göra nånting när man kom hem o va ledig o så tänker man - ah, alltså, ja orkar inte, alltså ja kan inte mobilisera kraft o göra de - va” - Britta

En informant säger att eftersom hon är mer medveten om sin hälsosituation idag än när hon deltog i programmet försöker hon idag hålla bättre hälsovanor även om det inte alltid går. Hon poängterar att det handlar om egenansvar att få till sunda hälsovanor. Hon känner att hälsan överlag är bättre idag om hon ser till att programmet skulle hjälpa henne med viktnedgång även om hon inte nått sin normalvikt. Däremot är arbetssituationen sämre och hon mår psykiskt sämre idag än innan programdeltagandet. Fler informanter pratar om att viktnedgång i relation till sin hälsa. En informant menar att det hjälpt att vara med i programmet i relation till hur hon mår idag.

” de e väl alltid grejor som man kan göra bättre men jag tycker ändå att detta va en stor grej som påverkar ens liv mycket å de känns bättre när man tatt tag i det o när man väl har kommit en bra bit på vägen /.../ - Erika

En informant menar att programmet inte hjälpt henne med vikten utan det varierar beroende på motivation, idag känner hon sig motiverad och hade tackat ja till en aktivitet om den erbjudits. Hon säger att det inte heller få vara för omständligt att försöka förbättra hälsosituationen för då tappar hon motivationen.

”...alltså de kan ju va [host] man kan ju ställa sig i ett provrum o så titta ”nä, fan, nu, nu måste ja ta tag i de” då kan de räcka /.../ Ibland så e de viktigt, ibland så bryr ja mig inte för då tycker ja då har ja andra saker som e viktigare i livet /.../” - Frida

Andra faktorer som påverkar upplevda hälsosituationer

Alla informanter säger att arbetsmiljön är viktig och borde på olika sätt prioriteras mer förutom hälsoprogrammet för att man ska må bra. Den bristande arbetsorganiseringen menar flera beror på dålig ekonomi, resurser och politiska beslut. Något som alla förutom en av informanterna nämner är att arbetsbelastningen är väldigt hög inom barnomsorgen och gör att stressen ökar. Det är för lite personal på för stora barngrupper. En informant säger att hon mår

bra av att arbeta med barn vilket påverkar hennes hälsa positivt men arbetsvillkoren är pressande.

"Alltså ja trivs ju bra med mitt jobb men samtidigt så, de e ju hela tiden så att de ska ... bli FLER O FLER barn o.. färre personal o de liksom blir ju mer...mer o göra för dom som, alltså dom som e där o såna grejor påverkar ju säkert också.. eh.. hälsan" - Erika

Flera informanter säger att arbetsbelastningen ökar också eftersom det finns för lite vikarier.

"...alltså arbetsförhållandena ute påverkar ju en ju, stressen, att man inte får vikarier de e fruktansvärt där här ute nu, de finns inget folk o få när man e sjuk.. o får man nån så e de folk som varken har utbildning eller ens pratar svenska faktiskt, de e hemskt o få ut folk /.../ då börjar man ju själv bli ännu mer stressad o man känner att man nästan har mer jobb me vikarien än me hela barngruppen...- Frida

Flera menar att de är alldeles för trötta när de har lunchrast så dom orkar inte t ex ut och gå en promenad. En säger att hon inte hinner ta någon direkt lunchpaus. Önskvärt menar en informant skulle vara att få ha 40 minuter istället för 30 så att hon hade hunnit ut och röra på sig och samtidigt sitta och prata med sina kolleger. Överlag påtalar informanterna att det inte finns tid för några vanliga fikaraster vilket gör att de inte hinner återhämta sig eller prata av sig. En informant menar att det är väldigt mycket buller och ljud när man arbetar med barn, så pauser är viktiga. Det är viktigt för ens välbefinnande att få prata med kolleger om både skit och om situationer som uppstått under dagen säger flera informanter. En säger att man ofta ringer varandra när man kommit hem och diskuterar något som hänt för man kan inte vänta tills varannan veckas möten. Psykisk ohälsa menar en informant är kopplat till fysisk ohälsa och många gånger hade det räckt att få prata av sig och känt att någon lyssnar på en.

"De e ju som våran chef säger ibland till oss när vi säger att vi e stressade o inte hinner me "men ta lite mer fikaraster" o då blir vi liksom så här "FIKARASTER? Och barnen? Var ska vi då.. ta me dom in i rummet?" men säger "men då kan ni väl turas om då, så nån passar barnen så går ni ifrån" därför hon har väl ändå insett det här att man behöver bara sitta ner o snacka bara för att, hur viktigt de e, o ja tror de e såna grejer egentligen som gör att folk mår dåligt ..." - Carina

En informant menar att föräldrarna till barnen på förskolan ställer väldigt höga krav på personalen vilket upplevs pressande då man vill vara dom till lags. Några betonar att arbetsklimatet är viktigt och borde satsas på mer. En säger att hon mår fruktansvärt på sin gamla arbetsplats men idag har bra kolleger. En informant har efter sjukskrivning placerats på en arbetsplats där hon inte fått några direkta arbetsuppgifter och känner sig inte behövd vilket gör att hon mår dåligt. Flera påpekar att det ges för lite uppskattning av personalen och att det inte räcker med chokladkartonger vid jul eller liknande. En informant säger att attityden från ledningen inte känns bra. En informant menar dock att relationen till sin chef är väldigt bra och påverkar hälsan positivt. Flera informanter säger att det inte ges någon tillräcklig kompetensutveckling vilket gör att de inte får mental

stimulans. En informant säger att det är kreativt att arbeta med barn, men hennes ambitionsnivå sjunker när hon inte får resurser till att göra saker med barnen.

”Vi har 500 kronor om året till fortbildning /.../ o de e ju inte speciellt utvecklande heller ju /.../ man behöver liksom få input också ifrån arbetsgivaren ju” - Frida

Flera informanter påtalar att det händer andra saker i ens privata liv som påverkar hur de mår. En informant säger att hon inte hinner gå och träna, hon blir mer stressad av det för hon känner att det finns mycket att göra hemma som väntar. En informant berättar att hennes förälder gick bort vilket gjorde att hon inte tänkte på sin hälsa alls fram tills nyligen. Många informanter upplever att de får stöd från sin familj och vänner gällande att försöka hålla goda hälsovanor men säger att det inte hjälper mot oro och stress på jobbet. De flesta informanterna säger också att om de gått och tränat flera stycken hade det motiverat en att ändra sina hälsovanor och då också påverkat ens hälsa. En informant säger att det hade känts roligare om alla som grupp gick på arbetstid eftersom alla gör så mycket annat på sin fritid. Detta tycker hon arbetsgivaren kunde ha förlagt på personalkonferenser då alla måste vara där.

ANALYS

I detta avsnitt kommer jag att diskutera resultatet som presenterades i föregående avsnitt i relation till min teoretiska referensram. Presentationen av analysen görs utifrån samma temata som i resultatet och på samma grundval. Jag har dock fört samman några undertemata för att försöka underlätta analysen. De olika temata går in i varandra även här. Analysen pendlar också mellan individ- och gruppnivå som i resultatredovisningen. Syftet är att ge läsaren en nyanserad bild över hur informant kan uppleva hälsoprogrammet och programdeltagandet i relation till sin upplevda hälsa idag

Deltagarnas syn på begreppet hälsa

Collins modell ”a nested model of health” (1995) innebär att varje individs specifika biologiska sammansättning i relation till olika miljöer påverkar ens hälsa. Vilka bestämningsfaktorer för hälsa som är viktiga i vilka miljöer varierar från individ till individ och för samma individ över tid. Hur hälsa definieras av informanterna är subjektivt beroende på vad de upplever som sitt hälsoproblem, exempelvis är hälsa för en informant normalvikt. En ”miljö” i individ-modellen som kan påverka individens hälsa kategoriseras som beteende och livsstil vilken t ex inkluderar träning (Collins, 1995). Detta kan urskiljas i mina resultat gällande vad hälsa är för informanterna. Beteenden som att träna och äta sunt är något många informanter också relaterar till begreppet hälsa. Hur man mår psykiskt säger några informanter kan påverkas av stress och andra saker som händer i livet. Ur ett övergripande humanistiskt perspektiv på hälsa kan, enligt Medin & Alexanderson (2000), ens välbefinnande påverkas av hälsan samtidigt som hälsan kan anses påverka välbefinnandet. Ofta görs det ingen distinktion mellan hälsa och välbefinnande och används ofta synonymt. Sjukdom och hälsa ses som två dimensioner som inte utesluter varandra. Enligt Olson (2004) innebär må bra detsamma som känslan av välbefinnande. Detta resonemang återspeglar sig även i svaren från informanterna. De flesta informanterna säger även att hälsa är när de

mår bra, känner välbefinnande och hänger ihop med livskvalitet. Samtidigt menar vissa att man kan må bra psykiskt fast man är fysiskt sjuk. Vissa informanter säger att det psykiska och fysiska hänger samman och påverkar hur man mår.

Upplevda hälsosituationer innan programdeltagandet

Collins modell (1995) ”a nested model of health” kan även användas för att belysa hur informanterna upplevde sina hälsosituationer innan programdeltagandet. Modellens olika miljöer har olika betydelser för vad individen anser påverkar deras hälsa vid ett visst tillfälle. Vad som anses som viktiga bestämningsfaktorer för hälsa enligt individen beror även på hur individen upplever sin biologiska sammansättning, d v s deras fysiska tillstånd och deras upplevda hälsosituation. Individ-modellen i Collins modell (1995) innehåller miljöerna: psykosocial, mikro-fysisk, etnicitet/klass/kön, beteendemässig kategori och arbetsmiljö. Alla dessa interagerar med varandra och påverkar samspelet med individen. Detta kopplar jag till att interaktionen mellan individen och de olika miljöerna formar även hur livssituationen ser ut för den enskilda individen. I resultatet framgår det att informanterna upplevde sina hälsosituationer och livssituationer på olika sätt innan programdeltagandet. Detta exemplifieras med att vissa informanter hade varit sjukskrivna, några hade fått barn och någon hade separerat med sin sambo.

Granbom (1998) skriver att när individen märker att t ex äta bra eller röra på sig gör att han/hon mår bra ökar också ens motivation, men det kan vara svårt att bibehålla den. Imsen (1988) säger att inre motivation baseras på vad individen tycker är viktigt och vad han/hon känner behöver göras. I resultatet framgår det alla hade på olika sätt försökt förbättra sin hälsa utifrån vad de ansett att de varit i behov av, ett fåtal ansåg sig göra det när hälsoprogrammet började. Av de få som aktivt försökte förbättra sin hälsa när programmet startade hade de flesta varit sjukskrivna och kände ett behov av att se till att hälsosituationen inte försämrades. Samtidigt upplevde flera att de kände ett behov av att förbättra hälsan men av olika anledningar i livssituationen inte gjorde det. Många informanter kände sig inte motiverade innan programmet började. Granbom (1998) menar att tidpunkten för förändring måste kännas rätt för att personen ska vara motiverad. Att en person inte är motiverad att göra en sak menar författaren även kan bero på intresse och tid. En informant tyckte det var skoj att träna, en annan inte. Utifrån Granbom (1998) kan detta ses som mer och mindre intresse vilket påverkar motivationen att träna. Författaren säger även att motivationen sjunker om tiden för förändring av livsstil inkräktar på andra områden i sin vardag. Detta kan även kopplas till Olson (2004) som pratar om fri tid, en tid där personen inte utför ”måsten”, som han menar kan ses som oavlönat arbete. Agervold (2001) exemplifierar oavlönat arbete med att ta hand om kläder och ta hand om barn. I resultatet säger några informant att tiden inte räckte till för att förbättra sin hälsa, t ex för att de hade barn eller mycket annat som skulle göras.

Hälsoprogrammet

Enkäten och rekommendation till HPB

I föregående avsnitt belystes att alla försökt förbättra sin hälsosituation tidigare och kände ett behov av förändring. De flesta informanterna reagerade inte direkt när enkäten sändes ut. Vissa informanter menar att det fick dom att tänka på sin hälsa och några hoppades på en rekommendation. De flesta visste att de skulle få

en rekommendation då de kände till sin hälsosituation och att det kändes bra. Att känna behov eller intresse av förändring menar Granbom (1998) visar på en inre motivation. De flesta informanterna säger att det var skoj att arbetsgivaren engagerade sig vilket kan relateras till att den inre motivationen för förändring ökar om personen får uppmuntran och stöd (Arborelius, 2001).

Mötet med hälsopromoter och HPB

Andersson och Malmgren (1989) skriver att för att HPB som medvetandegörande kommunikation ska fungera optimalt så krävs det att kommunikationen öppen mellan bedömaren och individen och att denne känner sig trygg. Alla informanter upplever att mötet med hälsopromotern var bra. En informant säger att hon i början inte kände sig trygg men att hon sen öppnade upp sig. Andersson och Malmgren (1989) menar att kommunikationen ska fungera medvetandegörande så att individen kan värdera sin livsstil och föreställningar bakom sina hälsovanor och leda till en slutsatsprocess där individen beslutar att förändra något. Författarna menar att ny information kring hälsosituationen kan göra att individen omprövar föreställningarna. I samtalet berörs frågor om social situation, fysisk aktivitet, arbetslivssituation, andra hälsovanor och föreställningar kring den egna hälsan. Författarna menar att en medvetandegörande kommunikation består av två huvudprocesser, en interpersonell kommunikation mellan bedömaren och individ och en process inom individen (intrapersonell). Med intrapersonell process menar författarna att individen värderar föreställningarna bakom hälsovanorna och livsstil. Några informanter tyckte deras konditionsresultat var lite sämre än de trott. En informant säger att det var bra att få överblick av hälsosituationen genom att se testresultat på en dator men hon hade ingen motivation egentligen att förändra något vid det tillfället vilket kan kopplas till det Granbom (1998) menar med att det måste vara vid rätt tidpunkt som en insats sätts in för att personen ska känna motivation för att förändra något. I övrigt säger informanterna att de redan var medvetna om sin hälsosituation och fick ingen direkt ny information kring den. Således har inte *ny information* kunnat skapa en omprövning av informanternas föreställningar kring sina hälsovanor. Samtidigt säger en informant att genom att prata om sin hälsa fick det henne att bestämma sig för att ta tag i sin hälsosituation. En informant säger att det fick henne att stanna upp och fundera över hur hon mådde. Detta kan indikera på att den interpersonella kommunikationen skapat en intrapersonell process där de två informanterna värderat sin livsstil och hälsovanor.

Informanterna tycker det har varit bra att få prata om sin hälsa och att någon lyssnade på dem. De flesta har känt ett behov av att förändra något men inte aktivt gjort något vid tillfället då när programmet startade. Även om de flesta inte tycker att någon direkt ny information gavs under HPB kan samtalet (interpersonell kommunikation) ha bidragit till en intrapersonell process då de fått någon att diskutera sin hälsosituation med. Detta kan leda till att den inre motivationen till förändring kan ha ökat. Inre motivationen bygger på en känsla av inre behov (Imsen, 1988) och informanterna visade ett behov av att få prata om sin hälsosituation. Inre motivation kan öka genom uppmuntran och stöd enligt Arborelius (2001) vilket i sin tur kan öka individens intresse och engagemang till förändring (Granbom, 1998).

Andersson och Malmgren (1989) säger att skriva kontrakt, sätta upp mål och planera en uppföljning kan stimulera till att individen aktivt vill förändra något.

Detta kan kopplas till det Imsen (1988) säger om inre och yttre motivation, där det föregående handlar om eget satta mål och det senare om mål satta av andra. Några informanter betonade att det kändes bra att sätta upp mål kring sin hälsosituation. Eftersom detta gjordes gemensamt kan det skapa både inre och yttre motivation. Att skriva kontrakt kan mer ses som en yttre motivation eftersom det innebär en måluppfyllelse med sanktioner om de till viss del inte införlivas. Detta kan relateras till det Granbom (1998) menar med piska, d v s ett ultimatum.

Aktiviteter under 6 månader

Granbom (1998) pratar om ”piska” (ultimatum) och ”morot” (belöning) som ett sätt att skapa en yttre motivation hos någon. Yttre motivation kan i sin tur öka inre motivation. För att den inre motivationen ska bibehållas måste aktiviteten upplevas som stimulerande eller att personen märker att han/hon mår bra av förändringen. I föregående avsnitt togs kontraktet upp som en form av upplevd ”piska”. Två informanter tyckte först att de kände sig pressade att gå på aktiviteterna men att det gick bra att fortsätta när de såg att de mårde bra av det. En informant menar att under denna period hade hon mycket annat att göra. Hade hon inte deltagit i programmet hade hon inte prioriterat att gå på två aktiviteter för att förbättra sin hälsa. Arborelius (2001) menar att yttre motivation från en auktoritet i form av kontroll kan leda till förändring hos individen men varar bara så länge den yttre kontrollen finns närvarande. Detta kan relateras till att en informant tyckte det bl a skulle ha funnits tätare uppföljning under denna period för att komma igång med aktiviteten. En annan informant menade att mer uppföljning hade gjort att hennes hälsa inte bara förbättrats periodvis och hon hade behövt mer hjälp med sitt beteende. Detta kan relateras till ett behov av ökad uppmuntran och stöd som Arborelius (2001) menar ökar den inre motivationen och det Granbom (1998) skriver att går det för lång tid innan personen ser resultat så tröttnar han/hon lättare. Vid dessa lägen är det viktigt med en långvarig kontakt med motiveraren.

Under de sex månaderna erbjöds informanterna att gå iväg en timme på en aktivitet under betald arbetstid. Alla informanter arbetar inom offentlig förskoleverksamhet. De flesta informanterna poängterar att det finns för lite personal och för mycket barn så de hann inte. De ville inte lämna någon i sticket eller skapa missnöje på arbetsplatsen och det borde organiseras så att de kunde gå iväg. Regelbundenhet gällande aktivitetsdeltagandet varierade då de flesta istället fick gå på sin fritid helt och hållet. Vissa tyckte det gick bra för de hade tid medan andra upplevde att de inte hade tid på sin fritid. Två ansåg dock att det gick bra att gå iväg. En av dem menade att det var bra för hon blev motiverad att planera in träningen vilket kan kopplas till Granbom (1998) som menar att ens inre motivation ökar om du kan få in det i dagsschemat. Informanten menar också att det blev en viktig paus att gå iväg eftersom hon upplever arbetet som påfrestande och kan relateras till Theorell och Karasek (1990) som menar att möjligheten till pauser och informella aktiviteter kan lindra påfrestningarna i arbetet. I Collins modell (1995) ingår individ-modellen och alla dess miljöer i en community-modell med fler miljöer. Alla miljöer interagerar med varandra och individen och påverkar hur livssituationen ser ut och varje informants möjlighet till fri tid för förändring. I community-modellen ingår bl a en politisk och ekonomisk miljö som interagerar t ex med miljön ”arbetsmiljö” i individ-modellen som inkluderar både fysisk och psykosocial påverkan (Collins, 1995). Den psykosociala påverkan kan relateras till Theorell och Karasek (1990) som använder en psykologisk krav-

beslutsutrymmes modell gällande psykosociala faktorer på arbetsplatsen. Modellen visar att när det är hög påfrestning och litet beslutsutrymme på arbetet så ökar risken för psykisk stress och upplevd ohälsa. Beslutsutrymme innebär att medarbetaren har möjligheter att utöva kontroll i arbetet. Informanterna uttryckte att de inte har kontroll över att ta pauser eller gå ifrån jobbet. Ett vardagligt sätt att definiera stress på är att man inte hinner göra saker (Agervold, 2001). De flesta informanter säger att de inte hann gå iväg. Socialt stöd på arbetsplatsen bl a kan ses som kamratskap vilket är en viktig psykosocial faktor som kan lindra påverkan av stress, arbetskrav och ohälsa (Aronsson, 1987). De flesta informanterna ville inte skapa missnöje bland de andra p g a att det finns för lite personal. Det framkommer också att vissa informanters kolleger, som inte fick gå en timme från jobbet och bedömts ha god hälsa, kunde uppleva det som orättvisa.

Efter de 6 månaderna och uppföljningsmötet

Vad hälsa innebär och hur hälsosituationerna såg ut innan programmet för informanterna var subjektivt (se föregående avsnitt). Några upplevde att deras hälsa hade blivit bättre. En person upplevde att träningen hade gett positiv effekt och fick mer ork på fritiden. Två informanter tyckte att programdeltagandet fick dem att komma igång med aktiviteten och fortsätta på egen hand efteråt då de mådde bra av det. En av dem som säger att hon sen tidigare visste vad hon borde göra, men programmet blev vändpunkten som fick henne att ta tag i det. Detta kan relateras till en ökad motivation. Granbom (1998) menar att yttre motivation kan öka den inre motivationen och inre motivation bibehålls när personen märker att han/hon mår bra av förändringen. Inre motivation kan öka genom uppmuntran och stöd (Arborelius, 2001). Det kan således vara både yttre och inre motivation som gjort att de kommit igång med aktiviteten. En annan informant upplever att hon förbättrat sin hälsa något, fysiologiskt sett, men detta hade inte direkt med programmet att göra eftersom hon ändå hade gått och tränat. Detta kan relateras till inre motivation som Arborelius (2001) menar ökar när personen engagerar sig i aktiviteter baserat på eget intresse. Detta understryks även av Granbom (1998) som menar att ökat intresse ökar prioritering av en aktivitet. Vid misslyckande av en förändring menar Arborelius (2001) att ens inre motivation kan minska. Detta uttrycker en informant som menar att hon inte längre var motiverad att förändra något när testresultaten visade sig ha blivit sämre.

Programmet i sin helhet och efter programmet

Tre informanter menar att programmet varit bra varav två menar att de hjälpt dem komma igång med nya hälsovanor (se föregående avsnitt). De flesta menar att programmet är en bra idé men inte riktigt hjälpt. Återkommande menar informanterna att det inte skulle ha varit ett tidsbegränsat projekt, att de skulle ha fått fortsatt hjälp i form av fortsatt möjlighet till att gå på aktivitet och gå på arbetstid. Det behövs mer uppföljning, kontroll, hjälp och stöd och att det även hade kunnat förläggas pengar på verksamheterna så att arbetschefen kunnat ge fortsatt stöd till dem som behöver det. Detta kan relateras till det Arborelius (2001) menar med att om personen fått yttre motivation att förändra något avtar förändringsprocessen när kontrollen släpps. Det behövs uppmuntran och stöd när en person utför en förändring och som Granbom (1998) poängterar så behövs det en långvarig kontakt med motiveraren om personen inte uppnått satta mål så att han/hon inte tröttnar. En önskad fortsättning av hälsoarbetet kan även relateras till det Granbom (1998) menar med att ”piska” som kan få en att bli motiverad. Författaren menar att det är svårt att bryta gamla vanor eller lägga till en ny

eftersom det oftast krävs att personen måste tänka på många saker i vardagen och börja visa prov på nya saker och beteenden. Ofta kan lättjan ta över. Om personen inte mår direkt dåligt så kan det behövas en piska eller morot för att förändra något (yttre motivation) för att öka inre motivation (inre behov och intresse hos individen). Några informanter säger att de endast sporadiskt fortsatte att aktivt förbättra sin hälsa och att detta berodde på latheten vilket gjorde att de hade behövt någon som piskade dom.

En informant menar att programmet skulle fokusera mer på hur arbetsgrupperna i arbetet mentalt fungerar då det också påverkar hälsan. Detta kan förklaras med det Aronsson (1987) säger, socialt stöd t ex i form av kamratskap och som resurs för att hantera arbetsbelastning påverkar hälsan. Möjligheten till att gå iväg på arbetstid tas upp även här. En informant tycker att det blir ett ytterligare stressmoment för dom som är kvar. Några menar att det borde ha funnits vikarier så att de kunde gå iväg och att arbetschefen borde organisera så att det fungerar. En annan anledning till att några informanter inte fortsatte är att det inte fanns tid då de hade andra privata saker att göra som de prioriterade. T ex ta hand om föräldrar och barn, därför hade det behövt organiseras så de kunde gå på arbetstid. Olson (2004) menar att ta hand om andra och inte ägna tiden åt sig själv ses inte som fri tid. Granbom (1998) menar att känner personen inte att han/hon har tid för förändringen prioriteras den inte. Svårigheter med att gå iväg på någon aktivitet under arbetstid och på sin fritid belystes mer ingående i avsnittet Aktiviteter under 6 månader. En informant fick en fysisk skada efter programmet vilket ledde till en personlig kris och har inte kommit igång sedan dess. Utifrån individ-modellen i Collins modell (1995) så varierar det vilka bestämningsfaktorer som är viktiga för olika individer. Därför kan en personlig kris vara viktigare att försöka hantera för en person än att exempelvis motionera.

Medvetenhet kring sin hälsa idag

Vissa informanter anser inte att deras medvetenhet kring sin hälsa har förändrats efter programdeltagandet. Andra anser att det kan ha bidragit till att de till viss del är mer medvetna idag. Vissa menar att de känt att de mår bättre av det och en menar att hon idag vet att aktiviteter som hon gick på under programmet kan öka hennes allmänbefinnande. En informant menar att programdeltagandet kan ha bidragit till att hon känt ett ökat behov av förändring. Hon säger att det kan ha spelat roll för varför hon valde att börja en annan aktivitet för att förbättra hälsan efter programmet. Detta kan förklaras med inre motivation. Inre motivation bygger på ett inre behov och intresse (Imsen, 1988). Personens inre motivation ökar genom att denne vet om att han/hon mår bra av förändringen och är förknippat med ett ökat intresse för och en känsla av inre behov av förändring. Ett ökat intresse och inre behov är i sin tur förknippat med inläring och förståelse (Granbom, 1998). Medvetenheten har ökat hos några andra informanter utan att de kopplar det till programmet. Detta kan förklaras med att andra saker påverkar en i sin omgivning och förändras över tid för samma individ (Collins, 1995). En informant säger att hon idag insett att hon själv har ansvar för sin hälsa. Om personen känner ett personligt ansvar kan han/hon av egen vilja motivera sig till förändring (Granbom, 1998). Ur ett övergripande humanistiskt perspektiv så kan individen ha hälsa och känna välbefinnande trots att han/hon har sjukdom, samtidigt som det kan påverka vartannat (Medin & Alexanderson, 2000). Välbefinnande är en känsla av att må bra (Olson, 2004). En annan informant menar att hon idag ser annorlunda på sin situation, att hon trots fysisk begränsning

kan må bra. Hon måste aktivt arbeta med sin hälsa för att inte bli sämre och känner behov av att koppla av för att hon blivit äldre och tempot i samhället ökat. Vad som känns viktigt för hälsan är kontextuellt-, tids- och individbundet (Collins, 1995).

Upplevda hälsosituationer idag

Ur ett ekologiskt perspektiv kan hälsan hos en individ förstås genom att se till relationen mellan sociala och kontextuella faktorer i relation till individuella val och handlingar (Korp, 2004). Individen upplever olika bestämningsfaktorer för hälsan som relevanta. Detta beror dennes biologiska sammanställning och på det specifika samspel personen har med de miljöer hon befinner sig i vid en viss tidpunkt (Collins, 1995). Dessa utgångspunkter kan förklara varför informanterna upplever sin hälsa idag och sina hälsovanor på olika sätt. För några informanter ser livssituationen annorlunda ut idag än före programdeltagandet och påverkar deras livsstil. För en annan är livsstilen densamma som före programmet. En informant lyfter fram att hon inte trivs på arbetet då hon inte har några direkta arbetsuppgifter och att åldern påverkar hur hon känner sig idag. Att inte få information om vilka arbetsuppgifter personen har kan ses som en brist på apprasial support. Orth-Gomér (2003) menar bl a att apprasial support innebär att individen får socialt, informativt stöd där personen får råd och hjälp av t ex arbetskolleger för hur han/hon ska lösa ett problem. Informanten känner även att hon har ständig värk som påverkar hur hon mår och en annan informant säger att hennes skada påverkar hur hon mår. Detta kan ses utifrån ett övergripande humanistiskt perspektiv då sjukdom kan påverka ens välbefinnande (Medin & Alexanderson, 2000).

En annan informant tycker det är kul att träna och tyckt det redan innan programmet men begränsas av tid och resurser. Detta kan sägas visa på en inre motivation och intresse samtidigt som inre motivation kan begränsas av att personen inte har tid (Granbom, 1998). En informant menar att programmet fått henne att ändra livsstilen till viss del men avtagit något då hon inte får gå på arbetstid och ibland har hon ingen kraft till det efter arbetet. Detta kan relateras till att hög påfrestning i arbetet parallellt med lite beslutsutrymme över arbetsuppgifterna kan öka risken för upplevd fysisk ohälsa och psykisk stress (Theorell & Karasek, 1990). Ett svar från en informant är att hon idag är mer medveten om sin hälsosituation än innan hon deltog i programmet och försöker hålla bättre hälsovanor. Att informanten mer aktivt försöker förbättra hälsovanorna kan kopplas till att inre motivation är nära relaterat till personens eget intresse för förändring. Detta kan baseras på att personen fått en ökad förståelse för behovet av t ex en aktivitet (Granbom, 1998). Samtidigt säger informanten att hon har en sämre arbetssituation och mår sämre psykiskt. Utifrån ett övergripande humanistiskt perspektiv kan en person må dåligt trots att denne fysiskt sett mår bra (Medin & Alexanderson, 2000). En annan informant säger att hon idag försöker förbättra sin hälsa, men att det går i perioder. Det får inte vara för omständligt för då tappar hon motivationen och ibland känns andra saker viktigare. Idag hade hon tackat ja till en aktivitet. Detta kan relateras till att det är svårt att bryta gamla vanor om personen måste tänka på många saker i sin nuvarande vardag eller inte känner ett starkt engagemang samtidigt som det måste vara vid rätt tidpunkt för individen (Granbom, 1998). En informant menar att hon mår bättre idag både psykiskt och fysiskt och att det påverkar hela livssituationen.

Detta kan förklaras av Collins modell (1995) genom att det är i interaktion *mellan* individ och den kontext hon befinner sig i som påverkar hennes hälsa.

Andra faktorer som påverkar upplevda hälsosituationer

Collins modell (1995) utgår från att för att förstå vilka hälsans bestämningsfaktorer är måste man se individen i interaktion med omgivande miljöer. Modellen består av en individ-modell som ingår i en community-modell. I community-modellen finns t ex en politisk och ekonomisk miljö som påverkar och interagerar med andra miljöer, t ex arbetsmiljö i individ-modellen. Alla informanterna arbetar inom förskoleverksamheten i offentlig sektor och några nämner att det är en bristande arbetsorganisering som påverkar ens hälsa och beror på politiska beslut, ekonomi och resurser. Collins (1995) menar att i miljön "arbetsmiljö" ingår fysisk och psykosocial påverkan t ex i form av stress eller kontroll. Inom psykologin menar man att stress skapas i samspelet mellan individen och dennes omgivning och uppstår när individens resurser utnyttjas extremt mycket för att kunna hantera en påfrestning (Socialstyrelsen, 2001) Theorell (2003) menar att coping är ett sätt att hantera problem. Coping inbegriper intern kontroll-lokus och extern kontroll lokus där den förstnämnde innebär att individen har möjlighet att göra något åt problemet och det senare att det ligger utanför individens kontroll. Stressreaktioner kan skapas när vi försöker bibehålla kontrollen. Alla informanter förutom en menar att arbetsbelastningen och stressen är väldigt hög, det är för lite personal och för många barn och det saknas vikarier vilket påverkar hälsan. Det nämns även att det ställs krav på personalen från föräldrarna och ökar arbetspressen. Agervold (2001) menar att arbetspress är krav i arbetet. Hög arbetsbelastning av psykologiska krav och lite beslutsutrymme skapar en risk för ökad psykisk stress och upplevd ohälsa (Theorell & Karasek, 1990). Detta kan sägas till stor del ligga utanför informanternas kontroll.

Flera informanter menar att arbetet är påfrestande då de säger att de inte har någon ork att göra något annat än sitta ner under lunchpauserna. De nämner även att de inte har kontroll över arbetet då de inte hinner ta fikapauser. Att inte hinna med är ett vardagligt sätt att tala om stress (Agervold, 2001). Theorell och Karasek (1990) menar att fikapauser kan lindra arbetsbelastning. Informanterna säger att de behöver få tid till att prata både skit och om situationer som uppstått under dagen med andra kolleger. Detta kan kopplas till det Aronsson (1987) menar innebär ett socialt stöd, t ex socialt stöd som socialiseringsfaktor och resurs för att hantera arbetsbelastning och det sociala stöd Orth-Gomér (2003) menar med apprasial support, d v s att få hjälp att värdera och lösa problem t ex från arbetskolleger. Apprasial support saknar även en annan informant som inte fått reda på vilka arbetsuppgifter hon har. Socialt stöd på arbetet kan även innebära kamratskap som påverkar hälsan (Aronsson, 1987). Detta kan kopplas till att en informant under programmet arbetade på en arbetsplats där hon inte trivdes med kollegerna, men trivs med kollegerna där hon arbetar idag. Socialt stöd som socialiseringsfaktor kan stimulera ett aktivt handlingsmönster (Aronsson, 1987). Arborelius (2001) menar att se andra som också är i en förändringsprocess kan öka ens motivation. Detta uttrycker även informanterna när de säger att det hade ökat deras motivation och varit roligare om de som arbetsgrupp gick och tränade. Socialt stöd som esteem support kan ges av familjen och nära vänner som kan bli öka ens självkänsla (Orth-Gomér). Detta sägs inte ordagrant i intervjuerna, men

flera informanter får stöd i privatlivet för att försöka hålla goda hälsovanor. Däremot hjälper inte det stödet mot stress och oro på jobbet.

Det framkommer även att det saknas kompetensutveckling som behövs för att må bra, liksom att man får sänka sin ambitionsnivå när man inte får resurser att göra saker med barnen. Detta kan kopplas till det Theorell (2003) menar med att beslutsutrymme kan vara att få kunskap och få använda sin kunskap. Om inflytandet över arbetet ökar kan arbetet kännas motiverande och stimulerande. Informanterna upplever att det finns saker i privatlivet som påverkar hur de mår vilket kan kopplas till Collins modell (1995) som visar på att det finns olika bestämningsfaktorer för hälsa i den kontext individen befinner sig i. En informant säger att hon inte hinner gå och träna, hon blir mer stressad av det för hon känner att det finns mycket att göra hemma som väntar. Olson (2004) menar att ”måsten” kan ses som oavlönat arbete. Att inte hinna med är ett vardagligt sätt att beskriva stress på (Agervold, 2001).

SLUTSATSER

Deltagarna ser på hälsobegreppet på olika sätt beroende på vad de anser är viktigt för dem utifrån deras specifika livs- och hälsosituationer. Detta gör att de har olika värderingar i vad som påverkar just deras hälsa och vad de vill ska förbättras. Detta gör att det inte går att göra för långtgående eller generella slutsatser. Detta beror även på att jag på grund av anonymitetsskydd inte kunnat gå in på enskildas val av aktiviteter och inte redovisar varje medarbetare för sig. Syftet med undersökningen var att ge uppdragsgivaren en djupgående förståelse för hur medarbetare upplevt deltagandet i hälsoprogrammet i sin helhet och hur det kan ha påverkat den upplevda hälsosituationen idag. Syfte var även att se till andra faktorer som kan påverka den upplevda hälsan idag. För att göra denna undersökning ställde jag upp tre frågeställningar som på olika sätt skulle beröras.

1. Hur upplevde medarbetarna sin hälsosituation innan programdeltagandet?

Hur hälsosituationerna såg ut innan programdeltagandet varierade beroende på hur deras livssituationer såg ut vid det tillfället liksom vad respektive upplevde som ett hälsoproblem. Detta återspeglades även i hur medarbetarna definierade begreppet hälsa. Att må bra var dock ett vanligt sätt att beskriva hälsa på. Att beskriva hälsa som ett psykosocialt välbefinnande och ett sinnestillstånd var även mest frekventa svaret i Baxters undersökning (1990) kring vardagsdefinitioner av ordet hälsa innebär. Alla var medvetna om sina hälsosituationer, försökt göra något åt dem och kände behov av att förbättra dem men endast ett fåtal försökte aktivt förbättra situationen på egen hand när de påbörjade programmet. Anledningarna till varför vissa informanter aktivt försökte förbättra sin hälsa var ofta att de hade varit sjukskrivna. Anledningarna till att vissa informanter inte gjort det varierade och kunde bero på brist på motivation och tid.

2. Hur upplevde medarbetarna programdeltagandet?

De flesta reagerade inte direkt när enkäten skickades ut och de var positivt inställda till att göra en HPB. Detta kan bero på att alla kände ett behov av förändring för sin hälsas skull. Mötet med hälsopromotern tyckte alla var bra och

det kändes skönt att få prata med någon om sin hälsosituation även om de flesta var medvetna om sin hälsosituation. Att skriva kontrakt och sätta upp mål betonades som motiverande för att aktivt försöka förbättra sin hälsosituation vilket kan bero på att de blev engagerade när de satte upp mål och ”piskade” att de skulle leva upp till målen. Under perioden då man skulle gå på en vald aktivitet varierade svaren. Några kände att de först var pressade att gå på aktiviteten men när de mådde bättre av den så gick det bra att fortsätta. Arbetsmiljön innebär att informanterna kände sig pressade och hade inte tid att gå iväg en timme på arbetstid men betonas som viktig då arbetet upplevs som belastande och de flesta informanterna inte har tillräckligt med fri tid privat. När en person känner att denne inte har tid eller ork påverkas den inre motivationen till en förändring då det krävs mycket av en själv och ens tid. En annan aspekt på tiden är att de flesta informanterna hade önskat tätare uppföljning samt mer kontroll och mer stöd för att förändringen skulle vara bestående.

Några informanter ansåg att programdeltagandet hade hjälpt och de mådde bättre. De flesta uttrycker dock att de sporadiskt fortsatt på egen hand *efter* programmet och att programmet skulle ha fortsatt eller att arbetsgivaren på något annat sätt fortsatt att aktivt ge stöd i form av tid eller uppföljning. När programmet avslutades ledde det bl a till att motivationen avtog hos en del informanter på olika sätt. Minskningen av motivation kan bero på lathet. Det kan även bero på att medarbetarna lever i olika sociala kontexter som gör att andra saker prioriteras men de kunde ändå känna ett behov av att förbättra sin hälsosituation.

3. Hur upplever medarbetaren sin hälsosituation idag i relation till programdeltagandet?

Hur hälsosituationen upplevs idag varierar. Detta beror på att livssituationen ser olika ut för de flesta medarbetarna idag och att det finns en variation i vilka faktorer som påverkar de olika medarbetarna. Programmet har hjälpt några medarbetare att fortsätta på egen hand att aktivt arbeta med att förbättra sin hälsa och kan sägas ha stimulerat motivationen hos dessa personer. Vissa har fortsatt för att de känt att de måste och vissa för att de tycker det är kul. Det går inte att dra en slutsats kring hur stor påverkan programmet haft för dessa personer. Vissa medarbetare känner att programmet kan ha bidragit till att de är mer medvetna idag om sin hälsosituation och hur de kan förbättra den. Det går inte att dra en slutsats kring hur stor påverkan programdeltagandet har haft för den ökade medvetenheten eller motivationen i denna undersökning. Vissa medarbetare försöker sporadiskt och så gott det går förbättra sin hälsosituation vilket visar på att de är motiverade men att andra faktorer spelar in på hur aktiva de är, både privat och på arbetet. För att motivationen ska bibehållas hos de flesta medarbetarna behövs det en kontinuitet och att det bl a ges möjligheter till fortsatta aktiviteter, gruppaktiviteter, tid, kontroll och tätare uppföljningar.

De delar i programmet som varit mest aktuella för medarbetarna i denna undersökning har varit individbaserade. De flesta anser att det är bra att arbetsgivaren engagerar sig i hälsoarbete men att programmet inte riktigt hjälpt dom. Deras hälsosituationer påverkas även av hur de har det privat och av hur de upplever sin arbetssituation. De flesta anser att arbetsbelastningen och stressen spelar in på hur de mår vilket ligger till stor del utanför medarbetarnas kontroll. Programmet har inte påverkat dessa psykosociala faktorer på organisationsnivå.

Det framkommer tydligt att dessa faktorer anses påverka medarbetares hälsosituationer. Dessa organisatoriska bestämningsfaktorer för medarbetarnas hälsa har inte förändrats av programdeltagandet. Detta visar att det inte räcker med individbaserade eller gruppinsatser, som dessutom inte har en tydlig långvarig positiv effekt för de flesta informanternas hälsosituationer. Det krävs även organisatoriska förändringar för att främja medarbetares hälsa. Detta gäller bl a arbetsorganisering så att det finns tid för raster och tillräckligt med kompetenta vikarier så att medarbetarna inte blir överbelastade och löper risk för ohälsa. Arbetsituationen innebär även att det bör finnas mer kompetensutveckling som stimulerar personalen så att stadsdelen har en motiverad och ambitiös personal samt uppmuntran att de gör ett bra arbete från ledningssåll. Hälsa har visat sig vara ett komplext fenomen i denna undersökning. Sjukskrivningar, d v s att personen inte kan vara i arbete, kan bero på många saker men är förknippat med hälsa på något sätt. För att förebygga sjukskrivningar och öka frisknärvaron krävs det att arbetsgivaren försöker främja hälsan på olika sätt och inte underskatta organisatoriska faktorer påverkan på hälsan.

SLUTKOMMENTAR

Reflexioner kring undersökningen

Undersökningen ger läsaren en bred bild av hälsoprogrammet och medarbetares upplevda hälsosituationer samtidigt som den är relativt detaljrik. Detta kan vara förvirrande, inte minst vid presentation av resultat och analys. Samtidigt är hälsa och hälsosituationer ett komplext fenomen och bör inte förenklas, enligt mig. Först när vi förstår komplexiteten kan vi veta vad som kan förbättras och ge bestående, positiva verkningar, enligt mig. Detta är undersökningens styrka enligt mig. Dess svaghet är emellertid densamma. Det har varit väldigt svårt utifrån detta förhållningssätt att avgränsa sig och acceptera det. Detta kan göra att undersökningen blir spretig och svår att hålla samman. Från början var det planerat att jag skulle göra en matris i slutet av resultat och analys eller någon form av sammanfattning, men jag bedömde att det inte fanns utrymme för det.

Att använda intervjumetod tror jag är väldigt bra ifall du ska förstå en individs hälsosituation då den är komplex. En aspekt som påverkat undersökningen är att jag intervjuade medarbetare som deltog i programmet 2006 istället för 2007. Att se programdeltagandet i relation till medarbetarnas hälsosituation idag är viktigt enligt mig. Du kan då försöka belysa om den hälsofrämjande insatsen haft en varaktig påverkan. Samtidigt innebär det att undersökningen behövde belysa fler aspekter som jag idag inser att jag inte riktigt hade resurser till samt att informanterna kan ha svårt att minnas tillbaka till programdeltagandet.

Jag har framförallt upplevt tre saker som begränsat denna undersökning (1) tidsutrymme (2) att hålla sig till maximalt 45 sidor när jag ska studera ett komplext fenomen (3) anonymitetsskyddet. Att hålla medarbetarnas anonymitetsskydd gentemot hälsopromotern har gjort att jag inte kan gå in och studera vad olika aktiviteter har för inverkan på individens hälsosituation. Anonymitetsskyddet tar jag på fullaste allvar och både respekterar och förstår när det gäller att studera hälsa och hälsosituationer. Samtidigt har det haft en kraftig

påverkan på framställning av empiri, analys av densamma och dra hållbara slutsatser. Det har i övrigt varit ett *väldigt* lärorikt och stimulerande arbete.

Reflexioner kring hälsofrämjande insatser på arbetsplatser

Jag anser att det inte räcker att använda hälsofrämjande insatser där man försöker främja hälsa genom att se till psykosociala faktorer på gruppnivå eller att ålägga individen att hantera exempelvis stress. Det räcker inte heller om det görs i kombination med än mer individinriktade insatser. De flesta aktiviteter som hälsoprogrammet erbjuder är inriktat på individnivå (se bilaga 1). Jag menar inte att dessa insatser inte är bra eller att individen inte ska ta ansvar för sin egen hälsa, men det finns en organisatorisk struktur som inte får glömmas bort. Som Collins (1995) påpekar måste hälsofrämjande insatser se till andra bestämningsfaktorer för hälsan som insatsen *inte* inriktar sig på och ha hållbara argument för det. Hälsofrämjande insatser har blivit mer och mer aktuellt i offentlig sektor mycket på grund av att sjukskrivningarna ökade i slutet på 1990-talet. Att politiska och ekonomiska krafter påverkar organisationer, inte minst offentliga, går inte att undvika. Sjukskrivningar är ett symptom på att personen är "sjuk", d v s inte arbetsför, vilket kan bero på komplexa förhållanden som måste ses utifrån den individens hela livssituation, enligt mig. Jag ser hälsa och välbefinnande som en viktig del av ens liv och måste därför alltid ses som viktig för individerna själva. Det är viktigt att individen känner ansvar för sin hälsosituation men ansvaret att minska sjukskrivningar kan inte endast åläggas individer eller arbetsgrupper. Arbetet utgör en stor del av medarbetarnas livssituation. Att må bra är viktigt för att du ska trivas med din livssituation, enligt mig. För att förebygga sjukskrivningar och öka frisknärvaron krävs det att arbetsgivaren försöka främja medarbetares hälsa på individ, grupp och organisationsnivå i och utanför arbetet utifrån individen/gruppens/organisationens villkor, resurser, önskemål och behov. Arbetsgivaren *måste* åläggas ansvar att minska sjukskrivningar genom att förbättra den psykosociala arbetsmiljön och de organisatoriska strukturerna. Organisatoriska faktorer påverkan på hälsan får inte underskattas om man vill öka frisknärvaron. En ökad frisknärvaro och känsla av att må bra på arbetet påverkar i sin tur hur man bemöter andra människor och hanterar situationer enligt mig. Det måste prioriteras att medarbetarna ges så adekvata förutsättningar som möjligt för att må bra eftersom det påverkar i slutändan även barnen. Och det är barnen förskoleverksamheten ska vara till för.

Vidare forskning

Något denna undersökning inte belyser är medarbetare som avbrutit programdeltagandet. Det hade varit intressant att studera varför det är så. Det hade också varit intressant att studera medarbetares upplevelser som precis genomgått programmet och jämföra resultatet med denna undersökning även om det är individuella upplevelser som studeras. Att studera programdeltagandets påverkan utifrån valda aktiviteter hade också kunnat vara intressant och man hade kunnat fokusera mer på utbudet av dessa och deras betydelse för olika individer. Mer ingående studier kring individers privatliv i relation till arbetet och arbetsmiljön skulle kunna öka förståelsen för hälsoprogrammets påverkan, men kan upplevas som ett känsligt område och än mer komplext. Jag anser att det är bra att fenomen som hälsa och hälsosituation inte förenklas mer än nödvändigt för att göra det greppbart. Det behövs därför ständigt fler kvalitativa studier kring fenomenen för att förstå hur, var och när insatser kan implementeras på ett bra sätt.

REFERENSER

Agervold, M (2001) Arbete och stress – En introduktion till arbetsmiljöpsykologi. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, G, Malmgren, S (1989) Två studier som belyser hälsoprofilbedömning som instrument för screening och beteendepåverkan. Linköping: Samhall Klintland Grafiska.

Arborelius, E (2001) Varför gör dom inte som vi säger? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor. Stockholm: Nykopia Tryck AB.

Aronsson, G (1987) Arbetspsykologi. Lund: Studentlitteratur.

Bjurvald, M (2004) Från arbetarskydd till hälsofrämjande arbetsplatser. I: Källestål, C (red.) Bjurvald, M, Menckel, E, Schärström, A, Schelp, L. Unge, C. *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser*. Statens folkhälsoinstitut 2004:32 Sandviken: Sandvikens tryckeri.

Blaxter, M (2004) Health. Serie: *Key Concepts*. Cambridge: Polity

Danermark, B (2006) Socialt arbete och kunskap – tre metateoretiska mönster. I: Blom, B, Morén, S, Nygren, L (2006) *Kunskap i socialt arbete – Om villkor, processer och användning*. Falköping: Elanders.

Denscombe, M (2000) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Granbom, A-K (1998) *Att motivera till hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Hogstedt, C, Bjurvald, M, Marklund, S, Palmer, E, Theorell, T (red.) (2004) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Statens folkhälsoinstitut; 2004:15 Sandviken: Sandvikens tryckeri.

Imsen, G (1988) *Eleven värld*. Lund: Studentlitteratur.

Karasek, R & Theorell, T (1990) *Healthy work : stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Korp, P (2004) *Hälsopromotion* Lund: Studentlitteratur.

Lantz, A (1993) *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Lindh, G, Lisper, H-O (1990) *Samtal för förändring*. Lund: Studentlitteratur.

Malmgren, S (1989) *En hälsoupplivningskampanj och HPB som medvetandegörande kommunikation*. Linköping: HOS Profilen.

Medin, J, Alexanderson, K (2000) *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Danmark: Narayana Press.

Menckel, E (2004) Arbetsplatsen som arena för hälsoarbete. I Källestål, C (red.) Bjurvald, M, Menckel, E. Schärström, A, Schelp, L. Unge, C *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser*. Statens folkhälsoinstitut 2004:32 Sandviken: Sandvikens tryckeri.

Olson, H-E (2004) Den lekande arbetaren - Från hälsosamma till kreativa arbetsplatser – ett fritidsperspektiv på det goda livet. Statens Folkhälsoinstitut. Stockholm: Elanders Gotab.

Orth-Gomér, K (2003) Kvinnors stress, sociala miljö och hälsa i ett livsperspektiv. I: Theorell (red) *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur.

Palmer, E (2004) Sjukskrivningen i Sverige – inledande översikt. I: Hogstedt, C. Bjurvald, M. Marklund, S. Palmer, E. Theorell, T (red.) (2004) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004:15 Sandviken: Sandvikens tryckeri.

Rosengren, K- E & Arvidson, P (2005) Sociologisk metodik. Malmö: Liber.

Socialstyrelsen (2001) Folkhälsorapport 2001. Stockholm: Folkhälsoinstitutet

SOU 2000:121, Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Bilaga 7. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Stockholm; Fritzes; 2000

Starrin, B & Renck, B (1996) Den kvalitativa intervjun. I: Svensson, P-G & Starrin, B (Red) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Svensson, P-G (1996) Förståelse, trovärdighet eller validitet? I: Svensson, P-G & Starrin, B (Red) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Theorell, T (red) (2003) Psykosocial miljö och stress. Lund: Studentlitteratur.

Thomsson, H & Menckel, E (1997) Vad är hälsofrämjande på arbetsplatser – ett svenskt perspektiv. Ljungby: JOMA torroffset.

Unge, C, Schelp, L, Källestål, C (2004) Systematisk kunskapsöversikt om effektiviteten av program för att främja hälsan på arbetsplatser. I: Källestål, C (red.) Bjurvald, M, Menckel, E. Schärström, A, Schelp, L. Unge, C *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser*. Statens folkhälsoinstitut 2004:32 Sandviken: Sandvikens tryckeri.

Internetkällor

Internet 1 HPI Nordic – hälsoprofilbedömning >www.hpinordic.se<
http://www.hpinordic.se/extra/pod/?id=25&module_instance=2&action=pod_show&navid=25 (20080120)

Internet 2: Öhman, A (2008) Motivation. Nationalencyklopedin >www.ne.se<
http://www.ne.se.support.mah.se/jsp/search/search.jsp?h_search_mode=simple&h_advanced_search=false&t_word=motivation (2008-05-14)

Artiklar

Collins, T (1995:10;4) Models of health: pervasive, persuasive and politically charged. I: *Health Promotion International* 1995:10;4, Oxford University Press. Printed in Great Britain.

Övriga källor

Vetenskapsrådet (2002) Forskningsetiska principer – inom humanistisk, samhällsvetenskaplig forskning. Tryck: Elanders Gotab

Skyddade källor

Följande källor kan inte anges med exakt referens då anonymitetsskyddet för undersökningen innebär att jag inte anger stadsdelens, hälsoprogrammets, hälsopromotorns och personalkonsulentens namn. Examinator kan tillhandahålla dessa vid behov.

Avstämningsmöte (20080116) Malmö. Under mötet tillhandahölls:

- Informationsblad om hälsoprogram (20080116)
- Sammanställning över år 2006 (2006) Jämförelse mellan HPB 1 och HPB 2.

E-post från hälsopromotor (20080417) Arbetsbeskrivning

Bilaga 1 – Erbjudna aktiviteter i hälsoprogrammet

1. AktivRehab

För medarbetare i behov av fysisk träning (styrketräning) pga. ex. rygg-, nack- eller andra besvär i rörelseorganen (12 månaders subventionerat träningskort)

2. AktivRehab – Individuell stresshantering

Stresshantering och metoder i avslappning (subventioneras med hälften av kostnaden för varje besök)

3. Ala Rehab och Gym

För medarbetare i behov av fysisk träning (styrketräning) pga. ex. rygg-, nack- eller andra besvär i rörelseorganen (12 månaders subventionerat träningskort)

4. Stödsamtal – Beteendevetare

Individuellt stödsamtal med auktoriserad socionom för medarbetare i behov av stödsamtal och/eller på gränsen till depression och/eller utbrändhet. Kan vidarebefodras till kognitiv terapeut vid behov. Första besöket subventioneras helt, sedan subventioneras sex tillfällen med 580 kr per gång vilket innebär en kostnad på 120 kronor för medarbetaren.

5. Stödsamtal – Präst

Kan handla om olika situationer i livet, relationer, tankar om livet, sorg osv. Kostnadsfritt.

6. Kockums vattengympa/simning

Vattengympan är inte riktad till vissa kategorier utan kan passa alla. Subventioneras så att kostnaden för 3 klippkort är 450 kronor eller 4 klippkort för 600 kronor (inkl. entrékort). 1 klippkort = 10 träningstillfällen. *Simningen* är inte riktad till vissa kategorier utan kan passa alla. Subventioneras så att kostnaden blir 280 kronor för 25 tillfällen eller 550 kronor för 50 tillfällen.

7. Friskis och Svettis

Träning för alla ex. yoga, avslappning, meditation, ryggympa, spinning, kick-box, styrketräning och gymna i olika former etc. Friskvårdskorten subventioneras för alla som arbetar i stadsdelen men för de som gjort hälsoprofilsbedömning kan man beställa träningskort under året.

8. Rökavvänjning

Rådgivning för de som behöver hjälp/stöd och motiverade att sluta röka/snusa. Konsultationen berör ämnen som syftet med att sluta röka, nikotinersättningsmedel, bryta vanor, abstinensbesvär, återfallsrisker, kost och motion och är kostnadsfri.

9. Viktväktarna

Metod och stöd för viktninskning som riktas till de som av hälsoskäl bör genomgå viktninskning. Förmånskortet på 16 gånger gäller för 6 månader, och om man deltar minst 12 av 16 gånger subventioneras hälften av kostnaden.

10. Stavgång

Riktat sig till alla, skillnaden från vanlig promenad är att man bla. avlastar knäleder och rygg, samt att man får igång blodcirkulationen även i överkroppen. 2 par stavar är inköpta till varje arbetsplats – när de ska användas bestäms på respektive arbetsplats.

11. Qi Gong

Om behov finns så att en grupp kan bildas (10-20 personer) så kan detta anordnas så att man har det 1 gång i veckan enligt önskemål och behov under ca 10 veckor. Kostnaden varierar beroende på gruppstorlek.

12. Övriga åtgärder

Riktas till arbetsgruppen/arbetsplatsen. Behovet bedöms bla. utifrån arbetsmiljöenkät utförd av TEMO eller arbetsplatschefen. Åtgärder kan ex. vara lösningsfokuserad metod vid t ex. teamutveckling och konflikthantering. Annan åtgärd kan vara ergonomigenomgång och utbildning ex. i lyftteknik. Dessa åtgärder bestäms i samråd med personalkonsulenten.

Hämtat från Informationsblad 20080116 (skyddad källa)

Bilaga 2 – Intervjuguide

SEMI-STRUKTURERAD INTERVJUGUIDE

Vanliga frågor: ålder, hur länge har du arbetat inom SDF och förskola?

Glöm inte: på vilket sätt, varför, hur menar du?, menar du?, vad beror det på tror du?

Vad innebär ordet hälsa för Dig?

- Vad innebär god hälsa för dig?
- Varför?
- Vad innebär dålig hälsa för dig?
- Varför?
- Kan man må bra fast man har dålig hälsa, eller må dåligt fast man har bra hälsa?
- Varför?
- Vad påverkar ens hälsa enligt dig?

Hälsosamt medarbetarskap (om du försöker minnas tillbaka....)

- Innan de startade detta projektet, tänkte du mycket på din hälsa och hur du mätte?
Kände du att du gjorde saker för att förbättra din hälsa på egen hand?

Screening

- När du fick rekommendationen att göra en hälsoprofilsbedömning, hur kände du då?
– bra?
- förvånad?
- Varför valde du att göra en hälsoprofilsbedömning?

Hälsoprofilsbedömning 1

- Vad betydde hälsoprofilsbedömningen för dig?
- Under bedömningen gjorde du olika tester och svarat på frågor och en gemensam bedömning över hur din hälsa såg ut.
 - Dök det upp något kring din hälsa som du inte hade tänkt på?
 - Vad tyckte du om testresultaten? (stämde testen med hur du kände dig?)
 - Förändrade bedömningen din uppfattning kring din egen hälsa?
 - Vad betydde det för dig att ställa upp mål för din hälsa?

- Kände du dig motiverad att förändra något för att förbättra din hälsa?
 - hade du tänkt på detta innan bedömningen?
 - vad motiverade dig?
 - varför?

6 månader

Efter första hälsoprofilsbedömningen gick det sedan ca 6 månader tills uppföljning av målen kring din hälsa.

- Under denna period, gjorde du något för att förbättra din hälsa?
 - Vad?
 - Valde du någon erbjuden aktivitet?
 - Gjorde du något på egen hand?
 - Varför?
 - Hur kändes detta för dig?
 - psykiskt
 - fysiskt
 - socialt
- Skedde något annat (ex. på arbetsplatsen, medicinskt eller i ditt privata liv) som påverkade möjligheterna till att förbättra din hälsa och hur du mätte under dessa 6 månader?
 - Vad?
 - Varför?

Uppföljning (hälsoprofilsbedömning 2)

- Efter att 6 månader hade gått, upplevde du att din hälsa hade förändrats?
 - På vilket sätt?
 - Varför?
- Vad kände du efter uppföljningsmötet?
 - kände du att du ville förändra mer eller annat för att förbättra din hälsa?

- Upplever du att deltagandet i programmet gett dig en ökad medvetenhet kring vad som påverkar din hälsa och hur du kan påverka denna?
 - På vilket sätt?
- Vad tycker du om att arbetsgivaren visar intresse för din hälsa genom att fokusera på din fysik, dina levnadsvanor och din livsstil?
- Upplever du att programdeltagandet gjort att du velat förändra något i din livsstil?

Idag

- **Upplever du att din syn på hälsa idag är annorlunda jämfört med innan du deltog i programmet?**
 - Vad tror du det beror på?
 - Något förutom programmet som påverkat detta?
 - Varför?
- Är dina levnadsvanor och din livsstil är annorlunda idag än före du deltog i programmet?
 - Vad tror du bidragit till detta?
- Har medarbetare och andra i ditt privatliv påverkat möjligheterna till att ha en god hälsa enligt dig? Ex. genom stöd, krav etc.
- Upplever du att det finns saker (både i privatliv och på arbetet) du hade kunnat förändra för din hälsas skull men inte gjort?
 - Varför?
- Finns det saker som påverkar din hälsa negativt (både i privatliv och på arbetet) men som du inte känner att du själv kan ändra på?
 - Vad?
 - Varför?
- **Hur upplever du din hälsosituation idag?**
 - Vad bidrar till detta tror du?
 - Varför? / varför inte
- **Vad har deltagandet i hälsoprogrammet betytt för dig om vi ser till hur du upplever din hälsosituation idag?**
- Tror du att hur du upplever din hälsa idag påverkar hur du upplever din arbetsmiljö?
 - På vilket sätt?
- Tror du att hur du upplever din hälsa idag påverkar hur du upplever ditt privata liv?
 - På vilket sätt?

Andra faktorer som påverkar hälsosituationen?

Tilläggsfrågor

1. Hur upplever du din hälsa idag?

Delfråga:

- Vad tror du det beror på?

2. Har programdeltagandet påverkat hur du upplever din hälsa idag?

Delfråga:

- På vilket sätt har det/har det inte gjort det?

3. Har det hänt saker **från det att du slutade programmet tills du träffade mig som du vet med säkerhet har gjort** att du inte kunnat fortsätta att aktivt arbeta med att förbättra din hälsa så som du gjorde under programdeltagandet?
4. Har du fortsatt att aktivt arbeta för att förbättra din hälsa så som du gjorde när du deltog i programmet?

Delfråga:

- Varför/varför inte?

Bilaga 3 – Informationsblad

Projektets titel: Hälsoprojekt för medarbetare Medarbetares upplevda hälsa två år efter deltagandet	Datum:
Studieansvarig/a: MARCUS HASSELGREN Din E-post som student vid Malmö högskola: (ej din privata e-post) hso04212@stud.mah.se	Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040- 6657000 Utbildning: Socionomprogrammet, inriktning verksamhetsutveckling Nivå: Magisternivå, 240 högskolepoäng (motsvarar 160 gamla poäng)
Information om projektet (tydlig information, syfte och tillvägagångssätt samt rikta informationen till den det berör): Hej! Jag är en student som under våren ska göra min magisteruppsats kring verksamhetsutveckling i socialt arbete. Jag är intresserad av att i framtiden arbeta med projekt för att utveckla och förbättra arbetet inom personalområdet. Jag vill undersöka om du, efter att ha deltagit av projektet [REDACTED], tycker att det påverkat hur du upplever din hälsa idag. Undersökningen är ett uppdrag som jag fått från stadsdelsförvaltningen och tillsammans har vi utarbetat vad syftet ska vara. Syftet är att lyfta fram hur deltagare upplever att programmet har (eller inte har) haft en varaktig inverkat på deras upplevda hälsa. Undersökningen ska skildra upplevelser och det finns därför inget rätt eller fel och det kan vara många faktorer som gör att du upplever effekterna av deltagandet på ett visst sätt. Syftet med undersökningen är att vara ett lärande dokument, som kan påverka utvecklingen och förbättring av hälsoarbetet i er stadsdel och därmed är ditt deltagande viktigt. Jag har valt ut dig utifrån en kodad lista över vilka som gjort en hälsoprofilsbedömning där jag inte sett ditt namn. Hälsoprofilsbedömaren har tagit bort era namn och endast angett ålder, kön, yrke och hur lång anställning man haft i stadsdelen. Jag har valt ut dig för att jag vill ha en så stor spridning som möjligt av dem som deltar i undersökningen gällande ålder, kön, yrke och anställningstid för att få en bättre helhetssyn på hur man kan uppleva effekterna av deltagandet i hälsoprogrammet. I undersökningen kommer du att vara anonym. Hälsoprofilsbedömaren kommer inte att veta vem som sagt vad i undersökningen då jag inte anger era namn eller sammanställer intervjuerna på ett sätt där detta ska vara möjligt. Alla intervjuer kommer att ske på ett rum på Medborgarkontoret i stadsdelen under mars månad. Intervjun beräknas ta ungefär en timme. Mitt önskemål är att få använda mig av ljudupptagning under intervjun för att se till att jag inte glömt vad ni egentligen sagt när jag skriver ut intervjun. Ingen annan kommer få att lyssna på inspelningen och den förvaras i mitt hem utom räckhåll för obehöriga. När jag	

skrivit ut intervjun skickar jag den till dig så att du har möjlighet att titta igenom den. Du kan då kontrollera så att jag inte missuppfattat något eller om du tycker något är för känsligt för att behandlas i undersökningen. Jag har tystnadsplikt och det som bedöms som etiskt känsligt lämnas inte ut utan tillstånd. Intervjudeltagandet är frivilligt och du har rätt att avbryta intervjun när du vill utan att ge mig någon närmare förklaring.

Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien.

För att lämna svar och boka en tid i mars månad, vänligen kontakta

██████████.