



Kontekstens betydning for sundhedsindsatser på virksomheder – et case-studie

Udarbejdet af: Lene Møller Christensen
Kristian Buhl
Christina Haslund Jungersen

Vejledet af: Claus Dalsgaard Hansen

Afleveringsdato: 1. juni 2015

Antal tegn inkl. Mellemrum: 174.661

Forord

Dette speciale er udarbejdet af gruppe 1056 under Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, kandidat i Folkesundhedsvidenskab, ved Aalborg Universitet. Specialet er udarbejdet i perioden 2. februar – 1. juni, 2015 og tager udgangspunkt i sundhedsfremmende tilbud på arbejdspladsen. I den forbindelse vil vi gerne rette en stor tak til de deltagende informanter i vores interviewundersøgelse.

Desuden en særlig tak til lektor og vejleder Claus D. Hansen for inspirerende og kyndig vejledning under udarbejdelsen af specialet.

Resume

Baggrund: Arbejdspladsen er en velegnet arena til implementering af sundhedsindsatser.

Gevinsterne forbundet med sundhedsindsatser er ikke kun til gavn for arbejdspladsen, men også for samfundets generelle sundhed. Ifølge litteraturen er der dog en mangel på studier vedrørende sundhedsindsatser, der skaber en langsigtet forandring.

Formål: Specialets formål er at undersøge, hvilken betydning konteksten har, her defineret som organisationskulturen, for implementeringen af sundhedsindsatser i virksomheder, der har til hensigt at skabe en langsigtet forandring af medarbejdernes sundhedsadfærd. Specialets problemformulering vil blive undersøgt ud fra en teoretisk referenceramme bestående af Edgar H. Scheins teori om organisationskultur og Steen Wackerhausens teori om forståelser af sundhed.

Metode: Specialets problemformulering besvares ved hjælp af et case-studie bestående af to virksomheder, der hver har indført indsatser rettet mod at fremme sundheden hos de ansatte. I hver virksomhed er der udført fem semi-strukturerede enkeltinterviews af fire ansatte og ét med initiativtageren bag sundhedsindsatserne. Case-studiet suppleres af systematiske litteratursøgninger med det formål at holde fundene fra case-studiet op imod eksisterende evidens.

Analyse: Ud fra analysen tyder det på, at lederne i de to virksomheder har en indflydelse på sundhedsindsatsens succes og fastholdelse. Informanterne hentyder også til, at struktur og rammer omkring indsatserne kan være en fordel, og at de sociale relationer i virksomheden påvirkes positivt som følge af sundhedsindsatserne. Endvidere er sundhedsforståelser fundet interessant i forhold til implementering af sundhedsindsatser. Der kan være en diversitet i, hvordan initiativtageren kontra de ansatte forstår sundhed samt hvilke mål de har for en sundhedsindsats. Dette kan være en hindring for at skabe en langsigtet forandring med deltagelse fra de ansatte.

Konklusion: Specialets undersøgelser antyder, at det ikke kun er enkelte kontekstuelle faktorer, men hele konteksten, der skal tages i betragtning i forsøget på at skabe en langsigtet forandring af en sundhedsindsats. Endvidere kan en sundhedsindsats ikke overføres direkte fra én virksomhed til en anden, men skal tilpasses den givne kontekst.

Abstract

Background: The workplace is a suitable arena for implementing health initiatives. The benefits connected with the health efforts are not only in the interest of the workplace but also a benefit for the general health within the community. According to research literature, there is a lack of studies concerning health initiatives, which create a long-term change.

Purpose: The purpose of this thesis is to investigate the significance of the context, hereby defined as organisation culture, for implementation of health initiatives in companies seeking to create a long-term change in the health behaviour of the employees. The thesis statement will be investigated with a theoretical framework of reference consisting of Edgar H. Schein's theory of organisation culture and Steen Wackerhausen's theory of understandings of health respectively.

Method: The thesis statement is answered through a case study consisting of two companies who each has implemented initiatives aimed at promoting the health of employees. Within each company five semi-structured personal interviews were conducted, involving four employees and one initiator of the health initiatives. The case study is supported by systematic literature searches with the purpose of matching the case study findings to existing evidence.

Analysis: The analysis indicates that the leaders of the two companies have an influence on the success and maintenance of the health initiatives. Furthermore, the informants suggest structure and framework for the initiatives to be advantageous, and that the social relations in the company are positively affected following the health initiatives. Health interpretations have been found interesting regarding implementation of health initiatives. There may be a diversity present in how the initiator versus the employees define health and which goals they have for health initiatives. This can be an obstacle in creating a long-term change with participation from employees.

Conclusion: The thesis findings indicate that it is not only the individual contextual factors, but the entire context must be considered in the attempt to create a long-term change with the health initiative. Additionally the initiatives cannot be transferred directly from one company to another, but must be adapted to the given context.

Indholdsfortegnelse

1	INITIERENDE PROBLEM	1
2	PROBLEMANALYSE	2
2.1	ARBEJDSPLADSEN SOM SUNDHEDSARENA	2
2.2	GEVINSTER VED SUNDHEDSINDSATSER PÅ ARBEJDSPLADSEN	3
2.3	LANGSIGTEDE FORANDRINGER	5
2.4	BARRIERER VED IMPLEMENTERINGEN AF SUNDHEDSINDSATSER	6
2.5	MÅL FOR OG FORSTÅELSER AF SUNDHED PÅ ARBEJDSPLADSEN	6
2.6	ER SUNDHED ARBEJDSPLADSENS ANSVAR?	8
2.7	OPSUMMERING	10
3	PROBLEMFORMULERING	11
4	ORGANISATIONSKULTUR	12
4.1	KULTURANALYSE	12
4.1.1	<i>Kulturens tre niveauer</i>	12
4.2	KULTUR OG LEDELSE	14
4.2.1	<i>Ledelsens og medarbejdernes rolle</i>	14
5	FORSTÅELSER AF SUNDHED	17
5.1	DET ÅBNE SUNDHEDSBEGREB	17
6	CASESTUDIE – METODE OG METODOLOGI	20
6.1	DESIGN	20
6.1.1	<i>Multiple case-design</i>	20
6.2	EMPIRIINDSAMLING	22
6.2.1	<i>Semistrukturerede interviews</i>	22
6.3	UDFORMNING AF INTERVIEWGUIDER	23
6.3.1	<i>Pilottest</i>	24
6.4	UDFØRELSE AF INTERVIEWS	25
6.5	BESKYTTELSE AF RESPONDENTER	25
6.6	ANALYTISK FREMGANGSMÅDE	26
6.6.1	<i>Transskription</i>	26
6.6.2	<i>Kodning</i>	27
6.6.3	<i>Meningskondensering</i>	28
7	PRÆSENTATION AF CASES	29
7.1	Aso	29
7.2	Divo	30

7.2.1	<i>Sammenligningsgrundlag for Aso og Divo</i>	30
7.2.2	<i>Valg og præsentation af informanter</i>	31
8	LITTERATURSØGNINGER	33
8.1	OVERSIGT OVER ANVENDT LITTERATUR	35
9	ANALYSE OG DISKUSSION	40
9.1	ORGANISATIONSKULTUR	40
9.1.1	<i>Ledelsens betydning for sundhedsindsatser</i>	40
9.1.2	<i>Arbejdsrutinens vigtighed for sundhedsindsatsen</i>	43
9.1.3	<i>Sociale barrierer på arbejdspladsen nedbrydes via sundhedsindsatser</i>	47
9.2	OPSUMMERING	51
9.3	DELDISKUSSION AF LEDELSENS BETYDNING FOR SUNDHEDSINDSATSEN	51
9.4	DELDISKUSSION AF ARBEJDSRUTINENS VIGTIGHED FOR SUNDHEDSINDSATSEN	53
9.4.1	<i>Deldiskussion af sociale barrierer</i>	55
9.4.2	<i>Delkonklusion på organisationskultur</i>	56
9.5	FORSTÅELSER AF SUNDHED	57
9.5.1	<i>Diversitet i sundhedsopfattelser</i>	58
9.5.2	<i>Forståelse af sundhed - en motivation eller barriere?</i>	59
9.5.3	<i>Opsummering</i>	63
9.6	DELDISKUSSION AF FORSTÅELSER AF SUNDHED	63
9.6.1	<i>Sundhedsindsatser skal medtænke diversiteten i sundhedsforståelser</i>	63
9.6.2	<i>Syn på sundhed</i>	64
9.6.3	<i>Er deltagelse i sundhedsindsatser et ægte eller uægte mål?</i>	65
9.6.4	<i>Vigtigheden i medinddragelse af medarbejderne</i>	66
9.6.5	<i>Delkonklusion på forståelser af sundhed</i>	67
10	SAMMENFATTENDE DISKUSSION	68
10.1	ETISKE ASPEKTER VED SUNDHEDSFREMME PÅ ARBEJDSPLADSEN	70
10.2	METODEDISKUSSION	71
10.2.1	<i>Casestudiet som forskningsdesign</i>	71
10.2.2	<i>Kvalitetsvurdering</i>	72
11	KONKLUSION	74
12	BIBLIOGRAFI	76

1 Initierende problem

Arbejdspladsen er velegnet for sundhedsfremmende indsatser, idet arbejdspladsen er den arena, hvor danskerne bruger omkring halvdelen af deres vågne timer. (Sundhedsstyrelsen, 2009). Ved at sætte ind på arbejdspladsen kan det enkelte individ påvirkes i de daglige sundhedsbeslutninger, da arbejdslivet og privatlivet er svært at adskille (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2004).

Der er evidens for, at sundhedsinterventioner på arbejdspladsen har en effekt på ansattes sundhed, dog er det ikke alle studier, der finder statistisk signifikante resultater. Endvidere er der mangel på evidens vedrørende langsigtede forandringer af de iværksatte interventioner, hvorfor der er opstået en efterspørgsel af studier med en længere interventionsperiode. (Kuoppala, et al., 2008; Conn, et al., 2009) Dette er interessant, da ønsket bag en sundhedsintervention ofte er at fastholde målgruppen i de sundere og forbedrede vaner (Sundhedsstyrelsen, 2009). Et relevant perspektiv på sundhedsindsatser på arbejdspladsen er derfor, hvordan der sikres en fastholdelse af sundhedsfremmende indsatser. I den forbindelse kan det være relevant at overveje, om der skal forsøges nye måder at implementere og udføre sundhedsindsatser på.

Som nævnt er langsigtede forandringer af sundhedsindsatser et område, hvorpå der mangler forskning. Derfor vil dette speciale særligt undersøge, hvilke elementer i en virksomhed, der har betydning for, om en sundhedsindsats skaber en langsigtet forandring.

2 Problemanalyse

Dette kapitel har til formål at analysere og argumentere for problemstillingen forbundet med, hvordan der kan skabes langsigtede forandringer af en sundhedsindsats i en virksomhed.

2.1 Arbejdspladsen som sundhedsarena

Sundhedsmæssigt står det moderne samfund overfor en række udfordringer i form af lav grad af fysisk aktivitet, let adgang til store mængder mad, alkohol og tobak samt store krav til at præstere i hverdagen. De nævnte forhold kan alle føre til livsstilssygdomme og psykiske lidelser. Dette ses som en trussel mod velfærdssamfundet og dermed også arbejdspladsen, idet blandt andet arbejdsstyrken bidrager til samfundets kapital. Sundhedsfremme er derfor ikke kun en opgave for den behandlende del af det danske sundhedsvæsen, men i høj grad en opgave, som kræver en tværfaglig tilgang og, ikke mindst, deltagelse og involvering af den generelle befolkning. (Sundhedsstyrelsen, 2009; Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2004) Dette fremgår ligeledes af Luxembourg-deklarationen¹ fra 1997, som beskriver sundhedsfremme på arbejdspladsen som en kombineret effekt af arbejdsgivers, arbejdstagers og samfundets samlede indsats for at forbedre sundheden og velbefindende hos den arbejdende befolkning (European Network for Workplace Health Promotion, 2005). Tankegangen bag deklarationen er, at individets arbejdsliv og privatliv hænger sammen, og at livsstil og arbejdsmiljø er faktorer, der har en effekt på hinanden (Arbejds miljøinstituttet, 1998; Sundhedsstyrelsen, 2009).

Set i et folkesundhedsperspektiv er der store fordele ved at bruge arbejdspladsen som sundhedsarena, idet de fleste voksne mennesker begår sig i denne arena og bruger halvdelen af deres vågne timer på arbejdsmarkedet (McEachan, et al., 2011). Samtidig er der mulighed for at engagere og motivere et stort antal individer på en effektiv og omkostningseffektiv måde (Racette, et al., 2009; Robroek, et al., 2009; Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2004). Arbejdspladsen er i det moderne samfund dog også en medvirkende faktor til at påvirke den fysiske sundhed hos den arbejdende befolkning negativt grundet stillesiddende arbejde eller hårdt fysisk arbejde. Desuden ses der tiltagende problemer med stress grundet, for eksempel, et stigende

¹ Deklarationen er udarbejdet af en række nationale institutioner i EU samt Norge, Schweiz og Island med henblik på at skabe en fælles forståelse af sundhedsfremmende indsatser på arbejdsmarkedet (Arbejds miljøinstituttet, 1998)

arbejdspres hos en lang række medarbejdere, hvilket er belastende for den psykiske sundhed. (Sundhedsstyrelsen, 2009) Arbejdspladsen kan derfor være en medvirkende årsag til at den arbejdende befolknings generelle sundhed belastes, men ved at implementere sundhedsindsatser på arbejdspladsen kan den førnævnte negative påvirkning mindskes og dermed bidrage til, at de ansatte bliver sundere.

Resultater af sundhedsfremmeindsatser på arbejdspladsen viser dog også en bedre trivsel, for eksempel, i form af mere energi, overskud og arbejdsglæde samt et bedre arbejdsmiljø (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2004). Ved inddragelse af arbejdspladsen er der desuden mulighed for at påvirke de individer, der normalt ikke lader sig påvirke af sundhedskampagner. Herved omfavnes en målgruppe, der ellers ikke ville kunne drage fordel af sundhedsfremmende landskampagner. (Videncenter for Arbejdsmiljø, u.d.; Thorsen, et al., 2010)

Implementering af sundhedsindsatser på arbejdspladsen kan virke oplagt, når det handler om at motivere til en sundere adfærd. For mange medarbejdere ligger den enkeltes identitet i høj grad i arbejdslivet, hvorfor arbejdspladsens indstilling til sundhed og de handlinger, denne foretager sig, har stor betydning for den enkelte ansattes livsførelse. Arbejdspladsen giver derfor mulighed for den enkelte til at ændre holdninger og adfærd og dermed opnå sundere vaner. Dette er ikke kun til gavn for individet selv, men også for arbejdspladsen grundet mere stabile og effektive medarbejdere samt for staten, idet der kan spares penge på udgifter til forebyggelse og behandling. (Jacobsen & Thorsvik, 2008)

2.2 Gevinster ved sundhedsindsatser på arbejdspladsen

Muligheden for at påvirke de ansattes adfærd i en sundere retning igennem arbejdspladsen er et interesseområde for virksomhederne. En af forklaringerne kan være de gevinster, der skabes som følge af en sundere arbejdsstab. Det kan betale sig for virksomheder at investere i sundhedsfremme, idet sunde medarbejdere er mere produktive, mindre syge, leverer højere kvalitet i arbejdet og trives bedre på arbejdspladsen (Sundhedsstyrelsen, 2009; Hutchinson & Wilson, 2011; Centers for Disease Control Prevention, 2013). Hertil skal dog nævnes, at effekter og resultater af tiltaget kun kan forventes i forhold til det formål og de mål, der stilles op for de pågældende tilbud. Derfor må en virksomhed overveje, hvilke resultater den ønsker og bør altså tilrettelægge indsatsen herefter. (Sundhedsstyrelsen, 2009)

Der fokuseres især på sygefraværet, når en virksomhed skal vurdere, om den er sund. Ifølge en undersøgelse, foretaget af Ledernes Hovedorganisation², kan virksomheder, der har fokus på kost- og motionstilbud, nedsætte sygefraværet med en dag om året per medarbejder (Ledernes Hovedorganisation, 2008). En investering i sundhedsfremmende tilbud kan derved medvirke til, at virksomheden sparer penge på sygefraværet (Sundhedsstyrelsen, 2009). Virksomhedens sundhed bør dog ikke udelukkende vurderes på sygefraværet, da dette kan påvirkes af flere faktorer (Sundhedsstyrelsen, 2002), eksempelvis langtidssygemeldinger, der kan skjule effekterne af indsatsen.

Desuden kan medarbejdertilfredsheden øges i virksomheder, der arbejder med sundhedsfremme (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2004; Person, Colby, Bulova, & Eubanks, 2010). Dette kan medføre en forbedring af en virksomheds image blandt kunder, samarbejdspartnere og i nærmiljøet, da denne fremstår som en attraktiv arbejdsplads, der gør noget for sine medarbejdere, hvilket kan tiltrække og fastholde gode medarbejdere (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2004). Samtidig har et sundt arbejdsmiljø og engagerede medarbejdere en, som tidligere nævnt, betydning for produktivitet, hvilket virksomheden kan drage økonomiske fordele af (Sundhedsstyrelsen, 2009; Centers for Disease Control Prevention, 2013).

Det er ikke kun virksomheden, der oplever gevinster ved sundhedsfremmende tilbud. Også for medarbejdere er der gevinster at hente i form af større arbejdsglæde og arbejdstilfredshed samt øget velvære og en bedre sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2009). Flere evalueringer af sunde arbejdspladser og virksomheders tilfredshed viser, at medarbejderne efter deltagelse i sundhedstilbud føler sig sundere (Jensen, Kruse, & Sørensen, 2010; Wiegman & Petersen, 2002; Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2005). Samfundet kan også nyde godt af de sundhedsfremmende tilbud i virksomheder, da sundere ansatte kan føre til en øget livskvalitet og mindsket risiko for sygdomme (Hutchinson & Wilson, 2011; Centers for Disease Control Prevention, 2013). Sundhedsfremme i virksomheder kan dermed fungere som middel til at opnå regeringens ønske om en øget middellevetid, et øget antal år med god livskvalitet samt en reduktion af den sociale ulighed (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2004). Der kan altså opnås fordele både for virksomheden, medarbejderne og samfundet ved implementeringen af sundhedsindsatser på arbejdspladsen. Udbyttet af disse fordele er dog afhængigt af, om der skabes

² Dansk interesseorganisation, fagforbund og a-kasse for virksomhedsledere, i dag kaldet Lederne (A-kasse, 2015).

en langsigtet forandring i virksomheden, hvorfor det næste afsnit vil omhandle definitionen af en langsigtet forandring, og hvilke faktorer, der spiller ind på at skabe denne forandring.

2.3 Langsigtede forandringer

I ovenstående er der evidens for, at arbejdspladsen er en velegnet arena at implementere sundhedsindsatser i samt, der i litteraturen er en positiv sammenhæng mellem sundhedsindsatser i en virksomhed og den ansattes helbred (Kuoppala, Lamminpää, & Husman, 2008; Conn, Hafdahl, Cooper, & Brown, 2009).

Belægget for, at der er gevinster ved sundhedsindsatser, er altså fundet, men der er fortsat mangel på evidens for langsigtede forandringer af sundhedsindsatser på arbejdspladsen. Dette understøttes af et review af Hutchinson & Wilson (2011), der undersøger 29 studier, hvor en af konklusionerne er, at der inden for sundhedsindsatser netop er en mangel på langsigtede forandringer, hvilket der i fremtidige studier bør rettes større fokus på. Ligeledes konkluderer studiet af LeCheminant & Merrill (2012), der på trods af studiets toårige forløb, at der er et behov for studier, der undersøger langsigtede forandringer. Da der er begrænset viden om de langsigtede forandringer for sundhedsindsatser på arbejdspladsen, findes der ingen klar definition af, hvad en langsigtet forandring er. En definition af førnævnte kan derfor inspireres af andre sundhedsrelaterede interventioner i organisationer. I et review af Mary Ann Scheirer fra 2005 finder 13 ud af 19 studier, at de langsigtede forandringer først kan undersøges minimum to år efter igangsættelsen af interventionen. (Scheirer, 2005) Specialet definerer derfor en langsigtet forandring som værende efter to år.

Hvordan en langsigtet forandring skabes er omdrejningspunkt for dette speciale, og for at kunne skabe en langsigtet forandring af en sundhedsindsats i en virksomhed, er det interessant at undersøge, hvilke kontekstuelle faktorer, der kan have en betydning for indsatsens succes. En rapport, udgivet af sundhedsstyrelsen i 2011, kommer, på baggrund af nogle kommunale indsatser, med inspiration til, hvordan en succesfuld implementering foregår. Herunder nævnes vigtigheden i, at indsatsen skal tilpasses den aktuelle situation. Dette kan dog skabe et dilemma i forhold til at implementere indsatser med dokumenteret effekt, og ændres indsatsen, er der en risiko for, at effekten heraf også vil ændres. Hvis man vil ændre en dokumenteret indsats, kræver det derfor en grundig analyse af, hvilke dele der kan ændres, uden at effekten mindskes eller fjernes fuldstændig. (Sundhedsstyrelsen, 2011) På baggrund af disse erfaringer er konteksten for implementeringen en

afgørende faktor for, hvorvidt den tilsigtede forandring af en indsats opnås. I forsøget på at iværksætte en sundhedsindsats kan der dog opstå nogle barrierer, der må tages forbehold for i implementeringsfasen.

2.4 Barrierer ved implementeringen af sundhedsindsatser

Når sundhedsindsatser implementeres i virksomheden, vil denne imidlertid på et tidspunkt støde på barrierer, der kan forringe resultatet og en mulig langsigtet forandring. Eksempler på barrierer kan være interessekonflikter i forhold til forskellige mål med indsatsen, hvilket kan mindske deltagelsen og dermed hæmme en længerevarende effekt. Udover en interessekonflikt kan de ansatte opleve en følelse af tvang fra enten ledelsen eller kollegaerne til at deltage i sundhedsindsatserne (Sundhedsstyrelsen, 2009). Ligeledes kan der opstå en stigmatisering af ansatte, som måske bedømmes på deres sundhed og ikke deres arbejdsindsats (Hutchinson & Wilson, 2011). Endeligt kan strukturelle barrierer, såsom skiftende arbejdstider eller arbejdssteder have betydning for en medarbejders deltagelse i virksomhedens tilbud (Sundhedsstyrelsen, 2009). Endvidere viser tid sig at være en barriere i forhold til deltagelse, da mange medarbejdere ikke har mulighed for at forlade deres arbejde for at deltage på, for eksempel motionshold (Person, Colby, Bulova, & Eubanks, 2010). I forlængelse af ovennævnte barrierer ved sundhedsindsatser, skal der ved implementeringen overvejes om forskellige forståelser af sundhed kan agere barrierer for indsatsens succes, hvorfor det næste vil behandle diversiteten i mål for og forståelser af sundhed.

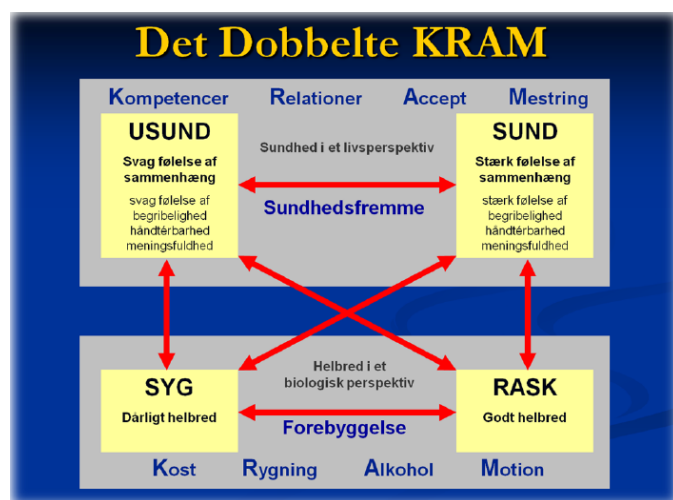
2.5 Mål for og forståelser af sundhed på arbejdspladsen

Det er interessant, hvorfor det kan være svært at inddrage alle ansatte på en arbejdsplads, når der implementeres en sundhedsindsats. En overvejelse kan være, om det er forskelligheden i opfattelsen af sundhed, og dermed ledelsens versus medarbejdernes forskellige forståelser af, hvordan sundhedsindsatser skal inkorporeres på en arbejdsplads, og om det overhovedet hører hjemme på arbejdet.

Sundhedsfremmende tiltag er oftest inden for rammen af de såkaldte KRAM-faktorer³, der anses som værende dominerende årsager til livsstilssygdomme, og som dermed har betydning for den ansattes sundhed (Regeringen, 2014). Sundhedsfremme er dog mere end KRAM-faktorerne, hvilket også i de senere år har gjort sig gældende på arbejdspladsen, hvor der ses mere vidtrækkende

³ KRAM-faktorerne omfatter Kost, Rygning, Alkohol og Motion.

sundhedsfremmende initiativer, der arbejder mere med den generelle trivsel i hverdagen hos de ansatte (Rambøll Management, 2008). Ifølge Sund By Netværket⁴, kan et individs sundhed ikke alene defineres ud fra kost, rygning, alkohol og motion, men skal suppleres af kompetencer, relationer, accept og mestring (2014). Er et individ i besiddelse af disse supplerende KRAM-faktorer vil dette have en bedre forudsætning for at mestre det mentale aspekt af sundhed. Dette illustreres i Figur 1 og kaldes ”Det Dobbelte KRAM”. Figur 1 giver et overblik over samspillet



Figur 1 ”Det Dobbelte KRAM” – Trivsel handler om at være placeret længst mod højre på de to vandrette pile (Thybo, 2014).

forebyggelse definerer helbredet. (Thybo, 2014) De supplerende KRAM-faktorer har betydning for sundhedsfremmende indsatser, idet de kan bidrage med en helhedsorienteret forståelse af sundhed, hvor både det helbredsmæssige perspektiv med fokus på livsstil og kroppens tilstand såvel som det mentalt sundhedsmæssige perspektiv indgår. (Thybo, 2014) Denne helhedsorienterede sundhedsforståelse har betydning for den ansattes trivsel⁵ Den bagvedliggende opfattelse af sundhed kan altså spille en rolle for den pågældende sundhedsindsats, og for dennes succes og varighed.

Det dobbelte KRAM kan altså forstås som en måde at opfatte sundhed på, hvor det ikke kun drejer sig om målbare resultater eller fravær af sygdom. Desuden kan der stilles spørgsmål til, hvorfor det overhovedet er interessant at måle på KRAM-faktorerne, idet der i forvejen foreligger klar evidens for effekten af disse. Et andet spørgsmål kan være, om det for nogen kan være dræbende for motivationen at skulle være aktiv og spise sundt, hvis det konstant måles på? I hvert fald kan

⁴ Organisationen er en del af WHO's Healthy Cities Network i Europa og dens mål er at skabe rammer for et godt liv for alle ved at øge kvaliteten i folkesundhedsarbejdet (Sund By Netværket, u.d.).

⁵ Videncenter for Arbejdsmiljø definerer trivsel som det enkelte menneskes oplevelse af balance og følelsen af at have overskud både fysisk og mentalt (Videncenter for Arbejdsmiljø, u.d.).

sundhed ikke kun gøres op i KRAM-faktorerne, da opfattelsen af sundhed er forskellig, hvilket vil uddybes i kapitel 5 Forståelser af sundhed. Derfor er det interessant at undersøge, hvorvidt denne diversitet i opfattelser af sundhed kan have en betydning i forsøget på at skabe en langsigtet forandring af en sundhedsindsats.

2.6 Er sundhed arbejdspladsens ansvar?

Der er blevet analyseret og argumenteret for, hvorfor arbejdspladsen er en ideel arena at benytte med henblik på at udføre sundhedsfremmende indsatser. Men hvor meget ansvar har arbejdspladsen for de ansattes sundhed? I en rapport om etiske overvejelser, udgivet af Sund By Netværket, ses det, at danskere gerne vil have hjælp fra arbejdspladsen til at leve sundere, og at virksomheder og ansatte er enige om, at arbejdspladsen har et medansvar i forhold til at fremme sundheden blandt den danske befolkning (Sund By Netværket, 2012). Samme fund ses i en rapport omhandlende sundhed og trivsel på arbejdspladsen udgivet af Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2009). De sunde rammer, som det er muligt at skabe på arbejdspladsen, kan dermed understøtte de ansattes sundhed. Resultater fra Sundhedsstyrelsens undersøgelse om sundhedsfremme på arbejdspladsen fra 2008 viser således også, at 99 procent af de godt 1.800 adspurgte virksomheder har en form for sundhedsfremmende tilbud, som for eksempel en frugtordning, massageordning eller en skærpelse af rygepolitikken (Rambøll Management, 2008). Dette tyder på, at virksomheder tager del i den opgave, som det moderne samfund, som tidligere nævnt, står overfor. Med andre ord forsøger virksomheder i dag at påvirke de ansattes sundhed og livsstil, hvorfor sundhed ikke længere er en rent privat sag (Sundhedsstyrelsen, 2009).

Ved inddragelse af arbejdsmarkedet til at fremme en sundere adfærd, kan der være visse etiske dilemmaer i forhold til, hvor grænsen imellem arbejdsliv og medarbejderens private liv og valg deraf går. Arbejdsgiveren skal ikke overtage medarbejderens autonomi over egen sundhed, men i stedet fastsætte rammer, som kan hjælpe med at fremme en sundere adfærd, hvis dette er ønsket. Dog er der i princippet ingen grænser for, hvad virksomheden kan engagere sig i, så længe der er enighed på arbejdspladsen om det. På trods af, at mange medarbejdere og ledere ikke mener, at sundhed kun hører til privatsfæren, er det alligevel vigtigt at vide, hvor grænsen går, mellem, hvad der er privat, og hvad arbejdspladsen kan blande sig i med henblik på ikke at glemme medarbejderens autonomi. Idet virksomheder forsøger at fremme de ansattes sundhed gennem

sundhedsindsatser, kan det ikke undgås, at den enkelte ansattes holdninger og værdier udfordres. (Sundhedsstyrelsen, 2009; Sund By Netværket, 2012) Hertil er det dog relevant at nævne, at det ligeledes kan være uetisk for en virksomhed ikke at blande sig for eksempel, hvis enkelte eller flere ansatte af en eller flere grunde mistrives (Sund By Netværket, 2012).

Grundlæggende har ledelse og ansatte forskellige interesser, når det gælder sundhed, hvilket kan føre til en interessekonflikt (Arbejdsmarkeds-Etisk Råd, 2006). Forskelle i syn på sundhed og værdier kan dermed føre til utryghed og spændinger mellem ledelse og ansatte, medmindre det kan lykkes at skabe et fælles grundsyn, hvor de sundhedsfremmende indsatser bliver til gavn for både virksomheden og de ansatte (Sund By Netværket, 2012; Gates & Brehm, 2010). For virksomheden som hele er det derfor relevant at påbegynde de sundhedsfremmende indsatser med en åben dialog om, hvad sundhed er, så ledelsen ikke alene definerer, hvilke behov virksomheden har. For virksomheder er det samtidig vigtigt ikke at overskride eller udstille den enkelte ansattes grænser og integritet gennem de sundhedsfremmende tilbud. Deltagelse i tilbuddene skal som udgangspunkt foregå på frivillig basis, hvor arbejdspladsen hverken belønner eller straffer de medarbejdere, som henholdsvis deltager og ikke deltager i tilbuddene. Det giver dog i nogle tilfælde god mening at gøre sundhedsfremmende tilbud obligatoriske, for eksempel, træning i arbejdstiden for at sikre, at de ansatte kan holde til arbejdet samt rygeforbud for at sikre, at ingen bliver udsat for passiv rygning. (Sund By Netværket, 2012)

Endvidere er det vigtigt, at virksomheden foretager sig etiske overvejelser om, hvordan der igangsættes aktiviteter, som ikke kun accepteres og anvendes af den gruppe af medarbejdere, der allerede er sunde. Ifølge Sundhedsstyrelsen har det længe været kendt, at danskernes sundhed afhænger af social status, og det er derfor vigtigt, at virksomheden med sine sundhedsfremmetilbud ikke skaber en utilsigtet konsekvens i form af et samfunds- og virksomhedsmæssigt A- og B-hold, men derimod får appelleret til alle ansatte (Sundhedsstyrelsen, 2009). Det leder frem til, at sundhedsfremme, ifølge Arbejdsmarkeds-Etisk Råd, bør behandles på alle niveauer i virksomheden, således, at medarbejderne ikke får trukket tilbuddene ned over hovedet, men derimod bliver behandlet med respekt (Arbejdsmarkeds-Etisk Råd, 2006).

2.7 Opsummering

Der er igennem problemanalysen blevet analyseret og argumenteret for, hvorfor arbejdspladsen er en velegnet arena til sundhedsfremmende indsatser. Herunder er flere af gevinsterne ved sundhedsindsatserne for arbejdspladsen, medarbejderen og samfundet blevet belyst. Dog tyder det på, at konteksten og mulige barrierer skal tages i betragtning for at opnå de gevinster der er forbundet med sundhedsindsatserne. Diversiteten i forståelser af sundhed kan være et af de vigtige elementer at fokusere på i forhold til en vellykket sundhedsindsats, idet der kan opstå en interessekonflikt i forhold til målene med sundhedsindsatsen.

Ovenstående problemanalyse har endvidere belyst behovet for mere viden om de langsigtede forandringer af sundhedsfremmende indsatser, hvilket vil være omdrejningspunktet for nærværende speciale.

3 Problemformulering

På baggrund af problemanalysen vil der i specialet blive arbejdet med følgende problemformulering:

Hvilken betydning har konteksten for implementeringen af sundhedsindsatser i virksomheder, der har til hensigt at skabe en langsigtet forandring?

I problemformuleringen afgrænses der til kontekstens betydning for langsigtede forandringer. For at gøre konteksten til et mere håndterbart begreb, vil dette speciale sætte fokus på organisationskulturen, der ud fra litteratursøgningen udgør en del af konteksten i virksomheden.

For at give en indsigt i organisationskulturens betydning for konteksten vil kapitel 4 Organisationskultur belyse organisationskulturen nærmere samt opstille hypoteser for dennes indflydelse på implementeringen af en sundhedsindsats. Efterfølgende præsenteres et kapitel omhandlende forståelser af sundhed og disses betydning for implementering af en sundhedsindsats i en given kontekst. Hertil opstilles en hypotese for sundhedsforståelsens betydning for sundhedsindsatser. Kapitlerne om henholdsvis *organisationskultur* og *forståelser af sundhed* har til formål at bidrage til at besvare specialets problemformulering.

4 Organisationskultur

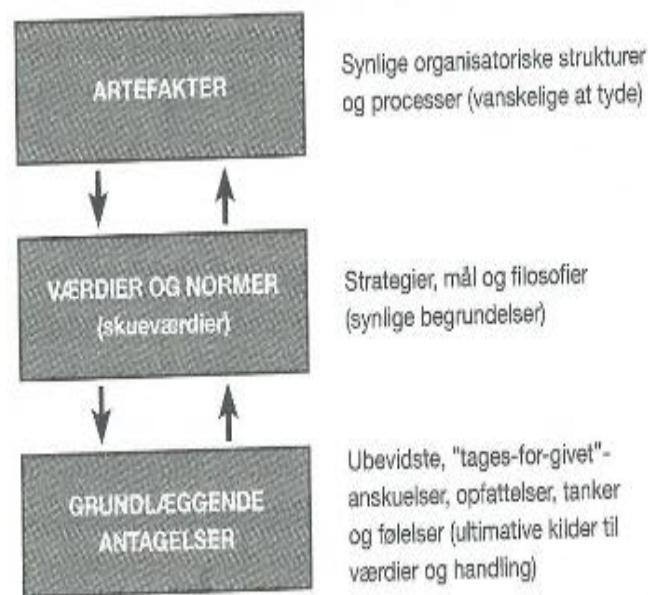
For at forstå, hvordan der skabes en langsigtet forandring af en sundhedsindsats i en virksomhed, er Edgar H. Scheins (Schein) teori om organisationskultur velegnet til at give en forståelse af de forskellige elementer, der påvirker initiativer i en organisation (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Scheins teori giver en teoretisk forståelse for, hvad en kultur er, samt hvordan den dannes, udvikles og ændres. Teorien bliver suppleret af udvalgte studier, der omhandler organisationskulturens betydning for en sundhedsindsats.

4.1 Kulturanalyse

Til at give en indsigt i, hvordan en sundhedsindsats kan påvirke og er påvirket af en organisation, kan der ud fra Scheins teori laves en kulturanalyse af organisationen med henblik på at skabe en forandring. Da kulturen er indlejret i enhver organisation kan en kulturanalyse benyttes til at udpege mulige forhindringer, der kan indtræffe, når der forsøges at skabe en forandring i en virksomhed (Schein, 1994). Kulturanalysen kan således gøre initiativtageren opmærksom på, hvilke elementer i kulturen, der er af stor betydning for medarbejderne, og som kan være svære at forandre. For at undgå, at der opstår modstand fra medarbejderne må initiativtageren altså være orienteret om, hvordan kulturforandringen kan skabes uden at lave for store ændringer i de ting, der tillægges stor værdi af medarbejderne. Hvis medarbejdernes holdninger og værdier tages med i overvejelserne om implementeringen er der større chance for at få disses opbakning til interventionen (Schein, 1994)

4.1.1 Kulturens tre niveauer

En kulturanalyse kan tage udgangspunkt i de tre niveauer der indgår i Scheins kulturopfattelse; artefakter, skueværdier og grundlæggende antagelser (Schein, 1994). De tre niveaus indbyrdes påvirkning og en kort beskrivelse af hvert niveau kan ses i Figur 2.



Figur 2 Viser Scheins tre niveauer af kultur og hvordan de indbyrdes påvirker hinanden (Schultz, 2014).

På overfladen ses niveauet med artefakter, som er de mest fremtrædende symboler på organisationens kultur. Selvom artefakter er lette at observere, er de svære at tyde. Dels fordi forskeren ved forsøg på at forstå artefakterne vil fortolke disse ud fra egne følelser og grundlæggende antagelser, og dels fordi det ifølge Schein er nødvendigt at opleve de underliggende niveauer for at kunne opleve og forstå sammenhængen i organisationskulturen. (1994, pp. 24-25)

Selvom artefakterne kun udgør overfladen, er de et udtryk for alt det, der ligger inde bagved i kulturen. Hvis en sundhedsindsats på en arbejdsplads skal lykkes, kan det derfor være nødvendigt at gå ned i lagene i kulturen og undersøge virksomhedens skueværdier. Skueværdierne angiver, hvad der bliver værdsat i kulturen samt det, der er vigtigt at stræbe efter. Dette vil være udviklet og bevidstgjort af organisationens medlemmer, her forstået som de ansatte. En skueværdi kan, hvis den på længere sigt bliver succesfuld, transformeres til en fælles antagelse og dermed blive en del af kulturens virkelighedsopfattelse og de grundlæggende antagelser. (Schein, 1994; Jacobsen & Thorsvik, 2008)

De grundlæggende antagelser i en virksomhed er det dybeste niveau, der kan beskrives som kulturens kerne og som gør, at de ansatte indenfor virksomheden arbejder mod et fælles mål. Antagelserne er dét, kulturens medlemmer ikke er sig selv bevidste om, men "bare gør". Det er derfor svært for medarbejderne og lederne selv at se disse, da de er integreret i alt, virksomheden foretager sig. Fordi de grundlæggende antagelser kan være så rodfæstede i en virksomhed, vil en adfærd, der er baseret på et hvilket som helst andet grundlag, være uforståelig for organisationens medlemmer. (Schein, 1994; Jacobsen & Thorsvik, 2008)

Når der sker ændringer i kulturen er det vigtigt at forstå, hvordan denne ændring vil påvirke den eksisterende kultur i de tre ovenstående niveauer. Sundhedsindsatser skal tilpasses virksomhedens kultur og ligeledes må der ske ændringer inden for den eksisterende kultur i forhold til at kunne rumme de nye tiltag. Sker dette ikke vil der opstå en modstand i kulturen imod sundhedsindsatserne, som vil forringe muligheden for de langsigtede forandringer. For at lette implementeringen af sundhedsindsatser må lederen træde til og hjælpe med at skabe de nødvendige forandringer.

4.2 Kultur og ledelse

Ifølge Schein er der en sammenhæng mellem kultur og ledelse: ”Kultur og ledelse er to sider af samme sag, forstået på den måde, at ledere først skaber kulturer, når de skaber grupper og organisationer” (Schein, 1994, p. 23). Hverken kultur eller ledelse kan altså forstås isoleret. Derimod er kulturen resultatet af en leders forsøg på at skabe nogle stabile rammer i en virksomhed, som de ansatte færdes under. Organisationskulturen er således skabt på baggrund af lederens værdier og antagelser (Schein, 1994). I kulturen er der nogle kulturelle elementer, der enten kan virke fremmende eller hæmmende i forbindelse med at skabe en forandring i en virksomhed (Schein, 1994), hvilket blandt andet er undersøgt i et randomiseret kontrolleret studie af Parry et al. (2013). Med udgangspunkt i feedback fra deltagerne finder forskerne, at organisationskulturen og ledelsen kan have en central rolle i forhold til sundhedsindsatsens succes. Dette fund bakkes op af Scheins kulturteori, hvor forandringer i en organisation finder sted i kulturen (Schein, 1994) For at finde ud af, hvordan der opnås fastholdelse af sundhedsindsatser på arbejdspladsen, er det derfor nødvendigt at beskæftige sig med alle organisationens medlemmer, herunder både ledelsen og medarbejderne.

4.2.1 Ledelsens og medarbejdernes rolle

Ifølge Parry et al. støttede lederne ikke fuldt op om indsatsen, på trods af, at disse var oplyst om indsatsens muligheder og gevinster (2013). Uden fuld støtte fra lederne er det, ifølge Schein, svært at lave en kulturforandring i en virksomhed, hvilket kan være med til at forklare, hvorfor virksomheden, i førnævnte studie af Parry et al. ikke formår at ændre sundhedskulturen (1994). I en sådan situation kan det, for at opnå en forandring, være relevant med en stærkere ekstern støtte eventuelt i form af en sundhedsekspert. Det kræver dog stadig, at denne er støttet af ledelsen i virksomheden. (Parry, et al., 2013) Wilderom et al. undersøger i et review, bestående af 10 studier, kultur som en prediktor for virksomhedens succes. Fælles for flere af disse studier er, at for at have

en stærk organisationskultur, skal medarbejderne også inddrages i og samles omkring fælles oplevelser, hvilket er afgørende for en virksomheds succes (Wilderom, et al., 2011). Disse studier, der fremhæver kultur som et succeskriterie, kan dog kritiseres for en mangelfuld definition af kultur. Flere af studierne operationaliserer kultur ud fra virksomhedens værdier, men beskriver ikke yderligere, hvilke andre forhold, dette kulturfænomen dækker over. (Wilderom, et al., 2011) Endvidere må den forskellighed, der kan forekomme mellem virksomheders organisation og mangfoldigheden i kulturen, tages i betragtning. En vigtig pointe i flere af studierne er, at organisationskultur kan fungere som et styringsredskab, hvor medarbejderne agerer ud fra virksomhedens grundlæggende antagelser, værdier og normer. Disse grundlæggende antagelser, værdier og normer er derved med til at danne ramme omkring og skabe opmærksomhed på, hvilke arbejdsopgaver, der er særlig relevante at lægge vægt på i virksomheden. (Wilderom, et al., 2011) Hermed kan lederen, via kulturen, implicit påvirke medarbejderne til at tillægge nogle ting ekstra værdi og derudfra arbejde i den retning, lederen ønsker.

Dette kapitel har redegjort for vigtige elementer i kulturen samt argumenteret for ledelsens vigtighed for kulturændringer. Endvidere er der blevet belyst, hvorfor kultur og ledelse ikke kan forstås isoleret når en sundhedsindsats skal implementeres. Idet organisationskulturen kan fungere som et styringsredskab, kan lederen via sundhedsindsatsen påvirke medarbejderne i kulturen. For at sundhedsindsatsen skal blive en succes, tyder det på, at denne skal inkorporeres som en naturlig del af organisationskulturen. Ved at gøre dette bliver sundhed tillagt en værdi på arbejdspladsen og med tiden er det muligt, at sundhedsindsatsen bliver en grundlæggende antagelse i virksomheden. Med baggrund i dette kapitel er følgende to hypoteser opstillet:

Ledelsen har en afgørende betydning i forhold til deltagelse og opbakning til nye sundhedsindsatser.

Implementering af en sundhedsindsats som en del af den daglige arbejdsrutine øger chancen for at skabe en langsigtet forandring.

Som det er udfoldet i dette afsnit har ledelsen en betydning for successen af en sundhedsindsats. Derfor tager den førstnævnte hypotese udgangspunkt i Scheins teori om ledelse samt tidligere studiers erfaringer med sundhedsindsatser. Den anden hypotese er opstået dels på baggrund af Scheins udsagn om rutiner; ”deres eksistens giver struktur, forudsigelighed og konkretisering i en ellers vag og flertydig organisatorisk verden” (Schein, 1994, p. 231), og dels ud fra Arbejdsmarkeds-Etisk Råd, der henviser til, at sundhedsindsatsen bør inkorporeres i arbejdstiden

(Schein, 1994; Arbejdsmarkeds-Etisk Råd, 2006). Mere struktur må således være medvirkende til at en sundhedsindsats opnår en vedvarende i virksomheden.

5 Forståelser af sundhed

Som nævnt i problemanalysen er der manglende evidens om langsigtede forandringer af sundhedsfremmende indsatser. En årsag hertil kan være de forskellige forståelser af sundhed, der hersker i en virksomhed. Steen Wackerhausens (Wackerhausen) åbne sundhedsbegreb kan i den forbindelse være med til at forklare, den forskel der kan være blandt de forskellige opfattelser af sundhed. Begrebet lægger op til, at sundhed skal ses i sammenhæng med den hverdag, medarbejderen er i, og at medarbejderen selv definerer, hvad sundhed er. (Wackerhausen, 1994) Wackerhausens opfattelse vedrørende det åbne sundhedsbegreb deles også af Torben Jensen og Tommy Johnsen (2009), der lægger vægt på, at den enkelte medarbejder er ekspert i sit eget liv, hvorfor dennes opfattelse af sundhed og sygdom kan være afgørende for resultatet af en sundhedsindsats. (Jensen & Johnson, 2009)

5.1 Det åbne sundhedsbegreb

Det åbne sundhedsbegreb er en alternativ tankegang til sundhedsfundamentalismen⁶ og – relativismen⁷. For at forstå hvad sundhed er skal der med afsæt i Wackerhausens begreb tages udgangspunkt i det enkelte individ, det samfund, den kultur og de livsbetingelser individet lever i. (Wackerhausen, 1994) Individets individuelle forståelse af, hvad sundhed er, herunder egne mål og værdier, påvirkes af det samfund og den kontekst, individet befinder sig i. Begrebet er dermed subjektivt-, kontekst – og kulturafhængigt. Definitionen af sundhed kan således være forskellig fra individ til individ og kultur til kultur, hvorfor det er vigtigt at inddrage individets livsbetingelser i det sundhedsfremmende arbejde. Wackerhausen definerer endvidere sundhed som evnen til at indfri mål under givne livsbetingelser. (Wackerhausen, 1994) Ses dette i relation til sundhed i virksomheden er den sunde medarbejder således i besiddelse af en handlekapacitet i forhold til at opnå sine mål under de livsbetingelser, vedkommende lever under. Med andre ord er handlekapacitet medarbejderens subjektive handlefærdigheder til at indfri egne mål ud fra den kontekst og de livsbetingelser, medarbejderen befinder sig i samt det handle- og funktionsniveau, medarbejderen besidder. Er medarbejderen syg, kan handlekapaciteten være forringet i forhold til indfrielsen af målene. (Wackerhausen, 1994) Dog er det op til den enkelte medarbejder at definere,

⁶ Sundhedsfundamentalisme er naturvidenskabelige og objektive sygdomsbeskrivelser, der fortæller, hvornår en person er rask eller syg (Wackerhausen, 1994).

⁷ Ifølge sundhedsrelativismen er sundhed bestemt af kulturen, historien og geografien og varierer derfor fra samfund til samfund (Wackerhausen, 1994).

hvad sundhed er og hvilken værdi og hvilke mål, sundhed tillægges. Opfattelsen af sundhed kan derfor indeholde stor variation fra medarbejder til medarbejder. Målet med sundhed kan ligeledes være forskelligt fra medarbejder til medarbejder afhængigt af, hvor stor en værdi sundhed tillægges af.

På baggrund af ovenstående ses en vigtighed i, at medarbejderne inddrages, idet det eksempelvis giver lederen eller ledelsen, ved indførelse af en sundhedsindsats på arbejdspladsen, en forståelse for, hvad medarbejderen tillægger værdi i hverdagen. Endvidere bør medarbejderens autonomi, herunder egne definitioner af sundhed i form af mål og værdier, således tages i betragtning, når sundhedsindsatser tilrettelægges indenfor virksomheden. Dermed kan sundhedsindsatsen tilpasses medarbejderens hverdagsliv, hvilket øger følelsen af selvbestemmelse og lysten til at deltage. Dette kan danne baggrund for, at der, ifølge Wackerhausen, bliver skabt et ægte mål hos subjektet, i dette tilfælde medarbejderen (1994). Et ægte mål defineres som værende tvangsfrit og dermed udsprunget fra medarbejderen selv, dennes værdier og med respekt for medarbejderens autonomi. Uægte mål er derimod beskrevet som målsætninger, der ikke udspringer af subjektets selvbestemmelse og dermed ikke af dets eget valg og værdigrundlag. Et uægte mål er således etableret grundet en tvangsbetonet procedure. (Wackerhausen, 1994) I tråd hermed må lederen eller ledelsen gennem sundhedsindsatsen ikke overføre sine egne værdier til medarbejderen, idet et uægte mål så er tvangspålagt medarbejderen uden respekt for vedkommendes autonomi, hvorved vedkommende kan hindres i at opnå egne ægte mål. I stedet skal lederen eller ledelsen søge at forstå medarbejderen fra dennes udgangspunkt. Hermed kan det antages, at en sundhedsindsats på en arbejdsplads, hvor medarbejderne ikke inddrages i tilrettelæggelsen, gør, at medarbejderen adopterer et uægte mål, der ikke stemmer overens med medarbejderens egne mål og værdier. Sundhedsindsatsen kan i den henseende være medvirkende til at medarbejderens målfrielse udebliver, hvilket kan føre til en forringelse af medarbejderens handleevne. En sundhedsindsats der opfattes som et uægte mål kan dermed forringe førnævnte målfrielsepotentiale, hvorfor det kan risikeres, at sandsynligheden for, at medarbejderen deltager i indsatsen og dermed forbedrer sundheden, vil reduceres. (Wackerhausen, 1994) Der kan derfor ses en vigtighed i at etablere indsats, som kan øge medarbejdernes målfrielsepotentiale og dermed muligheden for at forbedre sundheden. Et uægte mål kan dog accepteres og 'overtages' af medarbejderen, så længe dette sker på tvangsfrie betingelser. Et ægte mål behøver således ikke oprindeligt at være formuleret af medarbejderen selv, så længe det blot er et etisk acceptabelt mål, hvilket hentyder til at målet ikke må invalidere andre subjekters ret til at leve efter egne mål og værdier. Selvom en leders mål kan være i disharmoni med

andre medarbejderes værdiunivers kan det dog stadig være etisk acceptabelt, så længe lederen gennem sit mål blot respekterer de ansattes autonomi. (Wackerhausen, 1994)

På baggrund af dette kapitels beskrivelse af Wackerhausens åbne sundhedsbegreb er der åbnet op for, at sundhedsbegrebet rummer stor diversitet, hvorfor der kan være forskel i, hvordan sundhed opfattes af forskellige medarbejdere og af ledelsen. Ligeledes tyder det på, det er vigtigt, at målet opfattes ægte for medarbejderen i forbindelse med at skabe en ægte langsigtet forandring. Med udgangspunkt i dette er følgende hypotese opstået:

Opfattes sundhedsindsatsen som et uægte mål, vil en langsigtet forandring udeblive.

Ud fra ovenstående beskrivelse af Wackerhausens teori, ses der derfor en vigtighed i at lederen og/eller ledelsen medinddrager medarbejderne i udformningen af sundhedsindsatserne, idet risikoen for at tvangspålægge medarbejderne et uægte mål reduceres. Hvis medarbejderne opfatter sundhedsindsatsen som et uægte mål kan det betyde en forringelse af medarbejdernes handlekapacitet, hvilket kan påvirke medarbejderens deltagelse i sundhedsindsatsen. Dette kan således resultere i, at en langsigtet forandring udebliver.

6 Casestudie – metode og metodologi

I dette kapitel vil vi præsentere vores overordnede metodedesign samt de metodiske valg og hertil knyttede metodologiske overvejelser, som ligger til grund for specialets empiriske undersøgelse. Desuden vil den analytiske fremgangsmåde blive belyst.

6.1 Design

Casestudiet er en egnet strategi, når man, som vi, vil analysere et fænomen som sundhedsindsatser og undersøge, hvilken viden der kan uddrages af netop dette fænomen (Ramian, 2010). Ifølge Robert K. Yin (Yin) er casestudier fordelagtige i de tilfælde, hvor det fænomen, der ønskes belyst, er vanskeligt at adskille fra de omgivelser, som fænomenet er en del af. (2014) Casestudiet er i specialet derfor et oplagt forskningsdesign til at undersøge, hvad der har betydning for implementering af en sundhedsindsats, der skal skabe en langsigtet forandring (Yin, 2014). Den forståelse, som casestudiet medvirker til, kan bidrage med at skabe ny viden omkring, hvad der skal til for at skabe en langsigtet forandring af sundhedsindsatser i virksomheder.

En ting man skal være opmærksom på ved valget af case-design vedrører kritikken af case-studier som værende subjektive. Kritikken går på, at designet har en bias for verifikation, idet der kan være tendens til at forskerens forudindtagede meninger bekræftes. Vi har gennem brugen af casestudiet dog været opmærksomme på denne kritik og forsøgt at fralægge os vores forforståelse og samtidig været åbne over for de resultater, der måtte dukke på.

Overordnet vurderer vi, at casestudiet er ideelt at benytte som design, idet vi, for at besvare problemformuleringen, ønsker at undersøge kontekstens betydning gennem ansattes oplevelser og holdninger. Dertil har vi vurderet, at det ikke er muligt at operationalisere personlige holdninger, hvorfor vi har fravalgt den kvantitative forskningsmetode i form af eksempelvis surveys. Samtidig ville den kvantitative metode have udelukket muligheden for at følge op på nye vinkler og udforske det eksplorative element.

6.1.1 Multiple case-design

I casestudier arbejdes der enten med singlecase eller multiple-case design, hvor valg af design bestemmes af projektets problemstilling (Yin, 2014). Vi har valgt et multiple-case design, da vi

således kan belyse vores problemstilling fra flere vinkler. Det giver dermed mulighed for at tegne et mere nuanceret billede af, hvad der virker for hvem og i hvilken kontekst.

Et multiple-case design gør det dermed muligt at vurdere, hvorledes bestemte elementer i hver af de to valgte cases påvirker medarbejdernes deltagelse i de forskellige sundhedsindsatser. Ved blandt andet at anvende specialets teori på begge cases har vi mulighed for at forklare fællestræk og forskelle ud fra disse. Teorierne er derfor med til at forklare hvorfor nogle sundhedsindsatser udvikler sig på én måde og andre på en anden. Denne teoretiske ramme danner dermed grundlag for, at vi efterfølgende kan foretage generaliseringer. (Yin, 2014)

Ifølge Yin skal begge cases udvælges omhyggeligt med henblik på enten at forudsige lignende resultater, kaldet "literal replication", eller stå i kontrast til hinanden, kaldet "theoretical replication", hvorved det forventes, at de to cases giver vidt forskellige resultater (2014).

Sidstnævnte kaldes en two-tail, idet der vælges to cases, der ligger i hver deres ekstremitet med henholdsvis et godt og mindre godt outcome af implementeringen af en sundhedsindsats. (Yin, 2014) Vi har valgt two-tail cases, idet den giver mulighed for at belyse forskelle og ligheder mellem virksomheder. Samtidig vil vi undersøge nærmere, hvilken betydning organisationskultur og forståelse af sundhed har for virksomhedens deltagelse og fastholdelse af sundhedsindsatser. Ved at medtage flere cases der ligger i spændet mellem de to ydre ekstremer ville dette bidrage til at skabe en mere nuanceret viden og dermed underbygge specialets resultater. På grund af den begrænsede tidsramme for specialet synes det dog urealistisk at nå til bunds i flere end to cases. I udvælgelsen af cases lagde vi derfor vægt på, at den ene virksomhed skulle have haft succes med implementeringen af en sundhedsindsats og dermed opnået en langsigtet forandring, mens den anden virksomhed ikke skulle have opnået en langsigtet forandring af sin sundhedsindsats. På baggrund af dette udvalgte vi to cases, der fremover i specialet vil blive betegnet Aso og Divo. En præsentation af de to cases og deltagende informanter kan ses i kapitel 7 Præsentation af cases.

Det forklarende casestudie anvendes, idet vi ved hjælp af de valgte teorier forsøger at forklare de forskelle og ligheder, der findes mellem Aso og Divo. Endvidere er det hensigten at prøve at forstå, hvorfor sundhedsindsatsen er lykkedes bedre på den ene arbejdsplads end på den anden. Til dette formål anvendes en eksplorativ tilgang med henblik på at udforske nye områder og problemstillinger med det formål at genere ny empirisk viden til, hvordan fremtidige studier,

omhandlende sundhedsfremmende indsatser på arbejdspladsen, kan skabe en langsigtet forandring (Yin, 2014).

6.2 Empiriindsamling

Empirien er indhentet via kvalitative interviews med medarbejdere på Aso og Divo. Med denne metode har vi mulighed for at gå i dybden med vores problemstilling (Kvale & Brinkmann, 2008). Ifølge Steinar Kvale og Svend Brinkmann (2008) er interviews særligt velegnede, når menneskers forståelse af betydningerne i deres livsverden samt deres oplevelser og perspektiver på denne livsverden undersøges. Interviewet giver os dermed mulighed for at forstå medarbejdernes personlige oplevelser af forskellige forhold, som kan have betydning for en succesfuld implementering af en sundhedsindsats på arbejdspladsen.

Inden for den valgte problemstilling findes der, jf. kapitel 2 Problemanalyse, et bredt omfang af forskning. Der er dog mangel på studier, der undersøger en langsigtet forandring af en sundhedsindsats på arbejdspladsen (Hutchinson & Wilson, 2011). Af disse grunde lægger problemstillingen op til, at interviewet med medarbejdere og ledere i de to cases skal følge en struktureret række af spørgsmål, men med mulighed for at supplere med spørgsmål, der måtte opstå under interviewet. I forhold til at undersøge en langsigtet forandring ville det have været mere hensigtsmæssigt at følge informanterne og virksomhederne i en årrække, da dette ville have reduceret usikkerheden vedrørende recall bias. Grundet tidsrammen for specialet har det dog ikke været muligt at følge virksomhederne i en længere periode, hvorfor informanterne må besvare spørgsmålene retrospektivt.

På baggrund af fund fra litteratursøgningerne har vi fået en større viden inden for specialets genstandsfelt, men på trods heraf, er det ikke muligt på forhånd at fastlægge, hvilke temaer i interviewguiden der kan føre til svar på det givne problemfelt (Yin). Derfor vurderer vi, at det semistrukturerede interview vil være mest hensigtsmæssigt at benytte til besvarelse af problemformuleringen, da det giver mulighed for at stille opfølgende og opklarende spørgsmål og derved opnå mere nuancerede svar.

6.2.1 Semistrukturerede interviews

Vi har valgt at udføre semistrukturerede interviews, da det fokuserer direkte på problemstillingen, men samtidig giver mulighed for at udforske emner, der opstår i interviewsituationen. (Yin, 2014) Forud for interviewet fastlagde vi nogle temaer ud fra det, vi søger svar på i problemformuleringen.

På baggrund af disse udformes en interviewguide, jf. 6.3 Udformning af interviewguider som kan være mere eller mindre styrende for selve interviewet, idet den indeholder de hovedtemaer og -spørgsmål, vi ønsker afdækket. (Brinkmann & Tanggaard, 2010) Processen under det semistrukturerede interview bærer præg af åbenhed, hvorfor det under interviewet er muligt at afvige fra interviewguiden og dermed forfølge vigtige og interessante ytringer, som informanten præsenterer. Denne åbenhed giver således mulighed for, at vigtige informationer, som vi forinden interviewet ikke var forberedte på, kommer frem. (Kvale & Brinkmann, 2008) Det semistrukturerede interview giver med sin åbenhed ligeledes mulighed for at afdække hovedspørgsmålene, hvis medarbejderen er meget snaksalig, uden afbrud af interviewer, hvorfor samtalen kan nærme sig en dialog (Jensen & Johnson, 2009; Brinkmann & Tanggaard, 2010).

Da vi ønsker at undersøge de individuelle følelser, meninger og holdninger omkring sundhedsindsatserne i virksomheden, har vi valgt at foretage enkeltinterviews frem for fokusgruppeinterviews. Fordelen ved dette valg er, at informanterne upåvirket af andre medarbejdere kan ytre deres mening og oplevelser. Idet der er en vis risiko for, at medarbejdernes hierarkiske placering kan have betydning for informanternes udtalelser, eller mangel på samme, om ledelsens og organisationens rolle i forbindelse med en sundhedsindsats, er fokusgruppeinterviewet derfor fravalgt. Desuden er fokusgruppeinterviewet fravalgt, da, for eksempel, motivationen for at deltage i en sundhedsindsats kan forholde sig helt anderledes hos én medarbejder end hos en anden, hvilket kan føre til tavshed hos personen, der holdningsmæssigt kunne være i undertal. (Yin, 2014) Med det individuelle interview er det derfor muligt at skabe en intimitet og tryghed mellem informant og interviewer, hvilket kan virke motiverende på informanten i forhold til at åbne op og besvare spørgsmålene ærligt.

6.3 Udformning af interviewguider

Udformningen af interviewguider er lavet med udgangspunkt i casestudiedesignet med henblik på at udføre en ”theoretical replication” ud fra de to cases. Da vi har arbejdet ud fra en deduktiv tilgang vil de valgte teorier og den evidensbaserede litteratur indgå som grundlag for udarbejdelsen heraf. Ligeledes er interviewguiderne baseret på specialets problemformulering samt tilhørende hypoteser. Ud fra disse nævnte faktorer kommer interviewet til at afspejle temaer, der er relevante for besvarelse af specialets problemstilling. (Jensen & Johnson, 2009)

Der er udformet fire interviewguider, jf. Bilag 1, ud fra den samme skabelon, hvilket gør det muligt at tilvejebringe sammenligningsmuligheder i analysen. Dog ses der en vis variation i spørgsmål og

vægtning i de forskellige interviewguider, alt efter om informanten er initiativtager eller medarbejder. Grundlæggende begynder alle guider med en *kort* briefing og præsentation af specialet, idet vi ikke ønsker at give informanterne forudindfattede forståelser af, hvilke oplevelser og meninger, vi gerne vil høre. (Jensen & Johnson, 2009) Derefter følger fem overordnede temaer med tilhørende hoved- og underspørgsmål. De fem temaer er:

- Værdier – på arbejdsmiljø og på sundhed
- Baggrund – målsætning, præsentation af indsatsen
- Organisationskultur – implementering og forandringer i forbindelse med indsatsen
- Deltagelse – motivation, sociale relationer og barrierer for indsatsen
- Indsatsen som helhed – utilsigtede og tilsigtede konsekvenser, effekter, vurdering af indsatsen

Interviewguiden baseres på korte semi-strukturerede hovedspørgsmål, der hverken er for lukkede eller ledende, idet vi forsøger at fremme informanten til åbent at fortælle om sine egne oplevelser og meninger. Hertil har vi udarbejdet hjælpende spørgsmål i forhold til at komme omkring det udforskede emne. Vi har bevidst fravalgt at spørge medarbejderne direkte ind til de teoretiske begreber, idet vi vurderer en vis risiko for manglende forståelse. Derfor har vi udarbejdet spørgsmål, der indirekte spørger ind til, blandet andet, medarbejdernes værdier i forhold til sundhed og arbejdsmiljø. Desuden har vi udarbejdet spørgsmål, der søger at afdække organisationskulturen, før og efter tilbuddenes implementering samt hvordan kulturen betragter sundhed, dog uden at nævne Scheins teoretiske begreber. Desuden indgår der spørgsmål, som har til formål at afdække informanternes oplevelser af tilbuddene med henblik på at opnå større forståelse for mulige barrierer i organisationen.

6.3.1 Pilottest

Forud for interviewene på Aso og Divo valgte vi at udføre tre pilotinterviews for at afprøve, om interviewguiderne fungerede i relation til besvarelse af de formulerede spørgsmål samt for at vi som forskere blev mere fortrolige med interviewrollen (Yin, 2014, s. 92; Kvale & Brinkmann, 2008, s. 138). Efter pilotinterviewet erfarede vi, at et enkelt spørgsmål omhandlende syn på sundhed ikke var konkret nok, hvilket skabte forvirring hos informanterne. Da et af kvalitetskriterierne for et interview, ifølge Kvale, blandt andet indebærer graden af specifikke og relevante svar fra den interviewede, tilpassede vi derfor spørgsmålet i interviewguiderne (Kvale & Brinkmann, 2008). Således blev den forvirring, spørgsmålet kunne skabe, reduceret og forståelsen af spørgsmålet dermed forbedret. Ydermere blev vi gennem pilotinterviewet bevidste om vores

interviewkompetencer i forhold til blandt andet omstillingsparathed, åbenhed og vigtigheden af ikke at stille ledende spørgsmål. Ovenstående forståelser blev medtaget til selve interviewene med henblik på at skabe en positiv atmosfære for en velfungerende interaktion mellem interviewer og informant.

6.4 Udførelse af interviews

På baggrund af erfaringer fra pilotinterviewet blev det besluttet, at vi alle, skiftevis, skulle agere som interviewer. Desuden skulle interviewene foretages af en person af samme køn som informanten, idet vi ønskede at skabe en afslappet stemning, hvor informanten følte en bedre relation til interviewer og dermed følte sig godt tilpas.

Ved hvert interview sad en ansvarlig, en assistent og en observant. Den ansvarlige havde til opgave at føre interviewet for til sidst at give ordet til assistenten, der således havde mulighed for at stille et par supplerende spørgsmål. Observanten havde som udgangspunkt ikke til formål at deltage i interviewet, men nærmere at observere, at hovedspørgsmålene fra interviewguiden blev besvaret. Dog havde observanten stadig mulighed for at stille opfølgende spørgsmål til allersidst i interviewet. Observanten var placeret i et hjørne for at undgå, at interviewsituationen skulle virke intimiderende eller ubehagelig for informanten. Under interviewene var vi opmærksomme på at få afklaret de meninger og svar informanten gav, som var relevante for vores speciale.

6.5 Beskyttelse af respondenter

Idet der benyttes interview som metode, er der visse etiske overvejelser, som skal tages i betragtning under processen. Under det kvalitative interview er det vores hensigt at få en indsigt i informanternes syn på sundhedsindsatsen i virksomheden. Informanternes personlige udtalelser vil vi arbejde videre med i specialet, hvorfor der er vigtigt, at informanterne indgår i informeret samtykke. I samtykkeerklæringen bekendtgøres informanterne med specialets overordnede formål, design og databehandling. (Kvale & Brinkmann, 2008; Yin, 2014) Ligeledes oplyses informanterne om deres ret til at stoppe deltagelsen i specialet, da dette sker på frivillig basis. (Kvale & Brinkmann, 2008). Samtidig vil informanterne blive oplyst om, at data kun bliver behandlet af os, men at udtalelserne vil blive publiceret anonymt i specialet i forbindelse med analyse og diskussion af resultaterne. (Kvale & Brinkmann, 2008; Yin, 2014) Både informanter og virksomheder er blevet tildelt fiktive navne for at sikre anonymiseringen.

6.6 Analytisk fremgangsmåde

I specialets foregående afsnit har vi præsenteret den teoretiske ramme og metode samt de overvejelser vi har gjort os i forbindelse med indsamling af empiri til besvarelse af vores problemfelt. I det følgende vil vi beskrive, hvordan vi i praksis har forenet teori og empiri og dermed redegøre for den analytiske fremgangsmåde, der ligger til grund for bearbejdningen af den indsamlede empiri.

Første skridt i bearbejdningen af data har været transskription af alle ti interviews. Ved at transskribere hele lydfilen til tekst har vi mulighed for at foretage systematiske og gentagende gennemgange af materialet. Ved efterfølgende gennemlæsninger har vi dannet os et overblik over indholdet med mulighed for identifikation af temaer. Herefter har vi markeret de steder i materialet, hvor, for eksempel, sundhed og lederen er italesat, jf. 6.6.2 Kodning. Til trods for vores afgrænsning har vi været bevidste om, at andre elementer kunne være relevante, hvorfor emnet sociale relationer og etik er kodet. Hermed er væsentlige dele af interviewmaterialet, der bidrager med viden om genstandsfeltet, udvalgt til videre bearbejdning. Næste skridt har været at meningskondensere relevante meningskoder med henblik på at gøre disse mere overskuelige samt reducere tekstmængden, således pointen i udsagnet træder frem. Meningskondenseringerne har vi valgt at sætte ind i et skema, som hver repræsenterer en informant. Dernæst har vi diskuteret hver virksomhed (og ansatte) for sig i forhold til værdier, sundhedsforståelser og kultur. Slutteligt er de to virksomheders forskelle og ligheder blevet analyseret og diskuteret i forhold til, hvilken effekt disse kunne have haft på sundhedsindsatsen. De praktiske aspekter i fremgangsmåden uddybes i følgende afsnit.

6.6.1 Transskription

Alle 10 interviews blev optaget og efter udførelsen af disse valgte vi at transskribere hele interviewet ved hjælp af transskriberingsprogrammet ”Express Scribe”. Ved transskription af hele interviewet frem for udvalgte passager sikres det, at hele konteksten skrives med og dermed undgår vi et muligt tab af meningen med udsagnene. Desuden opnås der et bedre kendskab til materialet, idet vi under transskriberingsprocessen kan genkalde nogle sociale og emotionelle aspekter fra interviewepisoden, som medvirker til en ny forforståelse af emnet. For at sikre, at alle interviewene er transskriberet på samme måde, har vi skabt en fælles skriveprocedure, som medvirker til, at vi alle havde den samme forståelse for transskriptionsprocessen. (Kvale & Brinkmann, 2008) Den fælles skriveprocedure ses i det følgende:

- Hvert lineskift indikerer skiftet mellem interviewer og informantens udtalelser.
- Tænkepauser vises med "...".
- Sætninger må gerne skrives, så de giver mening. Fyldord som for eksempel "øhm" og "ah" skal ikke transskriberes. Er der tale om en længere tænkepause ved brug af disse ord, henvises der til, hvordan tænkepauser skrives.
- Hvis hovedpointen i en kludret sætning forstås, er det i orden at skrive den "ren". Hvis det sagte er svært at tolke og/eller er mindre forståeligt, skal det skrives ordret, som det bliver sagt.
- Er der problemer med at høre det, der bliver sagt i lydfilen, skrives det eksakte tidspunkt i lydfilen ned og gennemgås i gruppen.

For at sikre en ens forståelse af ovenstående regler er et interview gennemgået fælles for at opklare eventuelle misforståelser i forhold til de opridsede skriveprocedurer. Transskriptionerne blev til sidst sammenlignet med de optagede interviews for at sikre korrekt gengivelse. Transskriptionerne kan rekvireres hos specialegruppen.

6.6.2 Kodning

Efter transskriberingen af interviewmaterialet er teksterne gennemlæst med henblik på at markere udsagn, som er relevante for besvarelsen af specialets problemfelt. Markering af udsagn, også kaldet kodning, medvirker desuden til at skabe et overblik over materialet samt lette den senere analyseproces i forhold til at drage paralleller mellem udsagnene inden for hver virksomhed og videre virksomhederne i mellem. Kodningen vil i dette speciale være begrebsstyret, hvorfor nøgleord eller koderne på forhånd er udvalgt ud fra den valgte teori, problemanalyse, interviewguider og interviews. Dog har vi også været åbne over for en datastyret kodning og derfor udformet nye relevante kodninger, som blev fundet under interviewene samt første gennemlæsning af transskriptionerne. (Kvale & Brinkmann, 2008) De kodninger, der er fundet anvendelige til dette speciale er ud fra temaerne vist i **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet..** Desuden er kodningerne opdelt i farver for at give et bedre overblik over tilhørsforhold af de enkelte udsagn.

Blå: Organisationskultur (værdier, artefakter, grundlæggende antagelser)
 Rød: Ledelse (betydning for tiltaget, holdninger, forhold mellem ledelse og medarbejdere)
 Mørkegrøn: Kommunikation (dialog)
 Grøn: Sociale relationer (opbakning/barrierer blandt medarbejdere, også efter arbejde)
 Gul: Etisk aspekt (virksomheder blander sig i sundhed)
 Mørke lilla: Beskrivelse af interventionen (opstart, baggrund, indhold)
 Orange: Beskrivelse af sundhed (den enkeltes holdning til sundhed, hvad gør de selv for sundheden)
 Pink: informantens værdier/holdning
 Brun: Struktur (organisationens opbygning – flad eller spids)
 Mørkeblå: Effekt af tiltaget (kan det svare sig at deltage i tilbuddet ift. sygefravær, produktion mm.?)
 Mørkerød: Barrierer/opbakning
 Lyslilla: Erfaringer/forslag til forbedringer

Figur 3 viser de temaer, der blev kodet i interviewene.

Hver interviewtekst er gennemgået i fællesskab af specialegruppen for at sikre en ensartet fremgangsmåde. Ved fælles gennemgang af teksterne får vi desuden diskuteret teksternes beretninger og udsagn, idet vi potentielt tematiserer forskelligt. På denne måde opnår vi en ensartet kodning og samtidig en mere nuanceret analyse af teksterne til videre brug.

6.6.3 Meningskondensering

Efter at have udført en meningskodning af interviewteksterne, blev de kodede udsagn meningskondenseret med henblik på at sammenfatte udsagnets hovedbetydning med få ord (Kvale & Brinkmann, 2008). Hver interviewtekst er således meningskondenseret i et skema, hvor også citater, der understreger udsagnets pointe, er nedskrevet. Et eksempel på et sådant skema illustreres i Figur 4, hvor meningskondenseringen for kodningen ”organisationskultur” er udfyldt på baggrund af en informants svar. For at sikre en loyal og autentisk sammenfatning af informanternes udsagn vendte vi under meningskondenseringsprocessen løbende tilbage til de oprindelige transskriberede interviews. Et fuldt eksempel på meningskondensering er at finde i Bilag 2.

	Meningskondensering	Udvalgte citater
Organisationskultur	Udstyr blev betalt og var derfor ingen hindring. Aso er blevet kendt på deres motionstiltag – blevet en del af Asos DNA.	”Så var vi ikke lige pludselig Aso power, der lavede strømforsyninger, nu er vi dem, der løber hele tiden.”

Figur 4 viser et eksempel på, hvordan der blev meningskondenseret ud fra kodningen af organisationskultur.

7 Præsentation af cases

I nedenstående vil de to cases blive præsenteret. De to virksomheder er valgt ud fra Yins teori om ”theoretical replication”, jf. 6.1.1 Multiple case-design, og ud fra deres heterogenitet i forhold til graden af succes med sundhedsindsatserne i virksomhederne. I udvælgelsen af cases har vi dog også lagt vægt på, at virksomhederne som udgangspunkt skulle være, så vidt det er muligt, homogene i deres struktur og rammer.

7.1 Aso

Aso er en produktionsvirksomhed, der består af cirka 65 ansatte, heraf både mænd og kvinder (Aso, 2015). Aso er særlig interessant i et folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv, da de dagligt har indlagt 30 minutters betalt motion i arbejdstiden. Medarbejderne på Aso kan vælge at benytte de 30 minutters motion til følgende aktiviteter: Gang, powerwalk, løbe fem kilometer, løbe ti kilometer hver anden dag, spille fodbold, cykle eller anden fælles aktivitet, som medarbejderne lyster. (Aso, 2015) Medarbejderne har, gennem de seks år indsatsen har eksisteret, haft frie rammer til at dyrke den motionsform, de har haft lyst til, så længe det var i fællesskab med andre ansatte i virksomheden. Sundhedsindsatsen iværksættes af virksomhedens direktør, som til et møde i samarbejdsudvalget fik fortalt om ideen at indføre motion i arbejdstiden. Direktøren ser motion i arbejdstiden som et værktøj til at skabe en god balance mellem arbejdsliv og privatliv, idet medarbejderne efter en arbejdsdag indeholdende motion kan tage hjem og passe familie og venner uden at skulle bekymre sig om at dyrke motion. Der var ved tilbuddets start en forventning om, at 50 % af medarbejderne ville deltage, men efter implementeringen bakkede alle medarbejdere, med undtagelse af én, op om indsatsen. I dag er det dog alle medarbejdere, der deltager i motionstilbuddet. Motionstilbuddet var en af hovedårsagerne til, at Aso vandt en pris for deres sundhedsfremmende arbejde i virksomheden. Udover motionstilbuddet tilbydes medarbejderne hver dag sund kantine mad, som leveres udefra. Desuden afholdes der to gange om året inspirationsseminarer, hvor kendte foredragsholdere inden for sundhedsbranchen optræder. (Aso, 2015)

7.2 Divo

Divo er leverandør af artikler til arbejdspladsen og består af ca. 135 ansatte i hele Danmark. Den udvalgte butik er hovedkontoret blandt Divos butikker og består af ca. 80 ansatte (Divo, 2015).

I 2013, efter Arbejdstilsynet rettede fokus på sundhedsfremme, blev emnet vendt i virksomhedens arbejdsmiljøgruppe med henblik på at fremme sundhed i virksomheden og skabe mere overskud og energi blandt medarbejderne, hvilket gerne skulle give udslag i dagligdagen. Sundhedsfremme på Divo startede, blandt andet, med sundhedstjek udbudt af kommunen med det formål at give arbejdspladsen et redskab til at arbejde mere målrettet på at være en sundere arbejdsplads. Inden da havde Divo dog indført løbeklub, som foregår efter arbejdstid to gange om ugen for de ansatte, som ønsker at løbe sammen. Opbakningen til løbeklubben har dog ikke været stabil, hvormed den periodevist har været sat i bero. For at skabe mere sundhed i hverdagen har Divo desuden erstattet brøddordningen med en frugtordning⁸ og fjernet kage fra pausen. Derudover afholder virksomheden årligt sundhedsforedrag og har iværksat forskellige aktivitetstilbud med henblik på at skabe mere bevægelse. Aktivitetstilbuddene omfatter løbeklub efter arbejdstid, konkurrencer med henholdsvis væggtab og skridttæller, firmaidræt, sundhedsdag to gange årligt, fem minutters betalt pause til gåtur samt ydet økonomiske tilskud til opstart. (Divo, 2015) Ovenstående sundhedstilbud bliver hovedsagligt iværksat på hovedkontoret af en medarbejder, som med forskellige ideer forsøger at skabe nogle tilbud, som rammer bredt og dermed indbyder til deltagelse fra de fleste. Deltagelsen i virksomheden har været af varierende grad, men ligger generelt på omkring 20 %. (Divo, 2015)

7.2.1 Sammenligningsgrundlag for Aso og Divo

Det vigtigste sammenligningsgrundlag for Aso og Divo er, at begge virksomheder har forsøgt sig med sundhedsindsatser på arbejdspladsen. Endvidere arbejder begge virksomheder med salg, hvor de leverer en samlet vare til køberne. Virksomhedernes struktur og rammer ligner hinanden, idet begge virksomheder har en flad organisationsstruktur, hvor de ansatte rapporterer direkte til den øverste ledelse/leder. Desuden er ledelsen og medarbejderne samlet under et tag. Dog er en lille del af Divos ansatte fordelt på forskellige butikker i hele Danmark, men størstedelen befinder sig på hovedkontoret. Begge virksomheder har en ligelig fordeling af mænd og kvinder med forskellig uddannelsesbaggrund, herunder lavt -, mellem- og højtuddannede medarbejdere. (Aso, 2015; Divo, 2015) Et punkt, hvor sammenligningsgrundlaget synes sværere, ses mellem de to initiativtagere til sundhedstiltaget, idet lederen på Aso er frontløber for indsatsen, mens initiativtageren hos Divo er

⁸ Ved afstemning blev frugtordningen dog erstattet med den tidligere vante brøddordning

en medarbejder med en lavere hierarkisk placering end lederen. Alligevel kan sammenligningen opstilles, da lederne i begge virksomheder er villige til at bruge økonomiske ressourcer på sundhed. Endvidere kan der være et problem ved at sammenligne en produktionsvirksomhed med en butik, da der kan være forskelle i arbejdet og deres hverdag. Af forskelle kan her nævnes kontakten med kunder, idet Divo har betydeligt mere direkte og løbende kontakt med kunderne end Aso. Dette kan betyde, at Divo har sværere ved at indlægge sundhedsindsatsen som en del af arbejdstiden.

7.2.2 Valg og præsentation af informanter

Hos begge virksomheder har vi haft kontakt med initiativtageren, der har stået i spidsen for sundhedsindsatsen. Disse har fungeret som vores kontaktpersoner og sørget for rekruttering af informanter på baggrund af vores definerede kriterier. Informanterne skulle have arbejdet i virksomheden ved sundhedstilbuddets start for at sikre lige tilgængelighed af tilbuddene. Derudover skulle informanterne repræsentere forskellige afdelinger i virksomhederne og være af forskelligt køn. På denne måde er der forsøgt at skabe en overordnet homogenitet omkring informanterne til sammenligning af virksomhederne, dog med indbyrdes heterogenitet i gruppen i forhold til at opnå et mere varieret perspektiv på sundhedsindsatserne. Informanterne er rekrutteret ud fra vores ønske om frivillig deltagelse.

Da vi ikke havde mulighed for at hverve informanterne selv, er der ingen garanti for efterlevelse af vores inklusionskriterier. Dog har begge ledere fået tilsendt en mail med inklusionskriterier og gennem telefonisk kontakt har vi informeret lederen om den ønskede forskellighed blandt informanterne. I Figur 5 og Figur 6 nedenfor er interviewpersonerne fra de to virksomheder kort præsenteret. Informanterne vil på grund af anonymisering gennem resten af specialet optræde med de tildelte navne som ses i nedenstående tabel. Hertil viser tabellerne køn, alder og rolle i virksomheden.

Hugo	• ♂	55 år	Direktør
Birte	• ♀	57 år	Produktionsarbejder
Bjarne	• ♂	59 år	Montagearbejder
Lasse	• ♂	45 år	Produktudvikler
Lise	• ♀	55 år	Regnskabsafdelingen

Figur 5 viser informanterne på Asos køn, alder og stilling samt fiktive navn.

Holger	• ♂	55 år	Indkøber + arbejdsmiljørepræsentant
Julie	• ♀	45 år	Kundeservice
Hanne	• ♀	49 år	Receptionist
Nanna	• ♀	47 år	Indkøber
Trine	• ♀	35 år	Butikschef

Figur 6 viser informanterne på Divos køn, alder og stilling samt fiktive navn.

Hos Aso er der en ligelig kønsfordeling af medarbejderne til deltagelse i interviewene. Dog kunne en ligelig kønsfordeling ikke lade sig gøre hos Divo, da det kun er kvindelige medarbejdere, der ønsker at deltage. Dette kan have en betydning for svarene i interviewene, da det kan tænkes, at mændene, som ikke ønsker at deltage, kan være mindre positivt stemte over for sundhedstilbuddet end de fire frivillige kvinder. Mændene kan således have fungeret som barrierer for førnævnte langtidsforandring, grundet et manglende engagement i sundhedsindsatserne. Grundet dette selektionsbias har vi i interviewguiderne til Divo valgt at inddrage spørgsmål, der har til hensigt at give et indblik i mændenes opbakning og deltagelse i tilbuddet.

8 Litteratursøgninger

I følgende afsnit redegøres der for de udførte litteratursøgninger, som har medvirket til at afdække den eksisterende evidens indenfor specialets genstandsfelt.

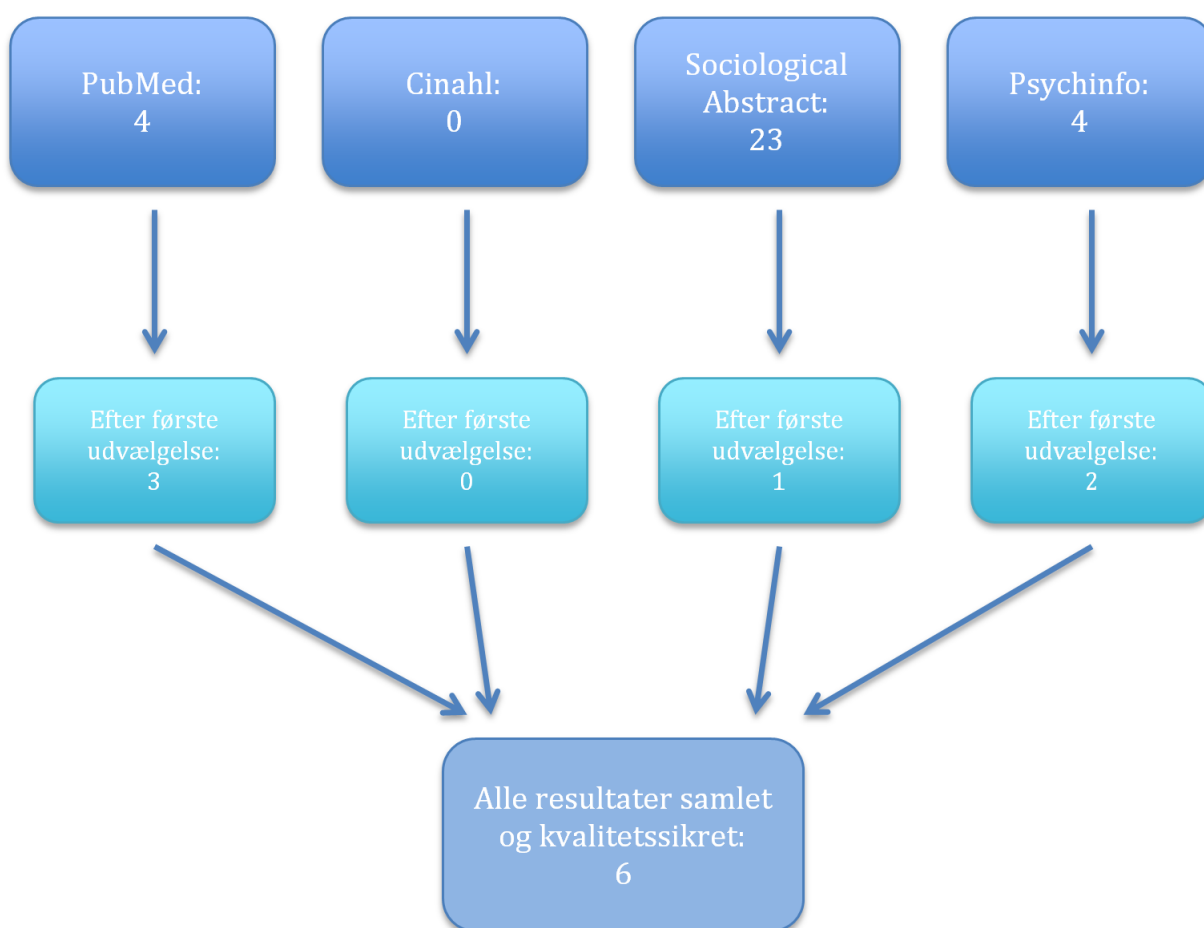
Forud for de strukturerede/systematiske litteratursøgninger har vi foretaget flere ustrukturerede søgninger på blandt andet sst.dk, PubMed og google.dk, for at danne os et overblik over den eksisterende litteratur vedrørende sundhedsindsatser på arbejdspladser samt opnå inspiration til relevante søgeord og databaser. Disse er udført over flere omgange med det henseende at danne en baggrundsviden samt at optimere den strukturerede søgning.

Specialets strukturerede litteratursøgninger er foretaget i databaserne PubMed, Cinahl, Sociological Abstracts og Psycinfo. Den første søgestrategi indeholder tre blokke som består af de følgende tre søgeord og dertilhørende synonymer: Arbejdsplads, sundhedsindsats og langtidseffekt. De tre blokke er forbundet af den boolske operator AND, der er med til at begrænse søgningen til specialets emneområde, mens ordene inden for hver søgeblok er kombineret med den boolske operator OR for at ekspandere søgningen. Søgeordene er tilpasset til hver af de udvalgte søgedatabasers thesaurus, hvorfor der er benyttet engelske termer. Det kan dog ikke udelukkes, at andre søgeord kunne have medført et bredere søgefelt, hvorfor vi efter udførelsen af første søgestrategi har diskuteret denne med bibliotekaren på Aalborg Universitets Bibliotek i forhold til at få inspiration til andre relevante søgeord og databaser. I nummer to søgestrategi har vi tilføjet en ekstra blok med søgeordene motivation og organisationskultur, som ligeledes er tilpasset databasernes engelske termer, jf. Bilag 3. Herefter er samme procedure som i første søgestrategi fulgt og udført.

Afgrænsning og udvælgelsen i litteratursøgningerne er foretaget ud fra opstillede inklusionskriterier i forhold til sprog, kultur og relevans til specialets problemformulering. Under sprog er nordisk eller engelsk litteratur inkluderet, da studierne skal kunne læses og forstås. Samtidig skal disse være foretaget i et land sammenligneligt med Danmark og den danske kultur samt foregået på en arbejdsplads eller i en organisation. Dette er i forhold til, at studierne forskningsindhold og -resultater skal kunne relateres til den problematik specialet arbejder ud fra og samtidig holdes op med de fund empirien viser. Studier med andet primærfokus end det specialet beskæftiger sig med er ekskluderet.

Om ovennævnte kriterier har medvirket til eksklusion af relevante artikler, som kunne have haft relevans for dette speciale, kan dog ikke udelukkes. For at supplere med yderligere relevant litteratur, som ikke er fremkommet ved søgningerne på ovenstående databaser, er der desuden foretaget kædesøgninger i de udvalgte artikler (Buus, Tingleff, Rossen, & Kristiansen, 2008). I selve udvælgelsesprocessen er alle fundne artiklers titler og resumé læst, og hvis disse ikke opfylder de opstillede inklusionskriterier er de således blevet ekskluderet. Slutteligt har vi gennemlæst artiklerne og kvalitetssikret disse ud fra STROBE's og Sundhedsstyrelsens checklister. De artikler, der efterlever checklisterne medtages i specialet.

Figur 7 viser den strukturerede litteratursøgning nummer to med den udvidede søgestrategi. Her illustreres antal artikler fundet i hver database samt hvor mange artikler, som er ekskluderet gennem udvælgelsesprocessen. Desuden ses antallet af artikler, der er medtaget i specialet.



Figur 7 illustrerer et flow diagram over udvælgelsesprocessen for søgestrategi nummer to.

Idet søgestrategi nummer to gav seks brugbare og relevante artikler, kan det tyde på, at medinddragelsen af de to sidste søgeblokke motivation og organisationskultur har indskærpet søgningerne for meget og dermed frasorteret andre relevante artikler. Vi har på denne baggrund valgt at supplere de seks artikler med fundene fra den første litteratursøgning, da denne medførte flere hits i PubMed samt med resultater fra kædesøgningerne. For yderligere oplysning af specialets litteratursøgning henvises til Bilag 3.

Trods mange fundne artikler omhandlende sundhedsfremme på arbejdspladsen demonstrerer litteratursøgningerne ikke et generelt billede af, hvad der skal til for at lave en sundhedsindsats med en langsigtet forandring i en virksomhed. Endvidere ses der, efter gennemlæsning af den identificerede litteratur, en mangel på undersøgelser med kvalitativ vinkel i forhold til vurdering af sundhedsindsatser i virksomheder (Chau, et al., 2010; Mhurchu, Aston, & Jebb, 2010). Eksempelvis har det gennem de fundne studier ikke været muligt at opnå kendskab til og forståelse for, hvordan de ansatte forstår sundhedsindsatserne i praksis og den kontekst, de befinder sig i samt egen rolle heri. Med dette speciale af kvalitativ karakter kan vi derfor bidrage til den eksisterende kvantitative viden omkring sundhedsindsatser på arbejdspladsen.

8.1 Oversigt over anvendt litteratur

De ovenstående litteratursøgninger giver i alt 11 relevante artikler, som er medtaget i specialets diskussioner. Disse artikler er videre beskrevet i nedenstående skemaer, ud fra forfatter, årstal, formål, studie-design og relevante fund for specialet.

Forfatter	Titel	Årstal	Formål	Studiedesign	Konklusion
Griffin, B. L., Hall, N., & Watson, N.	Health at work in small and medium sized enterprises – Issues of engagement	2005	Studiet har til formål at undersøge sundhedsinitiativer og identificere muligheder for at forbedre engagement af virksomheder til disse aktiviteter. Desuden udforskes de mulige barrierer.	Casestudie – mixed methods (kvantitativt og kvalitativt)	Organisatoriske og kulturelle faktorer har betydning for, hvordan små og medium store virksomheder tackler sundhedsinitiativer. En barriere kan være manglende beviser for tilbuddenes effekt vs. omkostninger. En anden barriere kan være, at de, der kan se fordelene ved initiativerne i forvejen, er dem der deler samme sundhedsværdi og som gerne vil deltage i ting.
Hutchinson, A., & Wilson, C.	Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies	2011	Studiet har til formål at lave en statistisk vurdering af andre studiers fund vedrørende interventioner der har til hensigt at lave en ændring i deltagerne mad- og aktivitetsvaner. Dette er med henblik på at lave anbefalinger til fremtidige interventioner med ovenstående mål.	Meta-analyse Population: 29 studier Periode: 1999-2009	Studiet finder, at der med indsatser på arbejdspladsen kan opnås små forbedringer i sundhedsadfærd. Imidlertid er arbejdspladser nødt til at overveje strategier for at opretholde adfældsændringerne på længere sigt. Dette kan eksempelvis være løbende opdateringer, genopfriskningskurser, langsigtet engagement fra indflydelsesrige peers. Derudover finder studiet, at indsatser med et fokusområde har en bedre effekt end indsatser med flere fokus områder.
Kash, B.A., Spauldin, A., John, C.F., & Gamm, L.	Success Factors for Strategic Change Initiatives: A Qualitative Study of Healthcare Administrators' Perspectives	2014	Studiet identificerer de vigtigste succesfaktorer i forbindelse med implementering af flere forandringstiltag inden for hospitalsområdet. Dette sker igennem kvalitative interviews med lederne inden for sundhedssystemet.	Kvalitativt case-studie Population: 61 deltagende	Studiet finder afgørende faktorer for at forandringstiltaget bliver en succes: 1. Medtænke de værdier og den kulturen der arbejdes i. 2. Deltagerne skal være involverede og engageret. 3. Sørge for at klienten er tilfreds med indsatsen. 4. Have et overblik over den finansielle omkostning og gevinst. 5. Lederen har en vigtig rolle.

					6. Let tilgængelighed af information. 7. Kommunikation
Lavoie-Tremblay, M.	Creating a Healthy Workplace - A Participatory Organizational Intervention	2004	Studiet undersøger kvalitativt, hvordan et sundhedspersonale oplevede et organisatorisk indgreb med formål at reducere arbejdsbegrænsninger og skabe en sund arbejdsplads.	To årigt follow-up Population: 60 deltager Alder: 23- 59 år	Studiet finder, at en barriere for interventionen er manglende tillid imellem de involverede, pga. tidligere negative erfaringer med nye indsatser og forandringer. For at øge chancen for en vellykket implementering må alle involverede arbejde som et team mod samme mål. Samtidig er medinddragelse af medarbejderne et vigtigt element, for at de føler ejerskab og er positive over for forandringer.
Marshall, A.	Challenges and opportunities for promoting physical activity in the workplace	2004	Reviewet vurderer kvaliteten af de studier der er blevet udført siden 1997. De medtagede studier undersøger ændringer i det fysiske aktivitetsniveau hos deltagerne i forbindelse med sundhedsindsatser i virksomheder.	Review Population: 32 studier	Det største potentiale for at påvirke den samlede arbejdsstyrke synes at være tilbud, der omfatter mindre "organiserede" tilgange og tilfældigt fremmer fysisk aktivitet i og omkring arbejdspladsen. En adfærdspåvirkning med positivt resultat kræver et skift i fokus fra individuel adfærdsendring til en mere strategisk og omfattende tilgang. Disse kan omfatte multi-strategi interventioner, der inkorporerer individuelle skræddersyede adfærdsendringsteknikker, en bredere rækkevidde (elektroniske og trykte medier), og sociale støttestrategier samt opbakning fra ledelsen og integration med den organisatoriske struktur. Dette vil kræve et skift i tankegangen således, at 'interventioner' ikke ses som kortsigtede programmer, men som en del af kulturen på

					arbejdspladsen.
Merrill, R.M., Anderson, A., & Thygersen, S. M.	Effectiveness of a worksite wellness program on health behaviors and personal health	2011	Studiet har til formål at vurdere effekten af sundhedsindsatser med henseende at forbedre sundhedsadfærd og personlig sundhed.	To årigt follow up studie Population: 472 deltager Alder: 22-68 år	Studiet finder, at det er vigtigt at inddrage medarbejderne og høre alle, også de som normalt ikke deltager, om deres ønsker. Dette er med henblik på at øge langtidseffekten. De der ikke deltager har oftest ingen interesse i fysisk aktivitet eller er i forvejen dem, der er meget fysisk aktive i arbejdstiden eller fritiden.
Perry, S., Straker, L., Gilson, N. D., & Smith, A. J.	Participatory Workplace Interventions Can Reduce Sedentary Time for Office Workers—A Randomised Controlled Trial	2013	Studiet har tre mål. Det første er om deltagelsen i programmer indført af virksomheden kan mindske tiden brugt på stillesiddende adfærd. Det andet er om interventionerne har en effekt på tværs af forskellige organisationer. Det tredje mål er at sammenligne interventioner, der har følgende vinkler: sigter mod aktive virksomheder, inaktive og ergonomi.	Randomiseret kontrolleret studie Population: 62 deltager Alder: 25-59 år	Deltagerne melder tilbage, at ledelsen kan være en barriere for deltagelsen, idet de ikke bakker 100 % op omkring interventionerne. Dette er på trods af ledelsen havde sagt ja til at virksomheden skulle deltage i det. Studiet finder, at interventionerne mindsker den stillesiddende adfærd hos de ansatte.
Persson, R., Cleal, B., Bihal, T., Hansen, S.M. Jakobsen, M.Ø., Villadsen, E., & Andersen, L.L.	Why Do People With Suboptimal Health Avoid Health Promotion at Work?	2013	Studiet har til formål at undersøge, hvorfor personer med et aktivt job og som oplever suboptimal sundhed, undgår at bruge den sundhedsfremmende tjeneste som virksomheden tilbyder.	Mixed Methods case-studie Population: 6060 deltager	Studiet finder, at personlige barrierer (dovenskab) og organisatoriske barrierer (levering af tjenesteydelse) er nogle af årsagerne til manglende opbakning. Social accept, holdninger til at arbejdspladsen blander sig fremgår af svarene.
Scheirer, M.A.	Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program	2005	Studiet undersøger, hvad der kræves for at sundhedsrelaterede interventioner i en organisation bliver vedvarende.	Review Population: 19 studier	Studiet finder, at det er vigtigt folk tror på projektet. Det er vigtigt at programmet passer til organisationens mission og procedurer. Det har betydning, hvem der står

	Sustainability				i spidsen for projektet.
Thorsen, A.V., Lassen, A.D., Tetens, I., Hels, O., & Mikkelsen, B.E.	Long-term sustainability of a worksite canteen intervention of serving more fruit and vegetables	2010	Studiet har til formål at analysere en 5 årig intervention med henblik på at øge frugt og grønt pr. servering i fem danske kantiner.	1 års follow-up Population: fem kantiner på hver deres arbejdsplads.	Undersøgelsen viser et øget indtag af frugt og grønt selv efter fem år. Faktorer såsom engagement fra ledelsen, støttende politikker, medbestemmelse, dialog og netværk imellem kantiner, kan alle have betydning for interventionernes forskellige succes. Studiet indikerer, at en intervention bør skræddersys til det enkelte arbejdsmiljø hvor implementeringen foregår.
Van Scheppingen, A. R., de Vromme, E. M. M., ten Have, K. C. J. M., Zwetsloot, G. I. J. M., Bos, E. H., & van Mechelen, W.	Motivations for Health and Their Associations With Lifestyle, Work style, Health, Vitality, and Employee Productivity	2014	Studiet undersøger underliggende motiverende stilarter mod sund levevis og deres associationer med arbejde, sundhed, vitalitet og produktivitet.	Regressions-analyse på cross-sectionel data Population: 629 ansatte	Studiet finder, at ansattes adfærd er påvirket af organisationskulturen. Der er fire motivationsgrene, der spiller ind på, hvordan et individ motiveres til en adfærdsændring. De mest motiverende faktorer er dem som kommer indefra, hvilket i studiet er positivt associerede med øget fysisk aktivitet, sundere diæt og rygning. Disse ændringer tyder på at være mere langvarige end ved motiverende faktorer, der kommer ude fra. Virksomheden skal fokusere på helbredet generelt og ikke på en bestemt type.

9 Analyse og diskussion

I dette kapitel præsenteres og analyseres resultater fra den indsamlede empiri. Kapitlet er opdelt i temaer ud fra den deduktive tilgang, hvor temaerne *organisationskultur* og *forståelser af sundhed*, optræder som den teoretiske ramme. De valgte temaer og kategorier har dermed relevans for, hvordan en sundhedsindsats implementeres med henblik på at skabe en langsigtet forandring. Kapitlet afsluttes med et sammenfattet afsnit, hvor temaerne vil blive diskuteret i forhold til hinanden.

9.1 Organisationskultur

I specialet er det belyst, at den kontekst, en sundhedsindsats implementeres i, er af stor betydning for udfaldet af indsatsen. Derfor er det interessant at undersøge nærmere, hvordan de to virksomheders kontekst for implementeringen ser ud samt hvilke forskelle og ligheder, der måtte forekomme. Ud fra kapitel 4 Organisationskultur har vi udledt to hypoteser, som vi i følgende afsnit vil analysere ud fra. Hypoteserne er som følger:

Ledelsen har en afgørende betydning i forhold til deltagelse og opbakning til nye sundhedsindsatser.

Implementering af en sundhedsindsats som en del af den daglige arbejdsrutine øger chancen for at skabe en langsigtet forandring.

I det følgende analyseres undertemaerne *ledelsens betydning for sundhedsindsatsen*, *arbejdsrutinens vigtighed for sundhedsindsatsen* og *sociale barrierer på arbejdspladsen nedbrydes via sundhedsindsatser*. På baggrund af empirien er disse undertemaer fundet relevante for organisationskulturen.

9.1.1 Ledelsens betydning for sundhedsindsatser

Ud fra Scheins teori anser vi ledelsens opbakning som værende betydningsfuld, og der bør derfor tages hensyn til ledelsens rolle i virksomheder, der har et ønske om en langsigtet forandring.

Inden for begge virksomheder bakker ledelsen op om implementeringen og udførelsen af sundhedsindsatsen, dog kommer opbakningen ikke til udtryk på samme måde i de to virksomheder.

Den grundlæggende forskel er, at initiativtageren til og tovholderen for sundhedsindsatsen på Aso er lederen selv (Birte, s. 3, Bjarne, s. 3), mens initiativtageren og tovholderen på Divo er en ansat i virksomheden (Hanne, s. 3, Julie, s. 3). Lederen på Divo bakker dog op ved at yde økonomisk støtte til de forskellige tilbud (Holger, s. 3). Ledernes synlige opbakning er endvidere forskellig i de to virksomheder, idet lederen på Aso på daglig basis deltager i tilbuddet (Lasse, s. 8, Birgit, s. 8, Bjarne, s. 8), mens lederen på Divo deltager mere periodisk i de forskellige tilbud, herunder i sundhedsdagens Zumba-undervisning, i væggtabskonkurrence og på nogle af gåturene (Nanna, s. 12, Holger, s. 4, Hanne, s. 4). På Aso fungerer lederens engagement i tilbuddene endda som inspiration for nogle medarbejdere, idet Lasse udtaler: ”Det bliver os ikke pålagt. Vi bliver ikke opfordret til at deltage, vi bliver bare inspireret til at dyrke mere motion” (Lasse, s.8). Lederens holdning og synlighed til motionstilbuddet skinner igennem på Aso og inspirerer således medarbejderne til selv at være aktive. Divos leder har, som tidligere nævnt, været mindre synlig i deltagelsen i virksomhedens sundhedstilbud, hvilket også understøttes af Trine: ”Men øverst oppe, dem har vi ikke set noget til i det her. Altså, han var med på vægtprojektet. Men ellers ikke.” (...) (Trine, s. 9). I forhold til, hvad Trine, tror det har af betydning, at lederen ikke er blevet set så meget i tilbuddene, svarer hun: ”Det tror jeg bestemt ikke er en fordel” (Trine s. 9). Lederens manglende synlighed anser Trine ikke som værende positivt i forhold til at motivere medarbejderne. Nanna kommer endvidere med et konkret eksempel på, at lederen optræder som frontfigur i gåturene har betydning for nogle medarbejders deltagelse og samtidig for forholdet til lederen:

”Nu er jeg forholdsvis tæt på ham, jeg kan gå derop, hvis jeg vil snakke... det kan alle, han er meget åben. (...) Men der er jo nogle medarbejdere, der er tættere på ham end andre, sådan er det jo naturligt, og jeg tror, nogen af de medarbejdere, som var med på gåturen, som ikke har adgang til ham så nemt, de havde da stor fornøjelse af det. Altså, jeg vil faktisk vove at påstå, at en af mine kollegaer, der gik, hun gik, fordi han var der.” (Nanna, s. 17)

Nannas udsagn om lederen som frontfigur støttes også op af Trine:

”(...) Han har ikke været på løbeholdet, men han har været med i ådalen og gå et par gange, tror jeg. Og der var helt sikkert flere, der lige hoppede med den dag.” (Trine, s. 18)

På trods af ovenstående eksempler med lederens betydning, er Trine dog også overbevist om, at lederen alene ikke kan få flere medarbejdere til at deltage (Trine, s.18). Hertil kræves det, at flere fra ledelsen bakker op om tilbuddene, hvilket Trine i følgende udsagn indikerer:

”(...)Men jeg tror, at lederen ikke kan gøre det alene. Altså, så er det på chefniveau, og så skal alle chefer til at ud sammen med folk. Måske er det i virkeligheden dét, der vil gøre størst indtryk” (Trine s. 17)

At lederen alene ikke kan øge medarbejdernes deltagelse, er Nanna også enig i. Hun fortæller videre, at en mere synlig ledelse ville være attraktiv: ”Han er ikke drivkraften vel, men jeg synes da, det klædte ledelsen, at der bare var én der..., bestemt, altså, det synes jeg ” (Nanna, s. 18).

Ifølge de to medarbejdere på Divo kan en større deltagelse altså ikke ske alene på lederens initiativ. Hele ledelsen, herved forstået lederen og afdelingscheferne i Divo, må vise initiativ. Det er nødvendigt med en mere synlig ledelse generelt og dermed opbakning fra flere chefer end bare lederen i virksomheden, da det kan have den største indflydelse på deltagelsen. Interviewene fra begge virksomheder peger endog meget entydigt på en vigtighed i, at ledelsen bakker op om tilbuddene, idet denne har en større gennemslagskraft, der kan virke som en motivationsfaktor for medarbejdernes deltagelse. Holger fra Divo udtaler følgende:

”Jamen altså, det er vigtigt, at det kommer fra ledelsen, at der er opbakning derfra, tror jeg. At det ikke er sådan noget halvt noget, men at det er en beslutning, der bliver taget i virksomheden, at det skal være sådan, og så er der opbakning til det. Fordi, kommer det bare fra en medarbejder eller en fra arbejdsmiljøgruppen, så bliver det lidt mere sådan ”ja ja”.” (Holger s. 13)

Holger fra Divo beskriver således vigtigheden i, at beslutningen om sundhedsindsatser og opbakning hertil udføres af ledelsen frem for en medarbejder eller for eksempel Arbejdsmiljøgruppen eller Sundhedsudvalget i virksomheden. At ledelsen er initiativtager på tilbuddene, bliver således også nævnt af Bjarne fra Aso, som finder det vigtigt for deltagelsen i virksomhedens motionstilbud, at alle går med:

”Jeg tror virkelig, det er vigtigt, at du ser, at produktionschefen går, og indkøberen går, og hvis alle de var stoppet, så kunne der godt ske en eller anden ændring.. altså ikke misforstå mig, men det kunne godt få nogle til at tænke ”nej vi går heller ikke, vi

har travlt.” Hvis de ser alle går, ligegyldigt hvor travlt vi har, jamen så går alle sammen en tur. Det er sgu okay, vi går (...) Så længe ledelsen synes det er en god ide, vi skal ud at dyrke noget motion, så er det jo det, vi gør” (Bjarne s. 9)

Det illustreres samtidig i Bjarnes udsagn, hvilken prioritering der foreligger og er vigtig i virksomheden Aso. Prioriteringen demonstreres ved, at når ledelsen synligt vægter sundhedstilbuddet højere end eventuelle arbejdsopgaver, signaleres dette videre til medarbejdere, som således finder det helt legalt at gå en tur, selvom en arbejdsopgave måske ikke er færdiggjort. En ledelse, der går op i sundhedstilbuddene og som motiverer medarbejderne ved selv at deltage, er dermed et vigtigt element i forhold til at skabe en langsigtet forandring inden for virksomheden. Hvis ikke ledelsen selv deltager, kan medarbejderne, ifølge Bjarne, lettere overbevises til selv at lade være grundet for eksempel travlhed (Bjarne s. 9).

En synlig og engageret ledelse, der deltager i virksomhedens sundhedstilbud vil således inspirere og motivere medarbejderne til deltagelse, mens en passiv og mindre synlig ledelse vil have modsatte effekt. Hvordan lederen og ledelsen generelt optræder og bakker op om tilbuddene har altså betydning i forhold til det budskab, der sendes ud til resten af virksomhedernes medarbejdere.

9.1.2 Arbejdsrutinens vigtighed for sundhedsindsatsen

Der kan være forskel på, hvordan der arbejdes med sundhed inden for hver virksomhed på grund af de forskellige kulturer. Det kan derfor ifølge Schein være relevant at undersøge, hvordan en virksomheds arbejdsrutine kan være væsentlig i forhold til implementering af sundhedsindsatser, idet indsatsen skal fungere i den enkelte organisationskultur, som arbejdsrutinen er en del af.

Aso er en virksomhed, som forsøger at påvirke medarbejderne til 'sunde valg'. Der er ingen 'løftede pegefingre', men derimod et dagligt frivilligt tilbud om at dyrke 30 minutters betalt motion i arbejdstiden. Ved at placere det i arbejdstiden er de sunde og gode valg, ifølge Hugo, lettere for medarbejderne at tage, hvilket kan medføre en tendens, hvor medarbejderne hele tiden tager små skridt i en sundere retning (Hugo, s. 5). Samtidig bliver sundhedstilbuddet sat i system, netop ved at det inkorporeres i arbejdstiden. For Hugo er et system med faste rammer relevant i forhold til at lykkes med motionstilbuddet:

”Det er jo et spørgsmål om at få lagt det i faste rammer, og sådan er det jo med motion og alt andet her i livet, der skal lykkes. Altså, det er ret godt at få nogle rutiner bygget ind og standardiseret” (Hugo, s. 3)

Standardiseringen af sundhedstilbuddet på Aso betyder endda, at kunder der gæster virksomheden i det tidsrum, de ansatte dyrker motion, er velkomne til selv at deltage, eller også må de finde på noget andet at lave (Hugo, s.13). Aso-medarbejderen Lise er heller ikke i tvivl om vigtigheden af at implementere nye tilbud i arbejdstiden:

”Men som sagt, når man laver et tiltag i en virksomhed, så er det vigtigt, at man ligesom går ind og ser på, at det er i arbejdstiden, ikke også. Og det skal heller ikke vare for lang tid, som vi siger, vi har en halv time, fordi det er det man⁹ siger.” (Lise, s. 14)

Til spørgsmålet om hvorfor Aso er lykkedes så godt med motionstilbuddet, svarer Bjarne: ”Det er helt klart motionen i arbejdstiden. Det er jeg hundrede på. Det er jeg slet ikke i tvivl om.” (Bjarne, s.10) Ifølge Bjarne har det således været afgørende for motionstilbuddets succes, at det foregår i arbejdstiden. Faktisk er motionsordningen blevet så inkorporeret i dagligdagen hos de ansatte, at flere er villige til selv at betale den halve time, såfremt det fortsat kan foregå i arbejdstiden. Til spørgsmålet om de fortsat ville dyrke motion i arbejdstiden, hvis det blev trukket fra deres løn, svarer Lasse fra Aso: ”Hvis jeg nu fik løn for syv en halv times arbejdsdag i stedet for en otte timers arbejdsdag, så ja, helt klart!...” (Lasse, s. 13). Samtidig bringer Bjarne selv emnet op, idet han udtaler:

”Hvis du gik ud og sagde, det koster 70 kr. om dagen, hvis du skal ud at gå hver dag, så tror jeg gerne folk ville betale for det. Altså, jeg tror gerne folk ville betale for det, men folk ville ikke blive længere på arbejdspladsen for at få det.” (Bjarne, s.10)

Dette perspektiv blev efterfølgende fremlagt for Lise, som til spørgsmålet om hun kunne finde på selv at betale for motionstilbuddet, hvis det pludselig ikke var gratis, svarer:

”Ja, det kunne jeg. Og det tror jeg slet ikke jeg, vil være ene om. Men det skal bare stadigvæk ligge midt i arbejdstiden, for ellers får du ikke det samme ud af det. Det gør du ikke.” (Lise, s. 11)

Medarbejderne fra Aso tillægger det altså stor værdi at kunne motionere i arbejdstiden. Samtidig pointerer Lise, at det ikke bare skal ligge i arbejdstiden, men ’midt i arbejdstiden’, hvilket også udtales af Lasse: ”Så det med, at det er midt på dagen, hvor der altid er lyst, det er jeg også bevidst

⁹ Der henvises her til Sundhedsstyrelsens officielle anbefalinger om 30 minutters motion om dagen.

om, at det har en stor psykologisk effekt (...)” (Lasse, s. 9). Herved er tidspunktet på dagen også et vigtigt element for medarbejderne. Motion og dermed sundhed er formodentlig blevet en værdi, som medarbejderne ikke vil undvære. I tilfælde af, at virksomheden ikke længere vil finansiere tilbuddet, er flere ansatte selv villige til at betale, såfremt de kan fortsætte den sunde livsstil på arbejdspladsen.

At motionstilbuddet er blevet sat i rammer og foregår på samme tidspunkt hver dag, har medvirket til at skabe en rutine og dermed en vane, hvilket ifølge Hugo er grunden til, at tilbuddet ’bare kører’ (Hugo, s. 20). Videre angiver Lise, at hun på kurser ikke kan sidde stille, når klokken rammer 11, idet hun er vant til at gå på denne tid:

”Altså, noget har du svært ved at forklare folk, også når du er på kursus og du siger, at: "arg, nu er klokken snart elleve.. " og så sidder du faktisk sådan lidt og bliver lidt rastløst” (Lise, s. 10)

Lise indikerer i udtalelsen, at hun kan mærke trangene til at komme ud at gå midt på dagen, på trods af hun sidder i en anden situation. Sundhedsindsatsen er blevet en vane for Lise og bevirker, at hun bliver rastløs på et tidspunkt af dagen, hvor hun plejer at dyrke motion, selvom Lise ikke er på Aso. Selvom lederen og medarbejdere på Aso giver udtryk for, at der er blevet skabt en god vane, kan det faktum, at tilbuddet ligger midt i arbejdstiden, gøre det svært for medarbejdere, der måske ikke ønsker at være en del af tilbuddet hver dag, at sige nej til at deltage. For alle ansatte på Aso er det dog muligt og helt i orden at blive inden døre og fortsætte med sine arbejdsopgaver:

”Man kan godt få lov til bare at arbejde videre, det er klart, hvis man overhovedet ikke har lyst, altså, så kan man da bare arbejde videre, sådan er det, men hvem fanden, altså.. Når man ser, hvor sjovt alle andre har det, ikke også, altså, det jo fuldstændig vildt ikke også at sige jamen, jeg gider ikke spille fodbold, fordi jeg synes, det er meget sjovere at arbejde eller...” (Hugo, s. 20)

Ifølge Hugo er det således op til den enkelte medarbejder at afgøre om vedkommende vil deltage i tilbuddene. Hugo supplerer dog med, at dét, at tilbuddene ligger i arbejdstiden, er ’number 1 drive’ for medarbejdere i forhold til at ville deltage. (Hugo, s. 20)

Rettes øjnene mod Divo ses ikke samme standardisering af sundhedstilbuddene. Det, der kommer nærmest en rutine i Divo, er løbeklubben, som foregår hver onsdag efter arbejdstid. Virksomheden

har dog forsøgt sig med forskellige aktiviteter i arbejdstiden, men en fast rutine er endnu ikke skabt omkring sundhedstilbuddene. Ifølge Trine bør der også på Divo skabes nogle faste rammer om indsatserne, som gerne må indeholde 'kærlig tvang': "Tror, at det er noget med, at det tager 90 dage at skabe en vane, jamen så skal der være kærlig tvang de 90 dage. (...)" (Trine, s. 16) Som det fremgår af citatet, mener Trine, at for at skabe en vane på Divo, kræver det en vis form for bestemtthed over for medarbejderne. I forhold til denne bestemtthed over for medarbejderne kan det diskuteres, om der allerede eksisterer et indirekte pres på medarbejderne i Aso, idet Hugo er af den forståelse, at 'hvem fanden' vil ikke være med i tilbuddet, når alle andre er det. Trine siger endvidere om deltagelse i sundhedsindsatser med 'kærlig tvang' in mente: "det er ikke værre, end du har fået pålagt en eller anden opgave" (Trine, s. 20).

Trine tilføjer endvidere følgende til vigtigheden af at skabe en vane:

"Helt ærligt, så tror jeg, at hvis du kan skabe faste rammer, struktur og en hel masse kærlig tvang, så kan du påvirke de der 20 %, jeg nævnte før - det er meget fint – og så tvinger du resten i en periode, og sådan er det bare." (Trine, s. 20)

Mere struktur og faste rammer bliver således nævnt som en væsentlig faktor, for at sundhedsindsatserne på Divo kan fange flere medarbejdere. Den manglende rutine kan dermed have medvirket til, at de resterende 80 % af medarbejderne ikke har fastholdt en deltagelse eller i det hele taget deltaget i tilbuddet fra dets start. Modsat Aso har Divo, som tidligere nævnt, ikke lavet den samme struktur eller ramme omkring tilbuddene. Dette kan forklares ved, at Divo har vanskeligere ved at inkorporere for eksempel det daglige 10-minutters gå-tilbud, idet flere nævner, at arbejdsopgaver og kunder bliver prioriteret højere end gå-tilbuddet:

"Vores pauser er jo ikke hellige. Det kan de ikke være, for hvis der kommer en kunde, så kommer der en kunde. Så går vi selvfølgelig ind og hjælper, og det er helt okay, det er spillereglerne." (Trine, s. 15)

"Vi kan ikke bare lukke kundeservice. Telefonerne ringer jo hele tiden, og der er ikke lukket ned i en periode, så de (medarbejderne) er nødt til at skulle være der, og det samme er de andre jo også rundt omkring." (Holger, s. 6)

Det ses således, at konteksten på Divo har betydning for, hvorvidt det er muligt at inkorporere det førnævnte gå-tilbud i arbejdstiden. På trods af, at lige netop dette forslag ikke er muligt, forsøger

Divo alligevel at skabe en vis struktur omkring tilbuddet, idet de efter tilbuddets prøveperiode vil evaluere på dets succes i forhold til medarbejdernes lyst til at fortsætte ordningen:

”Men vi har så aftalt, at vi kører det her projekt i den her måned, og så skal vi så evaluere på det bagefter og se, om det har været en succes. Har folk brugt det overhovedet, og vil folk gerne have, det fortsætter? Det skal vi så finde ud af.”
(Holger, s. 6)

Divo forsøger således at skabe en rutine i den kontekst, der fungerer hos dem, hvis medarbejderne ønsker at fortsætte (Holger, s. 6). Motionstilbuddet er for Holger en vigtig del af arbejdspladsen, da det blandt andet er medvirkende til at rense hovedet, hvorfor han er bevidst om, at tilbuddet skal laves til en vane. Ved at holde et konstant fokus på tilbuddene i implementeringsfasen har Divo og især Holger forsøgt at få skabt en rutine, som dog kun har gjort sig gældende i forhold til løbeklubben, som periodevist har kørt stabilt (Holger, s. 7).

En fortæller for, at sundhedsindsatser skal inkorporeres i virksomhedernes daglige arbejdsrutine, er ifølge ovenstående, at faste rammer medvirker til at skabe en vane, som medarbejderne ikke kan undvære. Hvordan disse faste rammer skal se ud afhænger således af, hvordan virksomheden bedst arbejder, og hvilke prioriteringer der vægtes højest. Er kunder for eksempel prioriteret højere end sundhed? Denne forskellighed peger imod, at en sundhedsindsats, der virker i én virksomhed, ikke kan kopieres direkte over i en anden virksomhed, hvilket bakkes op af Hugo: ”man skal lade sig inspirere af det, man hører, hvis man kan lide det, og noget man har lyst til at gøre, men ikke kopiere 1:1” (Hugo, s. 21) Hugo er derved med til at understøtte, at konteksten og herunder, at organisationskulturen skal tages i betragtning, når en ny indsats skal tilpasses en virksomhed.

9.1.3 Sociale barrierer på arbejdspladsen nedbrydes via sundhedsindsatser

Med sundhedsindsatser, implementeret på arbejdspladsen, hvor alle medarbejdere har mulighed for at deltage, kan der være mulighed for at nedbryde skel og subkulturelle barrierer i virksomheden, hvilket kan være til gavn for virksomheden.

Både Aso og Divo har forsøgt at implementere sundhedstilbud, indeholdende motion, hvilket er velegnet at bruge som værktøj, da det på begge arbejdspladser er noget, alle kan være med i. Samtidig kan der være mulighed for at styrke de sociale relationer, idet der i begge virksomheder er blevet dyrket motion i fællesskab. På Aso har der været frie rammer omkring, hvilken type motion medarbejderne ønskede at dyrke, så længe motionen foregik i fællesskab med andre ansatte (Hugo, s.

8 og 10). Dette budskab er også blevet kommunikeret og forstået af medarbejderne, som nævner, at der kun er to 'kriterier ved motionsordningen' hvilke er, at det skal være en eller anden 'motionsform', og man må ikke gøre det alene (Lasse, s. 3). Medarbejderne på Aso har, som tidligere nævnt, taget tilbuddet til sig og sætter stor pris på, at de kan dyrke motion med kollegaerne i arbejdstiden, hvilket desuden har fungeret som bindeled på tværs af afdelingerne, da medarbejderne kommer i kontakt med kollegaer, som de måske ikke ville lære at kende ellers. Eksempelvis nævner Lise:

"Vi har jo altid talt sammen. Det, der er blevet forskellen nu, det er, at timelønnede og funktionærer taler sammen. Førhen, som jeg siger, der delte gangen sig "Åhh nu er der altid noget der, og nu er der noget galt der" - sådan var snakken. Det er den ikke efter motionen, nu kender alle hinanden, det er bedre. Der var jo nogle, der aldrig kom ud i produktionen, de kendte jo ikke nogen, der arbejdede derude, vel altså... Det gør de i dag, for enten så løber de med dem eller er ude at gå med dem, eller sidder sammen med dem og spiser lige pludselig. Sådan var det ikke førhen." (Lise, s. 5)

Lise har altså lagt mærke til den forskel blandt kollegaerne, motionstilbuddet har medført, idet de skel og barrierer, der tidligere opdelte virksomheden, nu er forsvundet. Hertil supplerer Lasse:

"Motionen går på tværs af arbejdsgrupperingerne, der er ikke noget med kontorfløjen og produktionsfløjen, som gangen her opdeler... der er dem på kontorerne lige så dårlige til at løbe, og der er nogle tilsvarende ude i produktionen, der er på samme niveau, og på den måde mixer man på tværs af faggrupper, faglige og sociale skel og alle mulige skel. Og så ser man sig nøgen og går i bad sammen og sådan noget. Og så er alle lige, og så er det sgu nemmere at komme ud bagefter og spørge, hvordan er det lige med den her dims? og hvordan kan vi gøre det... når man er så social med andre." (Lasse, s. 5)

Begge medarbejdere nævner vigtigheden i, at motionen udføres i fælleskab. Førhen følte flere medarbejdere sig tættere knyttede til personer i deres egen afdeling, hvilket kunne skabe en barriere, hvis man skulle have hjælp fra en person i en anden afdeling. Motionen har altså været med til at løsne op for det hierarkiske classeskel, der har eksisteret imellem afdelingerne, hvor timelønnede og funktionærer pludselig snakker sammen, såvel som skellet mellem kontorfløjen og produktionsfløjen er mindre opdelt end førhen. Ligesom medarbejderne har Hugo oplevet effekten

af motionsordningen. ”Det er fuldstændig ligegyldigt, hvor man arbejder i virksomheden, når man først står ude i omklædningsrummet, og alle har taget bukserne af, så der ikke den store forskel vel.” (Hugo, s. 11). Det er derfor synligt, at motionsordningen er med til at opbryde de sociale barrierer på arbejdspladsen og derudover styrke samarbejdet medarbejderne imellem.

Medarbejderen Bjarne fortæller endvidere, at motionstilbuddet også bliver brugt i forhold til at få løst de ’småproblemer’, der kan opstå i løbet af en arbejdsuge (Bjarne, s. 5). Samtidig udtaler Lasse og Hugo, at man ved at deltage i motionstilbuddene nemmere kommer ind og bliver en del af det fællesskab, der er i Aso (Lasse, s. 5, Hugo s. 19). Det tyder således på, at motionstilbuddet har bundet medarbejderne tættere sammen, så de nu oplever et større fællesskab, hvilket kan være hensigtsmæssigt i forhold til, at medarbejderne bevarer en lyst til at fortsætte deltagelsen tilbuddene. Det kan derfor tænkes, at sociale relationer starter ud med at være en gevinst af motionstilbuddene og ender med at blive en motivationsfaktor for at deltage og videre sikre en fastholdelse af motionstilbuddene.

Vendes blikket mod Divo har der ikke på samme måde været et krav om, at motionen skulle foregå i fællesskab med andre kollegaer, men de tilbud, der er fremsat, har dog alle lagt op til det. Alle fire interviewede medarbejdere er således også enige om, at tilbuddene fremmer det sociale på arbejdspladsen:

”Fedt at være sammen på den måde også. Fordi, du får også et helt andet forhold til dine kollegaer nu, når du laver noget andet. (...) Amen det giver bare en god stemning, altså det giver bare en god stemning. Man lærer nogle andre at kende også, end dem du lige sidder på kontor med.” (Julie, s. 3)

”... mega godt, helt vildt sjovt, altså, og vildt fedt at lave noget på tværs af afdelingerne, hvor vi var fælles om at stå og se dumme ud ikke” (Nanna, s. 5)

”Også fordi folk de går måske på tværs af afdelingerne, så bliver der lidt mere snak den vej i stedet for, du kun har den afdeling, nu er de sammen og nu er de andre sammen.” (Hanne, s. 12)

”Selvfølgelig får de en gevinst, at især samarbejdet er bedre, socialt har man det bedre, og man er tættere, og det er jeg helt sikker på, at de vinder noget ved (...) Men det er samarbejdet, der er den største vinder her, tror jeg.” (Trine, s. 20)

Også på Divo tegner der sig et billede af, at motion i fællesskab kan være med til at løsne op i de sociale relationer på tværs af afdelingerne. Det er tydeligt, at der især sættes pris på netop, at der skabes disse relationer på tværs af afdelingerne og ikke kun blandt medarbejderne fra egen afdeling. Muligheden for at være social med kollegaerne værdsættes således af de ansatte, hvilket er med til at løfte stemningen. Initiativtageren, Holger, kunne også mærke effekten af tiltaget på medarbejderne.

”Altså jeg vil sige, at det her forår, vi kørte det, der var der meget mere liv i folk, på den måde, at der blev snakket meget om det. Det gav jo folk en eller anden lyst, så på den måde tror jeg helt klart, at det gav en forskel. Nu er man lidt tilbage igen i den samme rille, hvor man bare kører derudad.” (Holger, s. 6)

Mens tilbuddet kørte i virksomheden kunne Holger mærke en forskel, idet der blev snakket mere indbyrdes i virksomheden og der kom mere liv i folk. Denne positive udvikling stopper dog i takt med sundhedstilbuddets ophør. (Holger, s. 7) Hvorvidt denne positive udvikling reduceres på baggrund af manglende opfølgning på tilbuddene eller, at det er de samme 20 %, som deltager og derved opnår gevinsten ved de sociale relationer, kan diskuteres. Ved ikke at følge op og påbegynde nye indsatser forsvinder det, der frembragte et fællesskab i første omgang. Da opbakningen ligger på de omkring 20 %, kan det ligeledes tænkes, at de opståede sociale relationer ikke er stærke nok til at trække resten af virksomheden med i deltagelsen af tilbuddene, hvilke ophører på grund af manglende støtte.

Ud fra ovenstående kan det derfor formodes, at en sundhedsindsats kan medføre et større sammenhold indenfor en virksomhed, hvilket samtidig kan fungere som en motivationsfaktor for de ansatte i forhold til at deltage i sundhedstilbuddene. Det motiverende element ved sociale relationer kan understøttes af Lise fra Divo, der udtaler, at hun har fået to af sine kollegaer med i gå-tilbuddet:

”(...) jeg har da talt om det; hvor sjovt det bliver, hvor fedt det bliver, og ”kom nu vi er mange”, og nu er vi oppe på 25 ikke, altså. Og det var da mega sjovt. Og det ved jeg, jeg fik personligt 2 med og de var da helt vildt glade for det, og kom efterfølgende og sagde, at hvis jeg ikke havde.. sådan..., så havde de ikke været med.” (Lise, s. 8)

Herved er de to medarbejdere kommet med i sundhedsindsatsen igennem deres relation til Lise. Det tyder således på, at arbejdspladsens sociale relationer kan have en afgørende betydning for, at en

virksomhed får skabt en forandring inden for sundhed i forhold til implementering og fast deltagelse i tilbuddene.

9.2 Opsummering

I dette afsnit vil væsentlige pointer fra analysen kort opsummeres, og med udgangspunkt i den empiriske analyse vil hypoteserne i relation til fundene fra empirien diskuteres.

Lederens og ledelsens rolle generelt har ifølge medarbejderne vist sig at have stor betydning for opbakningen til en sundhedsindsats og derved også for fastholdelsen af indsatsen. Herunder er ledelsens synlighed samt engagement vigtigt til at inspirere og motivere medarbejderne til at deltage. Derfor kan der, ud fra disse fund i den empiriske analyse, foreløbigt bekræftes den første hypotese, der lyder: *Ledelsen har en afgørende betydning i forhold til deltagelse og opbakning til nye sundhedsindsatser.*

Den anden hypotese lyder: *Implementering af en sundhedsindsats som en del af den daglige arbejdsrutine øger chancen for at skabe en langsigtet forandring.* I flere udtalelser fra medarbejderne understreges vigtigheden i at gøre sundhed til en del af dagligdagens rutiner ved at skabe nogle faste rammer og struktur. På baggrund af analysen af empirien kan der ikke med sikkerhed siges, om en sundhedsindsats har forøget chance for at skabe en langsigtet forandring ved at gøre det til en rutine. Det tyder på, at deltagelsen vil kunne øges og være medvirkende til fastholdelsen af deltagerne, idet der bliver skabt en vane, men idet det ikke er alle, der giver udtryk herfor, kan den anden hypotese ikke med sikkerhed bekræftes ud fra den empiriske analyse. Den mere eksplorative del af case-designet viste, at sociale barrierer kan nedbrydes via sundhedsindsatser og samtidig kan de sociale relationer, der skabes, være afgørende for, hvorvidt de ansatte har lyst til at forsætte med at deltage.

9.3 Deldiskussion af ledelsens betydning for sundhedsindsatsen

Ud fra analysen fremgår det, at medarbejderne tillægger det stor betydning, at ledelsen er engageret og synlig i sundhedsindsatsen. Dette understøttes af Scheins kulturteori, der siger, at uden fuld støtte fra ledere er det svært at lave en kulturforandring i en virksomhed. Samtidig skal erfaringerne fra tidligere studier tages i betragtning, hvor flere nævner ledelsens engagement som værende vigtigt for succes af tiltaget (Hutchinson & Wilson, 2011; Parry, et al., 2013; Kash, et al., 2014)

Det kan herved tænkes, at ledelsen udover at have en fremmende effekt på sundhedsindsatser også kan have en hæmmende effekt på disse. I studiet af Parry et al. støttede lederne, som tidligere nævnt, ikke fuldt op om sundhedsinterventionen på trods af kendskabet til det positive udbytte, den kunne give (2013). Ses dette i henhold til Divo, er der et problem i ledelsens sporadiske deltagelse og synlighed i tilbuddene. På den ene side bakker ledelsen op om tilbuddet, idet der ydes et økonomisk bidrag til at skabe sundhed på arbejdspladsen, men på den anden side lader ledelsen det være op til en medarbejder at planlægge og implementere sundhedstilbuddene, hvorfor det kan diskuteres, om der egentlig er fuld opbakning fra ledelsen. I hvert fald tyder det, ud fra medarbejdernes udtalelser, på, at der er behov for en mere synlig ledelse i tilbuddene, da det kan være medvirkende til flere deltagende samt en fastholdelse af tilbuddene. Idet lederen på Aso selv har taget initiativ til indsatsen samt er aktivt deltagende i den daglige motion går lederen derved i spidsen, hvormed der signaleres til medarbejderne, at det er accepteret at følge den stil, lederen lægger for dagen. Det, at der er en ”champion” tilstede og synlig i indsatsen, er, ifølge et review af Mary Ann Scheirer, et vigtigt element i forhold til skabelsen af en langsigtet forandring i en organisation (2005). En ”champion” er en frontløber for indsatsen, der har til formål at motivere de ansatte til at deltage (Scheirer, 2005). Holger kan kategoriseres som en ”champion” for indsatsen på Divo, men om han har samme gennemslagskraft som Hugo på Aso kan diskuteres på baggrund af forskellen i deltagelsen. Ud fra førnævnte review fremhæver 13 ud af 19 studier vigtigheden i at have en ”champion” i spidsen for indsatsen og at denne ”champion” i flere virksomheder fungerede som administrerende direktør i virksomheden. Hermed har flere af disse ”champions” haft en høj hierarkisk placering i virksomheden, hvilket kan have haft en afgørende betydning for disses autoritet. En større autoritet blandt medarbejderne kan gøre det lettere at påvirke disse til at deltage, idet en ”champion” ved selv at deltage går forrest og viser, at det er accepteret at deltage. Ud fra Holgers hierarkiske plads i virksomheden må det antages, at han ikke har samme pondus som Hugo og derved har sværere ved, via sin egen deltagelse i indsatsen at få flere deltagende medarbejdere og fastholde disses interesse i indsatsen. Dette understreger vigtigheden i lederens synlighed og engagement i sundhedsindsatsen. Endvidere tyder det dog på, at tillid til lederen også er et vigtigt element, når det forsøges at skabe en langsigtet forandring, hvilket vil uddybes i det følgende.

Vigtigheden af en etableret tillid nævnes i studiet af Lavoie-Tremblay, der undersøger mere overordnet, hvilke elementer der har indflydelse på, om implementeringen af en ny indsats bliver

vellykket (2004). Her er en barriere for implementeringen en manglende tillid mellem de involverede i organisationen, herunder medarbejder og leder, på grund af tidligere negative erfaringer med nye indsatser (Lavoie-Tremblay, 2004). Som studiet nævner, kan den manglende tillid påvirke implementeringen af en indsats, og herudfra kan det tænkes, at dette kan påvirke fastholdelsen af deltagere deri. Det kan på denne baggrund tyde på, at det er vigtigt, at medarbejderne i virksomheden har tillid til lederen samt har gode erfaringer med denne fra tidligere indsatser. Dette går dog begge veje, idet lederen også skal have tillid til, at medarbejderne vil gøre brug af interventionen. Der kan med belæg i ovenstående hævdes, at manglende tillid blandt involverede parter kan skabe barrierer for sundhedsindsatsen. Ud fra Scheins teori kan modstanden fra medarbejderne også overkommes, hvis den nye indsats kan forenes med den kultur, der hersker inden for organisationen. Idet Hugo som leder er med til at definere virksomhedens kultur, kan det tænkes, at han, også med rollen som initiativtager til sundhedsindsatsen, vil øge sandsynligheden for, at de værdier, han tillægger indsatsen, også kan respekteres af medarbejderne. Vendes fokus mod Divo har Holger ikke samme status eller autoritet som Hugo, og derved skal han være mere opmærksom på, om de værdier, han bygger indsatsen op omkring, afspejler kulturen i Divo. Hvis medarbejderne ikke synes, at sundhedsindsatsen afspejler de værdier, der normalt hersker i hverdagen, kan det tænkes at være svært at motivere dem til at deltage. Et eksempel på dette kan være udskiftningen af brøddordningen til fordel for frugt på Divo. Her blev der prøvet på at tillægge sundhed en større værdi med det resultat, at folk protesterede (Holger, s. 3, Trine, s. 3, Julie, s. 2). Ud fra Scheins teori tyder det på, at Holger har rørt ved en grundlæggende antagelse, som medarbejderne ikke var klar til at slippe.

På baggrund af dette afsnit tyder det på, at tillid til lederen og det, at indsatsen reflekterer den kultur, der er indlejret i virksomheden, har en betydning i forhold til en vellykket implementering og fastholdelse af deltagere.

9.4 Deldiskussion af arbejdsrutinens vigtighed for sundhedsindsatsen

På baggrund af analysen af organisationskulturen er der fundet, at arbejdsrutinen er et vigtigt element at medtænke i sundhedsindsatsen, idet struktur og faste rammer kan være medvirkende til, at flere vil deltage samt at de deltagende fastholdes i indsatsen. Som nævnt i kapitel 2 Problemanalyse, bør der, ifølge Arbejdsmarkeds-Etisk Råd, være placeret sundhedstilbud i arbejdstiden frem for før eller efter arbejdet for at mindske presset fra samfundet, der dikterer en

sundere livsstil (2006). Dette understøttes i reviewet af Marshall, der finder, at for at opnå det største potentiale i forhold til at påvirke alle medarbejdere, bør sundhedsindsatserne ligge i eller omkring arbejdstid (2004). På Aso, hvor alle deltager, ligger motionstilbuddet i arbejdstiden, hvilket må formodes at være en medvirkende årsag til opbakningen til sundhedsindsatsen. Derved kan det undre, hvorfor indsatsen på Divo ikke er blevet en del af arbejdsrutinen? Arbejdsgangen på Divo tillader ikke samme mulighed for at lukke butikken og motionere i arbejdstiden, og desuden lægger medarbejderne vægt på, at kunden er prioriteret over pauserne og dermed også over sundhed på arbejdspladsen. Af den grund er det svært at forestille sig, at motion kan inkorporeres i den daglige arbejdsrutine på Divo, hvorfor rutinen må skabes uden for arbejdstiden med mindre, der skabes en kulturforandring, som muliggør en anderledes prioritering af de ansattes sundhed. Det kunne eksempelvis tænkes, at man kunne forsøge sig med henholdsvis formiddags- og eftermiddagshold til motionen, hvorved halvdelen kunne holde butikken kørende, mens den anden halvdel motionerede og omvendt. Hvorvidt det for Divo er muligt at foretage en sådan kulturforandring er svært at svare på. Ifølge studiet af Kash kræver det, at virksomhedens værdier medtænkes, når der skal skabes en forandring (2014). I og med, at nogle af Divos værdier er hårdt arbejde, arbejdsom og resultatorienteret kan det synes svært at lave en kulturændring, der prioriterer sundhed over arbejdet. Dog optræder forandringsvillig også som en værdi i virksomheden, hvorfor det ikke skal udelukkes at det kunne lade sig gøre, men igen ville det kræve ledelsens opbakning hertil, hvilket støttes op af Scheins teori om forandringer i kulturen.

Som nævnt i kapitel 4 Organisationskultur, er kulturen et resultat af en leders forsøg på at skabe rammer i en virksomhed. Ifølge Schein har en leder dog oftest mest succes med at basere en kulturforandring på nogle eksisterende antagelser i kulturen (1994). Derfor er det nødvendigt, at der er i de grundlæggende antagelser er byggestenen for at kunne implementere en sundhedsindsats i virksomheden. Det har der tydeligvist været på Aso, hvor lederen og initiativtageren af indsatsen har haft 15 år som leder til at sætte sit aftryk på virksomhedens værdier og dermed gjort værdierne til grundlæggende antagelser. På Divo er der opbakning til sundhedsindsatser, men det er ikke indlejret i kulturens grundlæggende antagelser på samme måde, da sundhed først er blevet tildelt en betydning i de seneste par år. Endvidere mener Schein, at jo sværere det er at tilpasse en kulturforandring, desto vigtigere er det, at ledelsen aktivt fremskynder denne kulturudvikling og -forandring (1994). Scheins teori bakkes op af Sundhedsstyrelsen, der finder, at det kan tage år at ændre en virksomheds kultur, værdier og ledelsesmæssige beslutninger samt understreger vigtigheden i ledelsens engagement i sundhedsindsatsen, idet sundhed er en gennemgribende

holdnings - og værdiskabende proces i virksomheden (Sundhedsstyrelsen, 2009). Ud fra dette kan der sættes spørgsmålstejn ved om ledelsens deltagelse og synlighed i sundhedstilbuddene på Divo fremstår stærk nok til at kunne skabe en forandring i kulturen.

9.4.1 Deldiskussion af sociale barrierer

Der kan ud fra analyseafsnittet udledes en formodning om, at sociale relationer spiller en rolle, når der snakkes forandringer i en virksomhed, idet det tyder på, at fællesskabet først er en effekt af sundhedstilbuddene, men efterfølgende er blevet en motivationsfaktor til at fortsætte med tilbuddene og derigennem fremme deltagelsen. Herved kan de sociale relationer være effektive til fastholdelsen af medarbejdere i en sundhedsindsats. Dog kræver det ifølge Hutchinson & Wilson's meta-review, at de sociale relationer er stærke for at kunne fortsætte efter endt intervention (2011). En konsekvens af sundhedstiltagets ophør kan være, at de sociale relationer, der er blevet skabt, forringes og en vedvarende effekt udebliver. Denne problematik kan tænkes at være sket på Divo set ud fra Holgers kommentar om, at medarbejderne falder tilbage 'i samme rille' efter endt intervention. Der kan argumenteres for, at Aso har fundet en løsning, der kan sikre fastholdelsen, idet deres intervention er indlejret i arbejdsrutinen og derved bliver ved med at fremme fællesskabet og de gevinster, dette medbringer.

På baggrund af de formodede effekter af sociale relationer kan det tænkes, at hvis Divo havde suppleret sundhedsindsatserne med et krav om at deltagelse skulle foregå i fællesskab, ville der have været en større opbakning til sundhedstilbuddene, hvorfor disse muligvis ikke ville have stoppet. Men hvad siger litteraturen om dette? Ifølge Marshall kan de mere inaktive medarbejdere motiveres blandt andet, igennem den støtte, de sociale relationer bidrager med (2004). Studiet angiver herved, at sociale relationer er motiverende for dem, der er inaktive, og derved kan man forestille sig, at Divo via en bedre inddragelse af sociale relationer kunne motivere flere medarbejdere til deltagelse i indsatsen.

For at forstå de sociale relationers betydning for implementeringen af nye sundhedsindsatser kan der hentes hjælp ved begrebet; virksomheders sociale kapital¹⁰. Social kapital findes i relationerne indenfor virksomheden og er herved en ressource, der opbygges i netværk eller grupper, og kommer de pågældende medarbejdere til gode. Ifølge forfatterne bag begrebet virksomheders sociale kapital er der en sammenhæng mellem mængden af social kapital og medarbejderens helbredstilstand

¹⁰ Udarbejdet af arbejdsmiljørådet, udgivet i hvidbogen og tager udgangspunkt i Robert D. Putnams teori om social kapital

(2008). For eksempel vil en medarbejder, der besidder en større social kapital have en bedre trivsel og større arbejdsglæde, hvilket vil være en motivation for medarbejderen til at deltage i sundhedstilbud. Herved vil en medarbejder med lavere social kapital opnå mindre trivsel, arbejdsglæde og motivation. (Olsen, et al., 2008) Det kan med denne tanke in mente diskuteres, om det i virkeligheden forholder sig således, at fællesskabet for nogen af medarbejderne repræsenterer det ægte mål ved deltagelsen i sundhedsindsatserne, idet fællesskabet er en effekt for disse, jf. 9.1.3 Sociale barrierer på arbejdspladsen nedbrydes via sundhedsindsatser. Er dette tilfældet, bliver sundhed måske opfattet som havende karakter af et uægte mål? I Aso, hvor alle deltager, kan dette tænkes at spille en rolle i forhold til at få alle medarbejdere til at deltage i sundhedsindsatserne inklusiv dem, som tenderer til at være inaktive. En anden måde at forstå sammenhængen mellem social kapital og helbredstilstand er ved at kigge på sundhedsbeskrivelserne fra medarbejderne. Her angiver både Lasse fra Aso og Julie fra Divo, at deres kollegaer har en betydning for om de føler sig sunde (Julie, s. 2 og 13, Lasse, s. 2). Disse udtalelser kan herved understøtte påstanden i social kapital om, at der er en sammenhæng mellem denne og medarbejdernes helbredstilstand, og at man derved kan påvirke den ene igennem den anden.

9.4.2 Delkonklusion på organisationskultur

På baggrund af den empiriske analyse samt diskussion af dennes fund i relation til teori og litteratur, kan der konkluderes på hypoteserne vedrørende organisationskulturen. I forbindelse med ledelsens betydning for en sundhedsindsats opstillede vi denne hypotese:

Ledelsen har en afgørende betydning i forhold til deltagelse og opbakning til nye sundhedsindsatser.

Ud fra den store forskel på deltagelsen og opbakningen i de to virksomheder kan der, både på baggrund af Scheins teori om organisationskultur og tidligere studiers erfaringer, argumenteres for vigtigheden i ledelsens engagement, opbakning og synlighed i sundhedsindsatsen. Derfor er teori og litteratur med til at understøtte, at vi bekræfter hypotesen om ledelsens betydning.

Med henblik på, at arbejdsrutinen kan have en betydning for sundhedsindsatsen, opstillede vi følgende hypotese:

Implementering af en sundhedsindsats som en del af den daglige arbejdsrutine øger chancen for at skabe en langsigtet forandring.

Ud fra den empiriske analyse kan denne ikke med sikkerhed bekræftes, men der er dog tendenser i medarbejdernes udtalelser, der tyder på, at arbejdsrutinen kan være af betydning. Derfor er der behov for et bredere grundlag for at kunne drage denne konklusion. På grund af manglen på studier, omkring langsigtet forandring af en sundhedsindsats, kan der ikke siges noget med sikkerhed om, at arbejdsrutinen øger chancen for at skabe en langsigtet forandring. Alligevel peger både den empiriske analyse og flere studier i retning af, at en fast rutine i en sundhedsindsats kan være med til at øge deltagelsen og skabe en langsigtet forandring. Dette leder dog tilbage til kontekstens betydning for indsatsen, da det utvivlsomt har virket på Aso at gøre det til en fast rutine, men om det kunne virke på Divo kan ikke konkluderes, da virksomhedens værdier og prioriteringer besværliggør en fast rutine i arbejdstiden.

Til diskussionen af det eksplorative element om sociale barrierer, der kan nedbrydes via sundhedsindsatser, bakker flere studier op om den empiriske analyses resultater, idet de understreger, at sociale relationer kan være med til at fastholde de ansatte i en sundhedsindsats. Samtidig kan de sociale relationer opnå en motiverende og støttende effekt for de inaktive, hvorfor det lader til, at de sociale relationer er et vigtigt element i forsøget på at skabe en langsigtet forandring af en sundhedsindsats.

9.5 Forståelser af sundhed

Det er tidligere i teoriafsnittet omhandlende forståelser af sundhed blevet fremlagt, at sundhed kan rumme mange elementer, hvilke er afhængige af den medarbejder, som anskuer sundhed. Ud fra førnævnte afsnit blev følgende hypotese opstillet:

Opfattes sundhedsindsatsen som et uægte mål, vil en langsigtet forandring udeblive.

Dette analyse- og diskussionsafsnit vil tage udgangspunkt i denne hypotese. Der vil blive set på ligheder og forskelle vedrørende sundhedsforståelserne inden for hver virksomhed og undersøgt, hvordan disse kan påvirke implementeringen og udførelsen af sundhedsindsatserne. Efterfølgende vil virksomhederne blive sat op imod hinanden.

9.5.1 Diversitet i sundhedsopfattelser

Ifølge kapitel 5 Forståelser af sundhed, kan sundhed opfattes på flere måder afhængigt af vedkommende, som anskuer det. I Tabel 1 illustreres de 10 informanternes opfattelse af sundhed.

Tabel 1 viser, hvordan de 10 informanter har beskrevet sundhed.

Aso		Divo	
<u>Navn:</u>	<u>Beskrivelse:</u>	<u>Navn:</u>	<u>Beskrivelse:</u>
Hugo	'Livskvalitet'	Holger	'Kost', 'motion', 'søvn', 'trivsel'
Bjarne	'Spise sundt', 'motion', 'undgå stress'	Hanne	'Løbe, cykle', 'frisk luft', 'have det godt'
Lasse	'Motion', 'kost', 'det psykiske'	Trine	'Sundhed mentalt', 'kosten', 'motion', 'bliver glad', 'man er helt som menneske', 'være lykkelig'
Birte	'Ikke at være syg'	Nanna	'Mental sundhed', 'gør en glad', 'kost', 'motion'. 'KRAM'
Lise	'Sindstilstand' og 'godt helbred'	Julie	'Det sociale', 'velvære', 'god arbejdsplads', 'kost', 'motion'

Som det fremgår af skemaet, bruger informanterne forskellige ord til at beskrive dét at være sund, og der optræder derfor en variation i beskrivelserne. Sundhed er dermed et bredt begreb, idet sundhed kan rumme mange elementer og beskrivelser. Ud fra besvarelserne siger syv ud af ti noget om det psykiske element, blandt andet ord som 'glad', 'mentalt', 'psykisk', 'velvære', 'lykke'. Og seks ud af disse nævner også 'kost' og 'motion', mens én nævner 'cykle' og 'løbe'. Ydermere benytter Holger og Lise en overordnet beskrivelse af sundhed i form af 'livskvalitet' og 'god sindstilstand', hvilket dækker over både psykisk sundhed, kost og motion. Herved har hoveddelen af de adspurgte medarbejdere en bred sundhedsforståelse, der indeholder både det fysiske og psykiske element. Dette bliver dog beskrevet på forskellige individuelle måder. Eksempler på de forskellige beskrivelser kan ses i nedenstående, hvor Lasse fra Aso og Nanna fra Divo angiver deres forståelse af sundhed.

"Den er der tre vinkler på. Det at være sund er noget motionsmæssigt, og så er der noget kostmæssigt, og så er der noget psykologisk/psykisk (...) Uden de tre ting, altså motion, kost og det psykiske, synes jeg ikke, at man er sund." (Lasse, s. 2)

”Altså det er jo noget med kost og motion, altså de der KRAM-begreber, men for mig fylder hovedet ligeså meget som kroppen.” (Nanna, s. 4)

I skemaet fremgår det, at medarbejderen Birte skiller sig ud fra de øvrige informanter med sin beskrivelse af sundhed som værende fravær af sygdom. Birtes beskrivelse bliver på den måde en ekstremitet i forhold til de andre informanters beskrivelser hvor sundhed fremstilles som motion, kost, sindstilstand, livskvalitet mm Birtes udtalelse er interessant idet den adskiller sig fra de andre informanters og kan dermed dække over en holdning, der deles af en mindre gruppe medarbejdere, der udgør en minoritet på arbejdspladsen. I hvert fald kan det ikke udelukkes, at der er andre medarbejdere, der tænker fravær af sygdom som en vigtig faktor for sundhed. Disse forståelser skal hermed medtænkes i udviklingen af en sundhedsindsats.

9.5.2 Forståelse af sundhed - en motivation eller barriere?

For at sikre medarbejdernes motivation for deltagelse i sundhedsindsatserne, kan et vigtigt element være, at deres forståelse af sundhed stemmer overens med initiativtagerens. Initiativtageren står bag udformningen af selve indsatsen, hvorfor dennes opfattelse af sundhed reflekteres heri. De signaler, der kommer fra initiativtageren, skal matche de forståelser, medarbejderne har, hvilket måske gør en implementering lettere, men som også kan fungere som en barriere for implementeringen.

Indledningsvis beskriver direktøren Hugo sin forståelse af sundhed således:

”Jamen, jeg synes vel et eller andet sted, hvis alt det man gør, giver en livskvalitet, altså, så kan det være psykisk eller fysisk, eller hvad ved jeg, men hvis det man gør, giver en livskvalitet, så synes jeg, man er sund” (Hugo, s. 5)

Beskrivelsen giver udtryk for at favne bredt, hvilket vil sige, at har medarbejderen fokus på det fysiske eller det psykiske element, vil denne beskrivelse ved brug af ordet ’livskvalitet’ kunne rumme medarbejderens opfattelse.

Endvidere giver Hugo løbende igennem interviewet udtryk for, at selve målet for sundhedsindsatsen er meget frit for den enkelte medarbejder, såfremt de 30 minutter, der stilles til rådighed, benyttes i fællesskab. (Hugo, side 6, 20 og 22) Friheden i valgene udfoldes i følgende citater:

”Men altså, det er sådan hele ånden; kom udenfor, få noget frisk luft og gør det sammen med nogle kollegaer. Det er sådan ånden i det. Så kan du spille fodbold, eller du kan cykle dig en tur, eller du kan løbe en tur.” (Hugo, s. 2)

”(...) vi har jo ingen løftede pegefingre, og vi fortæller ingen om, hvordan de skal leve deres liv, men vi giver dem alle de gode valg, og så håber vi selvfølgelig på, at de tager dem, ikke også. Og det er sådan vores lille filosofi(...)” (Hugo, s. 5)

Aso giver her medarbejderne mulighed for at foretage sunde valg, men det skal være op til den enkelte at bestemme, om de vil være med, og hvad de vil lave inden for de givne rammer. De skal ikke selv tilpasse sig en specifik sundhedsindsats, men har derimod, gennem det frie valg, mulighed for at tilpasse sundhedsindsatsen til deres egen lyst, kvalifikationer og behov. Det eneste krav til medarbejderne er, at hvad end de vælger, skal dette foregå i fællesskab. (Hugo, s. 5,11) Kravet kan imidlertid hindre deltagelsen af mere introverte medarbejdere eller medarbejdere der en dag har en manglende lyst til at deltage med kollegaerne. Resultatet kan heraf være, at disse medarbejdere bliver hjemme på matriklen, idet de ikke kan opfylde kravet. Ifølge Lise er denne problematik set på Aso, hvilket omtales i følgende citat:

”Oplever du nogensinde nogen, der føler, at man ligesom bliver presset lidt?

”Nej, det gør de ikke. (...) det kan bare være, at man er dødtræt, fordi der til morgen eller i løbet af dagen er foregået et eller andet, og så vil folk nok ikke lige ud med en kollega. Da vi helst ikke vil have, at folk går alene eller løber alene, kan det være sådan, at folk siger: ”Nej I DAG vil jeg bare ikke ud og gå med kollegaerne.”... men det er meget sjældent, vi ser det.” (Lise, s. 8)

Kravet til deltagelse i fællesskab i indsatsen kan ud fra Lises udtalelse medføre, at en kollega en dag ikke deltager, idet vedkommende gerne vil være alene. Dette scenarie opstår ifølge Lise dog ikke så ofte, hvorved dette ikke er gået hen og blevet en permanent hindring for medarbejderne på Aso. Endvidere kan det tænkes, at en forudsætning for at kravet efterleves er, at medarbejderne på Aso generelt set har et godt forhold til hinanden og til ledelsen. Er dette ikke tilfældet, kan kravet tænkes at være problematisk og svært at efterleve.

På Aso giver alle medarbejdere overordnet udtryk for, at den forståelse af sundhed, Hugo repræsenterer, og selve målet for sundhed kan rumme deres sundhedsforståelser. Ligeledes giver

medarbejderne også udtryk for at være motiverede for at deltage i indsatserne. (Lasse, s. 2., Bjarne, s. 4, Lise, s. 2) Birte, der havde en anderledes forståelse af sundhed set i forhold til de andre medarbejdere, udtaler, at hun er motiveret for at deltage, hvilket kan skyldes det frie valg om deltagelse. (Birte, s. 9) På denne baggrund formår Aso at ramme en bred skare i forbindelse med deres forståelse og definition af sundhed samt videre at motivere deres medarbejdere til at deltage i sundhedsindsatserne, da det, jf. afsnit 7.1 Aso, er alle medarbejdere, der deltager i indsatserne.

På Divo lyder initiativtageren Holgers beskrivelse af sundhed som følger: ”Kost, motion og søvn. Det er sådan set det, jeg forstår ved sundhed.. og trivsel også generelt.” (Holger, s. 2). Holgers beskrivelse er ligeledes bred og burde kunne rumme alle medarbejders beskrivelser af sundhed. Divo oplever på trods af en bred sundhedsopfattelse, at det er svært at få medarbejderne til at følge indsatserne. Dette understøttes af Holger, der i forbindelse med, om han kan genkende sin beskrivelse af at være sund i Divos sundhedspolitik, udtaler:

”Ja, for det er jo lidt mig, der har bestemt den politik, men den er svær at få folk til at følge. Der i 2013 indførte jeg, at vores franskbrød skulle erstattes af frugt hver formiddag. Så intet hvidt brød, men frugt i stedet for og den var jo svær at få igennem, for der var mere end halvdelen, der ikke syntes, at det var en god ide, så nu er vi tilbage på brød igen, da der var mest stemning for det. Så det er svært at få folk til... men jeg vil sige, at vi er på vej, og vi får gjort en masse ting, og folk deltager også i det, når det er, så det kan godt lade sig gøre, men det er ikke bare sådan lige at gøre.” (Holger, s. 3).

Ud fra citatet er det ikke alle medarbejdere, der følger de tilbudte indsatser, på trods af, at Holgers sundhedsopfattelser favner flere aspekter ved sundhed, da han også nævner ordet trivsel i forlængelse af kost, motion og søvn. Desuden fremgår det af citatet, at medarbejderne ikke var tilfredse med tilbuddet om dagligt frisk frugt, hvorfor brørdordningen igen er blevet indført til fordel for frugt. Her har således været en konflikt mellem medarbejdernes ønsker og virksomhedens forsøg på at fremme sundheden. Der kan derfor stilles spørgsmål til, om den brede sundhedsforståelse, der først udlægges reelt også kan omfavne alle medarbejders værdier, og om det står tydeligt for medarbejderne, hvad formålet med alle tilbuddene var:

”Havde I noget bestemt mål med at starte de her tilbud?

”Det med at fremme sundheden. Som jeg ved, og som jeg selv føler, så giver det en et eller andet med sund mad, motion og søvn. Så får man lidt mere overskud og energi, og det skulle jo så gerne give udslag i vores dagligdag, så man er lidt mere klar og måske endda kan præstere lidt mere.” (Holger, s. 5)

Målet er at fremme sundheden, hvortil Holger nævner, at ’sund mad, motion og søvn kan give mere overskud og energi’. Dette udsagn stemmer ikke overens med Holgers førnævnte definition af sundhed, da trivsel ikke nævnes i udtalelsen. Den opfattelse, der blev præsenteret for medarbejderne, kan derfor have været mere snæver. Idet Holger først nævner kost, motion og søvn og efterfølgende trivsel, kan det tyde på, at trivsel er sekundært i forhold til de tre andre. På baggrund af dette er det ikke alle medarbejdere, der har kunnet forene deres opfattelse af sundhed med indsatserne og videre ikke været motiverede for at deltage. Da de præsenterede mål for medarbejderne går på det fysiske aspekt af sundhed og fokuserer mindre på det psykiske, snævrer Holgers oprindelige forståelse af sundhed herved ind. Dette medfører, at definitionen bliver mindre rummelig overfor medarbejdernes forståelser. Et mindre rummeligt mål kan ligeledes tænkes at have den effekt, at de pågældende medarbejdere formodentligt ikke har følt, at sundhedsindsatsen i disse tilfælde henvender sig til dem, deres mål og værdier, tilknyttet sundhed. De oplyste mål kan derfor være en barriere for nogle medarbejders deltagelse.

Rettes fokus mod medarbejdernes udtalelser om, de kan se deres forståelser af sundhed i Divo, siger de alle, at Divo rummer deres sundhedsforståelser (Hanne, s. 2, Julie, s. 2, Trine, s. 2, Nanna, s. 4). Nanna tilføjer dog, at rammerne for at kunne udføre dét, hun definerer som mental sundhed, ikke er der, men at hun heller ikke mener, at en virksomhed burde kunne rumme dette. En virksomhed er ikke et ’socialt kontor’, men en arbejdsplads, hvor man skal ’smøge ærmerne op’. (Nanna, s. 4) Nanna understøtter også i citatet den prioritering af arbejde over sundhedsindsatser, hvilket nævnes i afsnit 9.1.2 Arbejdsrutinens vigtighed for sundhedsindsatsen, og diskuteres i afsnit 9.4 Deldiskussion af arbejdsrutinens vigtighed for sundhedsindsatsen. På baggrund af ovenstående er medarbejdernes forståelser herved forenelige med Divo. Samtidig udtaler disse medarbejdere, at de er motiverede for at deltage i indsatserne, dog er det ikke alle, der deltager i alle de tilbudte indsatser (Trine, s. 3, Helle, s. 4, Nanna, s. 11, Julie, s. 2). For eksempel deltager Trine og Hanne ikke i gå-tilbuddet, idet de i deres arbejde, i forvejen, er meget aktive og derved vel ikke føler behovet for at gå yderligere i pausen. På trods af dette, synes begge dog, at tilbuddet er en god ide. (Trine, s. 6, Hanne, s. 8) Motivationen for at deltage i indsatserne tyder dog ikke på at være

gældende for hele virksomheden, idet deltagelsen er omkring 20 %. Manglende motivation for sundhed som værdi og mål, kan være en af forklaringerne til at flere ikke deltager.

9.5.3 Opsummering

Ovenstående analyse vil i det følgende kort opsummeres i forhold til den opstillede hypotese.

Opfattes sundhedsindsatsen som et uægte mål, vil en langsigtet forandring udeblive

Ud fra den empiriske analyse er det ikke muligt at be- eller afkræfte hypotesen. Hertil kan dog nævnes, at alle medarbejdere i deres udsagn giver udtryk for, at deres sundhedsværdier og -definitioner kan rummes af den virksomhed, medarbejderne hver især arbejder i. Selvom initiativtagerne præsenterer sundhed forskelligt, er der stadig plads til en bred vifte af sundhedsopfattelser i begge virksomheder. Dermed er der en sandsynlighed for, at medarbejderne kan se et ægte mål i sundhedstilbuddene, idet tilbuddenes indhold og formål favner bredt. Endvidere giver ingen af informanterne udtryk for, at sundhedsindsatsens indhold eller formål ikke kan favne deres egen sundhedsopfattelse eller mål.

9.6 Deldiskussion af forståelser af sundhed

Følgende afsnit vil tage afsæt i det foregående analyseafsnit og har til hensigt at diskutere hypotesen vedrørende sundhedsforståelser. Denne vil blive diskuteret i forhold til analysens resultater, specialets teori og eksisterende litteratur. Dette er med henblik på at kunne give en forståelse af, hvordan sundhedsforståelser kan påvirke deltagelsen i en sundhedsindsats.

9.6.1 Sundhedsindsatser skal medtænke diversiteten i sundhedsforståelser

Overordnet er der igennem litteratursøgningerne fundet, at der er mangel på studier, der har hovedfokus på betydningen af forståelser af sundhed i forbindelse med sundhedsindsatser. Derfor kan der sættes spørgsmålstejn ved, om forskerne ikke tildeler forståelserne en rolle i forhold til sundhedsindsatser, eller om de arbejder ud fra den forudsætning, at alle har den samme forståelse og de samme mål med sundhed. Sidstnævnte tanke stemmer ikke overens med Wackerhausens forståelse af sundhed, da denne afhænger af individet og defineres ud fra dennes mål, handlekapacitet og livsbetingelser. Sundhed må derfor forstås som noget individuelt, der skabes hos det enkelte individ. (Wackerhausen, 1994) Ud fra informanterne på Aso og Divo optræder der stor variation i beskrivelserne af sundhed, hvilket er med til at indikere omfanget af sundhedsbegrebet. På grund af begrebets omfang og rummelighed er det ikke overraskende, at der kommer mange forskelligartede svar fra informanterne. Alligevel kan det dog tyde på, at flere af svarene kan dække

over samme mening. Dette er med til at understrege, at sundhedsbegrebet er svært definerbart, hvorfor det kan være svært at lave et sundhedstiltag, der rummer den store diversitet i sundhedsopfattelser.

Ifølge Wackerhausen er sundhed ikke kun bestemt af individet, idet sundhedsforståelsen også påvirkes af kulturen (1994). Derfor kan det tænkes, at en iværksætter af en sundhedsindsats, med bedste hensigt, udarbejder indsatsen ud fra den overbevisning, at medarbejdernes forståelse af sundhed er dikteret af kulturen og samfundet, hvormed indsatsen vil være forenelig med den sundhedsforståelse, samfundet dikterer (Wackerhausen, 1994). Hvis dette er tilfældet, arbejdes der ud fra en overbevisning om en fælles forståelse af sundhed, hvilket kan have indflydelse på sundhedsindsatsen, idet medarbejdernes forståelse ikke medtænkes i implementeringen. Dette kan føre til en forfejlet indsats grundet en diskrepans mellem iværksætterens og medarbejdernes forståelse af sundhed, hvilket formodentligt vil influere negativt på deltagelsen og fastholdelsen af indsatsen. Det er derfor relevant at virksomheder påbegynder det sundhedsfremmende arbejde med en dialog på arbejdspladsen om hvad sundhed i det hele taget er. Ud fra analysen ses en forskel i medarbejderes og initiativtageres sundhedsopfattelse, hvorfor det ifølge Arbejdsmarkeds-Etisk Råd er vigtigt, at det ikke kun er initiativtager og ledelse, der definerer begrebet sundhed og de behov der er i virksomheden (2006). Hvor vigtigt det er at skabe konsensus om sundhedsbegrebet kan diskuteres, men da en sundhedsdefinition på arbejdspladsen kan medføre at den enkelte medarbejder ikke skal gætte lederens eller andre ansattes opfattelser kan en følelse af utryghed undgås (Arbejdsmarkeds-Etisk Råd, 2006). Det kan vurderes at være grund til den manglende deltagelse på Divo. En uklar definition af sundhed kan medføre en uoverensstemmelse mellem initiativtagers og medarbejderes sundhedsopfattelser, der gør at medarbejderne skal gætte sig til sundhedstilbuddenes formål. Dette kan medvirke til at medarbejderne ikke har forstået meningen med tilbuddet, idet indhold og/eller formål ikke tiltaler deres egen sundhedsopfattelse.

9.6.2 Syn på sundhed

På trods af ovenstående dilemma fremgår det af analysen, at selvom sundhed er et velkendt begreb, er det ikke altid det samme, der tales om. Der ses således en diversitet i begrebet sundhed, idet medarbejdernes beskrivelser af sundhed, som nævnt, indebærer en vis variation. Dette bakkes op af Wackerhausens teori, hvor individet selv definerer sundhed ud fra sine livsbetingelser (1994). I flere af medarbejdernes beskrivelser ses den traditionelle forståelse af sundhed, udledt fra det

sundhedsfundamentalistiske perspektiv, idet beskrivelser som; sundhed er 'motion' og 'kost' går igen, mens 'sundhed er fravær af sygdom' ligeledes nævnes. Dette er dog ikke uforståeligt, idet Kost, Rygning, Alkohol og Motion i mange år har været omdrejningspunkt for sundhedsfremme og forebyggelse i det danske samfund, jf. 2.5 Mål for og forståelser af sundhed på arbejdspladsen. Men sundhed er mere end KRAM, hvilket også ses i analysens resultater, idet flere medarbejdere har andre beskrivelser af, hvad sundhed er. For nogle medarbejdere opfattes sundhed mere som trivsel og dét at have et godt mentalt helbred. Dette lægger op til en anderledes forståelse af sundhed, nemlig Wackerhausens åbne sundhedsbegreb (Wackerhausen, 1994). Herved står virksomhederne over for at implementere sundhedsindsatser, som ikke kun præges af de traditionelle KRAM-faktorer, i form af fx motionstilbud, men også tænke den bredere sundhedsforståelse ind i indsatserne. Der er her tale om vigtigheden i at skabe en sundhedsindsats, hvor alle medarbejders sundhedsopfattelser og -værdier kan indgå. Dette understøttes i et studie af Van Scheppingen et al., der finder, at indsatser, der fokuserer på den generelle sundhed eller helbred frem for et bestemt aspekt heraf, får et bedre udfald, hvorved en forandring mod en sundere adfærd vil opstå. (2014)

Ifølge studiet af Griffin, Hall & Watson er de medarbejdere, der kan se fordelene ved tilbuddene også dem, der deler samme sundhedsforståelser, hvorfor det ofte er dem, der først deltager (2004). Dette kan formodes at være sket på Divo, da det udtales af informanterne at være de samme medarbejdere, der deltager og dermed de samme, der bedst kan relatere til de sundhedsværdier, tilbuddet repræsenterer. Virksomheder, hvor et holistisk syn på sundhed ikke står klart, vil have sværere ved at engagere alle medarbejdere til at deltage og dermed opnå sundhed i virksomheden (Griffin, et al., 2004). Modsat Divo har Aso formodentligt været bedre til at skabe et tilbud med netop en holistisk tankegang, hvor alle medarbejdere kan relatere til egne værdier og opfattelser. Med andre ord kan Asos succes med sundhedsindsatsen skyldes, at selv medarbejdere med en sundhedsdefinition, fokuseret på trivsel, kan se et formål med motionstilbuddet. Desuden kan det nævnes, at Aso ser motion som et værktøj, der kan forbedre mere end blot den fysiske kondition, hvorfor motionstilbuddet også tjener det formål at forbedre andre områder af sundhed.

9.6.3 Er deltagelse i sundhedsindsatser et ægte eller uægte mål?

Hvorfor deltagelsen og fastholdelsen af tilbuddene har været så forskellige de to virksomheder imellem kan endvidere forklares med Wackerhausens uægte og ægte mål. Et resultat af et uægte mål kan fx være, at medarbejderen presses til at deltage i sundhedstilbuddene, eller at medarbejderen er dårligt informeret om tilbuddets formål i forhold til for få eller modstridende oplysninger om formålet. (Wackerhausen, 1994) Divos manglende fastholdelse kan ses som et

resultat af uægte mål hos medarbejderne, da det kan tænkes, at det ikke er alle medarbejdere, der kan relatere sig til virksomhedens mål med sundhedsindsatsen, hvorfor deltagelsen udebliver. Det skal dog nævnes, at det er muligt at erhverve et ægte mål på baggrund af inspiration fra andre (Wackerhausen, 1994). Så længe medarbejderen vælger at acceptere målet, og det er erhvervet på frivillige betingelser, er målet stadig ægte (Wackerhausen, 1994). Hermed kan det diskuteres, om medarbejderne på grund af Asos bredere sundhedsforståelse har haft lettere ved at finde et ægte mål inden for sundhedsindsatsens rammer. De har dermed selv erhvervet sig et ægte mål gennem motionstilbuddet, som stemmer overens med deres sundhedsforståelse. Denne forvandling fra et uægte mål til et ægte mål, kan ligeledes hævdes at være sket på Divo, idet flere medarbejdere efter tilbuddenes opstart fx er begyndt at løbe, hvilket de ikke tidligere har gjort. Blandt andet fremhæver Nanna i interviewene, at der er kommet nye løbere til i virksomheden. Medarbejdere, som hun aldrig havde troet ville komme til at løbe. Tilbuddet har altså også formået at inspirere enkelte medarbejdere på Divo, hvormed et ægte mål er opstået.

9.6.4 Vigtigheden i medinddragelse af medarbejderne

Selvom begge virksomheder til dels har formået at skabe ægte mål hos de ansatte, er der stadig en forskel i deltagelse og fastholdelse på de to virksomheder. En forklaring herpå kan være en forskellig medinddragelse af medarbejderne. Vigtigheden i medinddragelse bliver blandt andet fundet i studiet af Merrill, Anderson, & Thygeson, der anbefaler, at ledelsen skal indgå i en dialog med medarbejderne med henblik på at skabe en sundhedsindsats, der tilfredsstiller en bred skare af ansatte (2011). Den ansattes syn på sundhed skal tages i betragtning, når en virksomhed implementerer en sundhedsindsats, idet virksomheden kan sikre at alle ansatte, både ledelse og medarbejdere, arbejder ud fra en fælles forståelse af sundhed (Arbejdsmarkeds-Etisk Råd, 2006). Denne inddragelse ses i høj grad på Aso, hvor lederen konsekvent har spurgt alle sine medarbejdere om tilbuddenes indhold. Divo har dog også været åbne over for forslag til tilbuddenes indhold, men da medarbejderne er blevet spurgt over mail, har denne, ifølge Trine, været lettere at afvise. Derfor har det været de samme medarbejdere, som i forvejen deltager i alle tilbud, der har tilkendegivet deres ønsker. (Trine, s. 4) Medinddragelsen af de medarbejdere, som måske ikke deler samme opfattelse af tilbuddets effekt og formål, er dermed udeblevet. Hvad disse medarbejdere forstår ved sundhed og deres mål herfor har været uvist for initiativtageren, hvilket også kan genspejles i tilbuddenes form. Endvidere kan den manglende deltagelse også forklares ud fra studiet af Persson et al, hvor netop medarbejdernes manglende deltagelse i virksomhedens sundhedstilbud, ifølge medarbejderne selv, skyldes dovenskab, eller at medarbejderne til daglig var aktive i arbejdstiden,

så de ikke ønskede at bruge mere tid på motion i hverken pause eller fritid (2013). Det kan således også være gældende for de medarbejdere på Divo, der ikke ønsker at deltage. Tilbuddet om fysisk aktivitet er således ikke tillokkende, idet nogle medarbejdere i forvejen bevæger sig meget i arbejdstiden.

9.6.5 Delkonklusion på forståelser af sundhed

Med udgangspunkt i den empiriske analyse er forskellige forståelser af sundhed diskuteret op imod teori og litteratur. Som nævnt er der dog begrænset litteratur omhandlende sundhedsindsatser, der beskæftiger sig med diversiteten i forståelser af sundhed, men ud fra empirien tegner der sig et billede af, at denne diversitet kan have en betydning for, hvordan målet med indsatsen opfattes. Hvis ikke iværksætteren af sundhedsindsatsen kan omfavne diversiteten i sundhedsopfattelser i indsatsen, kan det føre til en mislykket indsats med mangel på deltagere. Desuden tyder det, ud fra et studie samt den empiriske analyse, på, at et holistisk syn på sundhed vil gøre det lettere for medarbejderne at relatere til indsatsen og derved deltage heri.

Ud fra forskelligheden i forståelser af sundhed samt Wackerhausens teori om ægte og uægte mål hypoteserede vi følgende:

Opfattes sundhedsindsatsen som et uægte mål, vil en langsigtet forandring udeblive.

Denne hypotese kan, som nævnt, hverken be- eller afkræftes på baggrund af den empiriske analyse. Ud fra Wackerhausens teori kan et uægte mål ændres til et ægte mål undervejs, hvilket kan være sket på Aso, hvor alle medarbejdere deltager i indsatsen. Såfremt sundhedsindsatsen forbliver et uægte mål kan det forventes, at det bliver sværere at fastholde medarbejderne i indsatsen og skabe en langsigtet forandring. Det kan tyde på, at medinddragelse af medarbejderne kan have indvirkning på, om de får skabt et ægte mål med indsatsen, idet Merrill, Anderson & Thygersen har vist, at dialog mellem lederen og medarbejderne er et vigtigt element i forbindelse med at udføre en sundhedsindsats (2011). Dette bakkes op af specialiets empiri, hvor lederen på Aso har ført løbende dialog om tilbuddene i sundhedsindsatsen med medarbejderne og fået alle medarbejdere til at deltage, mens Divo har haft sværere ved at fastholde en deltagelse, muligvis grundet en evaluering af tilbuddene på mail. Vi vurderer, på baggrund af empiri, teori og litteratur, det dog ikke muligt at konkludere, at diversiteten i sundhedsforståelser eller teorien om uægte/ægte mål alene kan være grund til en forskel i deltagelse på de to virksomheder, hvorfor det kan tyde på, at andre parametre må have betydning herfor. På baggrund heraf kan vi hverken be- eller afkræfte hypotesen.

10 Sammenfattende diskussion

Gennem specialet har vi undersøgt, hvordan forskellige faktorer kan have betydning for om en indsats skaber en langsigtet forandring. Følgende afsnit vil derfor indeholde en sammenfattende diskussion i forhold til besvarelse af problemformuleringen:

Hvilken betydning har konteksten for implementeringen af sundhedsindsatser i virksomheder, der har til hensigt at skabe en langsigtet forandring?

At sikre en velfungerende sundhedsindsats, som opnår en langsigtet forandring er nemmere sagt end gjort. Ud fra specialets indledende fase, analyse samt diskussion heraf forudsætter det helt overordnet at konteksten inddrages i en indsats på alle niveauer i virksomheden og herindunder alle medlemmer i organisationskulturen. Samtidig kan der være forskellige ønsker samt krav og rammer på virksomhederne i forhold til sundhedsindsatsens udformning, og herunder hvordan denne kan implementeres i virksomheden. Dette diskuteres endvidere i reviewet af Scheirer, som finder, at 12 ud af 19 studier ser det vigtigt for fastholdelsen, at det nye program passer ind i den eksisterende organisatoriske procedure (2005). En organisationskultur er unik, hvilket kan være med til at forklare, hvorfor et tilbud, der virker godt ét sted, virker dårligt eller slet ikke fungerer et andet sted (Thorsen, et al., 2010). Det kan dog tænkes ikke at være nok at tilpasse sundhedsindsatsen til de organisatoriske rammer i forhold til at opnå en langsigtet forandring. En virksomhed kan således stille nok så sunde rammer op for udførelsen af en sundhedsindsats, men hvis ikke medarbejderne støtter op om initiativerne vil en langsigtet forandring i sundhed udeblive. Dette ses i den ene case, Divo, hvor konsekvensen af manglende opbakning har medført, at tilbuddene efter prøveperioden ikke fastholdes og en adfærdændring udebliver. Det er således vist, at organisationskulturen har en betydning for medarbejdernes opbakning. Ud fra deldiskussionen af *forståelser af sundhed* fremgår det dog, at det ikke kun er et samspil mellem elementerne i organisationskulturen, men derimod flere faktorer, der afgør om medarbejderne støtter op om sundhedsindsatsen og om denne kan skabe en langsigtet forandring i virksomheden. Hvis ikke medarbejderne kan finde inspiration til at deltage ud fra de organisatoriske rammer kan det hænge sammen med disses forståelser af sundhed, forstået på den måde, at medarbejderne kan have et divergerende mål i forhold til sundhed end initiativtageren til indsatsen. Er dette tilfældet kræver det altså, at der bliver opstillet nogle frie rammer og bredt dækkende mål på det organisatoriske plan, hvorunder medarbejdernes forståelser og mål kan omfavnes. Derfor kan en initiativtager til en sundhedsindsats ikke nøjes med at

medtænke enkelte dele i organisationskulturen, men må være opmærksom på, at en organisation udgøres af flere kontekstuelle faktorer, der kan have betydning for implementeringen samt muligheden for at skabe en langsigtet forandring i kulturen.

I forbindelse med undersøgelsen af de kontekstuelle faktorer vedrørende en sundhedsindsats, fandt dette speciale via den eksplorative del af case-designet, at sociale relationer i de undersøgte cases tyder på at have en større betydning for fastholdelsen af indsatsen end fundene i litteraturen giver udtryk for. Dermed ikke sagt, at der ikke er klar evidens for de sociale relationers betydning for en sundhedsindsats, men evidensen fastslår ikke om sociale relationer kan blive en bærende faktor for indsatsens succes, men nævner i stedet, ifølge Marshall, at de kan have en positiv og motiverende effekt (2004). Et spørgsmål er, om de sociale relationer på sigt kan tillægges så stor værdi i forbindelse med sundhedsindsatsen, at de kan indlejres som en grundlæggende antagelse i virksomheden, hvormed de kan være med til at overtage den vigtighed, som ledelsen har vist sig at have for fastholdelsen af deltagere. Det tyder dog på, at ledelsen er så vigtig en faktor i implementeringsfasen, hvorfor det først vil være i fastholdelsen af sundhedsindsatsen, det kan tænkes, at de sociale relationer kan gøre det ud for ledelsens vigtighed. Ud fra dette speciale og litteraturen kan der ikke med sikkerhed findes en sammenhæng, men i alt fald kunne det være en interessant tanke at forfølge i et longitudinelt follow-up studie.

Det kan endvidere diskuteres om sundhedsindsatser på arbejdsmarkedet er den bedste brug af ressourcer til at fremme sundheden på arbejdspladsen og i det danske samfund generelt, hvis de efter implementering kun opnår en kortere vedvarende periode. Da flere arbejdspladser ser sundhedsindsatser som et personalegode frem for en strategisk indsats, må det således være op til den enkelte virksomhed at vurdere, om investeringen har været det værd. Hvis virksomheden har som mål at skabe trivsel gennem motion, tyder det på, at Aso har investeret både tid og kroner rigtigt, idet tilbuddet ifølge informanterne har medvirket til en forbedring af det generelle arbejdsmiljø. Om sundhedstilbuddene har været ressourcerne værd på Divo, hvor målet var at fremme sundheden med henblik på at opnå mere overskud og øget produktivitet i det daglige arbejde, er dog svært at give et endegyldigt svar på, idet der er forsøgt med diverse indsatser, der ikke er fastholdt. Dog giver flere medarbejdere udtryk for en effekt på den sociale front, hvorfor det må formodes at sundhedsindsatserne, om ikke andet, har medvirket til at skabe et bedre arbejdsmiljø for den enkelte medarbejder, hvilket ifølge Hvidbogen om social kapital i virksomheden også kan have en effekt på sundhed. Set i et folkesundhedsperspektiv kan sådanne

initiativer på arbejdspladsen være med til at fremme sundhedsniveauet i Danmark. Der kan dog være nogle etiske aspekter forbundet med sundhedsindsatser på arbejdspladsen og disse vil udfoldes i det følgende afsnit.

10.1 Etiske aspekter ved sundhedsfremme på arbejdspladsen

Om det er i orden at lave sundhedsfremme på arbejdspladsen kan der være flere divergerende holdninger til. Ifølge Arbejdsmarkeds-Etisk Råd er holdningen, at virksomheder gennem sundhedsfremme støtter op om statens sundhedsprogram: ”Sund hele livet” (2006). Ud fra den empiriske analyse fandt vi ligeledes, at alle informanter var enige om, at virksomheden ud fra et etisk synspunkt gerne må iværksætte sundhedsindsatser på arbejdspladsen. Nogle informanter nævnte dog, at det var vigtigt, at opstille det som et frivilligt tilbud, hvilket er en holdning, der deles af Arbejdsmarkeds-Etisk Råd (Arbejdsmarkeds-Etisk Råd, 2006). Dette kan man dog frygte vil resultere i nogle utilsigtede konsekvenser, idet der skabes en social ulighed i sundhed på arbejdspladsen, hvis det ikke er alle, der tager imod tilbuddet. Endvidere kan det tænkes, at det særligt er de medarbejdere, der tillægger sundhed værdi og muligvis er sunde, der vil benytte sig af tilbuddet, hvormed den sociale ulighed i sundhed forøges yderligere på arbejdspladsen. Denne tanke understøttes af Sundhedsstyrelsen, der er bekendt med, at danskernes sundhed afhænger af social status, hvorfor det er vigtigt, at virksomheden, gennem sundhedsfremmende indsatser, ikke kommer til at skabe en utilsigtet konsekvens i form af et samfunds- og virksomhedsmæssigt A- og B-hold (Sundhedsstyrelsen, 2009).

Tænker vi udover den sociale ulighed, der kan forekomme på den enkelte arbejdsplads, og i stedet ser på de etiske dilemmaer som sundhedsindsatser på arbejdspladsen kan medføre på samfundsniveau, kan der også her opstå nogle utilsigtede konsekvenser. For det første er det nødvendigt at overveje, om sundhedskravene på arbejdspladsen kan blive så store, at nogle unødigt presses ud af arbejdsmarkedet, eller ikke engang kan blive en del heraf i første omgang. Derfor er det vigtigt, at arbejdspladsen finder en balancegang mellem ’kærlig tvang’ til at deltage og frivillighed i deltagelsen. For det andet er det særligt på samfundsniveau vigtigt at være opmærksom på, om der skabes social ulighed i sundhed. Ved at indsætte på arbejdsmarkedet er det ”kun” den arbejdende del af befolkningen, der tilgodeses i forhold til sundhed, og samtidig er det langt fra alle arbejdspladser, som vælger at lave sundhedsfremmende tiltag på arbejdspladsen (Arbejdsmarkeds-Etisk Råd, 2006). Dette udløser en fare for en forøgelse af den sociale ulighed på

samfundsniveau, idet danskere på arbejdspladser uden sundhedstiltag eller helt uden arbejde kan udvikle en dårligere sundhedstilstand end de danskere, der tildeles ekstra sundhedsgoder på arbejdspladsen. Hvis målet for samfundet er ikke at øge uligheden, er det derfor af stor betydning, at samfundet forsøger at skabe lige vilkår for sundhedsfremme, hvad enten man er arbejdsløs eller ansat i en virksomhed. Hvorvidt det skal være hovedformålet med disse indsatser, at fremme sundhed ligeligt for danskere i eller uden for arbejdsmarkedet kan diskuteres, men hvis der udarbejdes en indsats, der omfavner en bred skare af medarbejdere kan sundhedsindsatsen reducere den sociale ulighed i sundhed – om ikke på samfundsniveau, så i hvert fald på arbejdspladsen. Derfor og qua den evidensen for effekten af sundhedsindsatser vil sundheden på landsplan kunne løftes af disse indsatser. Om den sociale ulighed øges eller mindskes er afhængig af konteksten, der sættes ind i, og herunder succesen med og opbakningen til sundhedsindsatsen.

10.2 Metodediskussion

Der er løbende blevet diskuteret til- og fravalg i kapitel 6 Casestudie – metode og metodologi, hvorfor dette afsnit har til formål at diskutere specialets valgte metoder i forhold til, hvilken indvirkning disse valg har haft på resultaterne og dermed de konklusioner, vi drager.

10.2.1 Casestudiet som forskningsdesign

Casestudiet vurderes som et velegnet design til specialets formål, men det har dog sine svagheder. Ét er, at vi ”kun” har koncentreret os om få cases, hvorfor vi mister et bredere perspektiv, og dermed reduceres generaliserbarheden. Om generaliserbarheden overhovedet kan lade sig gøre i kvalitative undersøgelser er ofte diskuteret, idet begrebet normalt henviser til kvantitative undersøgelsers data (Brinkmann & Tanggaard, 2010). Ifølge Bent Flyvbjerg er dette dog en misforståelse, hvorfor vi finder det relevant at se kritisk på, hvorledes vores fundne resultater fra casestudiet kan overføres til lignende kontekster (2010). Ved at fokusere på to cases, i form af to virksomheder, fremmer vi resultaternes anvendelighed, idet vi har haft mulighed for at undersøge disse i dybden og dermed indfange de processer, der gør sig gældende i virksomhederne (Yin, 2014). Samtidig er analysen baseret på både forskelle og ligheder mellem de to udvalgte virksomheder samt teori og videnskabelig litteratur, hvorfor en analytisk generalisering er mulig, så længe resultaterne anvendes på situationer og virksomheder, der ligner de udvalgte i specialet (Yin, 2014; Kvale & Brinkmann, 2008) Med de fundne resultater har vi således kastet lys over, hvilke parametre, der er vigtige for en virksomhed at have for øje, i forhold til at opnå en langsigtet forandring med de implementerede sundhedsindsatser. Resultaterne kan derfor fungere som

inspiration til andre virksomheder. Ved at sammenholde resultaterne fra interviewundersøgelsen med resultater fra specialets teoretiske referenceramme samt litteratursøgningerne er det dog også muligt at drage nogle generelle konklusioner, idet vi har fundet ligheder i udsagn i både studier og interviews. Overførbareheden af specialets resultater øges derfor, da disse understøttes af litteraturen.

10.2.2 Kvalitetsvurdering

Overvejelser og valg i forbindelse med metoden er eksplicit begrundet i kapitel 6 Casestudie – metode og metodologi, for at øge gennemsigtigheden for læseren, hvorfor denne har mulighed for at gennemskue på, hvilken baggrund resultaterne er fremkommet og konklusioner draget (Brinkmann & Tanggaard, 2010). Denne gennemsigtighed i metoden er med til at højne reliabiliteten i specialet. Samtidig har vi forsøgt at øge reliabiliteten i specialet ved at transskribere datamaterialet på baggrund af forudbestemte retningslinjer. Desuden er skabelonen for interviewguider og analysemetoderne blevet beskrevet og vedlagt i dette speciale, hvilket gør det muligt for læseren at reproducere arbejdsprocessen, der har været i forbindelse med at finde frem til specialets fund om sundhedsindsatser. Dog vil en fremtidig reproduktion af specialet ikke nødvendigvis finde samme fund som dette speciale. Dette kan bunde i forskellige forforståelser og fordomme forskere imellem, hvorfor det ikke kan udelukkes, at disse kan påvirke tolkningen af analysen. Endvidere kan informanternes individuelle svar og forskellighed gøre, at en reproduktion ikke nødvendigvis vil opnå de samme resultater, hvilket er naturligt for det kvalitative studie, idet det har til formål at afdække den enkeltes opfattelse af fænomener og problematikker.

Vi har udarbejdet interviewguiden ud fra vores teoretiske referenceramme, hvilket har medvirket til, at vi har opnået en overensstemmelse mellem dataindsamling og problemformulering, hvilket øger validiteten. Informanterne blev bedt om at huske tilbage på den periode, hvor sundhedsindsatserne begyndte, hvilket kan have resulteret i recall bias, som påvirker specialets validitet. For at højne denne har vi gennem interviewene fulgt op med opfølgende spørgsmål på nogle af informanternes udsagn med det formål at kontrollere validiteten i forhold til, hvor konsistente resultaterne af svarene er. Således bliver flertydige udsagn elimineret (Kvale & Brinkmann, 2008). Desuden fik vi gennem disse opfølgende spørgsmål mulighed for at verificere vores fortolkninger/forståelser af informanternes svar. Dermed har informanten mulighed for at korrigere interviewerens forståelse, hvis denne ikke stemmer overens med det, informanten oprindeligt mente. I forlængelse af kvaliteten af informantens svar, skal vi ligeledes også være bevidste om, hvorvidt svarene medarbejderne giver er deres oprigtige holdning, eller om der er tale om et svar, der er præget af et behov for at tilfredsstille os som interviewere. Derudover kan informanten svare ud fra hvad

vedkommende tænker er socialt accepteret af omverdenen i forhold til sundhed i stedet for at oplyse sin egen forståelse og holdning til sundhed. Dette går ind under betegnelsen social desirability bias og kan præge validiteten af specialet. (Fisher, 1993) Denne problematik har vi dog allerede været opmærksom på i metoden, hvorfor vi i udarbejdelsen af interviewguiden har undgået at udforme ledende spørgsmål, og i stedet udformet åbne spørgsmål med plads til egen fortolkning hos medarbejderne. For at være opmærksom på social desirability bias, er de relevante udtalelser blevet analyseret ud fra den kontekst udtalelsen tilhører. Dermed har vi kunnet diskutere os frem til, om vedkommende udtaler sin egen oprigtige mening eller om spørgsmålet har været for ledende, hvorfor informantens udsagn kasseres, da social desirability bias ikke kan udelukkes.

Der er opstået selection bias, da de informanter specialet inddrager, ikke er repræsentative for virksomheden og specialets undersøgelse, hvorved validiteten kan være påvirket. Vi har forsøgt at imødekomme selection bias ved at opstille nogle kriterier for udvælgelsen af informanter, jf. afsnit 7.2.2 Valg og præsentation af informanter. Årsagen til dette selection bias er, at Divo ikke kunne efterleve kriteriet om en ligelig fordeling af køn blandt informanterne. Specialet mangler derfor mændenes syn på de implementerede indsatser på Divo og om mændene har ageret som en barriere for sundhedsindsatserne. Grundet denne mangel er der indarbejdet spørgsmål i interviewguiderne til de deltagende informanter omhandlende mændenes deltagelse. Ud fra svarene tyder det på, at mændene deltog på samme niveau som kvinderne, jf. kapitel 7 Præsentation af cases. Herved tyder det ikke på, at mændene har været en barriere for sundhedsindsatserne. Om interviews med flere mænd ville have bidraget til andre resultater er uvist, dog kunne det have været interessant at høre nærmere om mændenes udsagn om sundhedsindsatserne, idet de muligvis har kunnet bidrage med et andet perspektiv på sundhedsindsatserne og virksomheden generelt. Selection bias kan også være opstået ved at virksomhederne selv har valgt de informanter, som de anser som værende de bedste repræsentanter for det image, virksomheden sigter efter at signalere. Dette anser vi dog ikke som have været tilfældet, idet de pågældende medarbejdere også har stillet sig kritiske over for de indsatser, virksomheden har implementeret.

Overordnet er opgavens validitet forsøgt sikret gennem løbende velovervejede til- og fravalg, hvorfor specialet, på baggrund heraf og ovenstående, dermed vurderes til at kunne betegnes som et validt kvalitativt bidrag til et ellers kvantitativt forskningsemne. Vi har endvidere vurderet, at det, der tilstræbtes undersøgt, nemlig kontekstens betydning for implementering af sundhedsindsatser i virksomheder, der ønsker en langtidsforandring, er efterlevet.

11 Konklusion

Dette kapitel vil præsentere specialets konklusion på problemformuleringen. Konklusionen drages på baggrund af specialets analyse og diskussion.

Hvilken betydning har konteksten for implementeringen af sundhedsindsatser i virksomheder, der har til hensigt at skabe en langsigtet forandring?

Dette speciale har sandsynliggjort, at organisationskulturen udgør en vigtig del af konteksten for implementering af sundhedsindsatser i virksomheder. Derfor har den empiriske analyse undersøgt, organisationskulturens betydning for sundhedsindsatser. Idet sundhedsindsatser kan indeholde mange forskellige aspekter og have forskellige mål og indhold, mener vi, at det er interessant at undersøge de forskellige forståelser af sundheds betydning for en indsats succes, hvorfor dette ligeledes er blevet undersøgt i den empiriske analyse.

Ud fra analysen og diskussionen af organisationskulturen konkluderede vi, at ledelsen har en afgørende betydning i forhold til deltagelse og opbakning til nye sundhedsindsatser. Samtidig fandt vi tendenser i medarbejdernes udtalelser, der pegede i retning mod, at implementering af en sundhedsindsats som en del af den daglige arbejdsrutine øger chancen for at skabe en langsigtet forandring. Tidligere studier samt Scheins teori støtter op om arbejdsrutinens vigtighed for indsatsen, men hvorvidt rutinen øger chancen for at skabe en langsigtet forandring, fandt vi ikke noget endegyldigt svar på. I analysen og diskussionen af forståelser af sundhed fandt vi, at et holistisk syn på sundhed kunne gøre det lettere for medarbejderne at relatere til indsatsen og dermed deltage, idet et holistik syn på sundhed sandsynligvis kunne omfavne diversiteten i sundhedsopfattelser. Endvidere var der tendenser i den empiriske analyse, der tydede på, at hvis sundhedsindsatsen opfattedes som et uægte mål ville en langsigtet forandring udeblive.

Ud fra analyse og diskussion tyder det på, at det ikke kun er enkelte kontekstuelle faktorer, der må tages i betragtning ved implementering af en sundhedsindsats, men at hele konteksten er vigtig at tage højde for i forsøget på at skabe en langsigtet forandring.

På baggrund af dette speciales analyse og diskussion opstilles følgende vigtige kriterier i forsøget på at skabe en langsigtet forandring af en sundhedsindsats:

- Indsatsen skal tilpasses konteksten og kan ikke overføres direkte fra én kontekst til en anden.
- Ledelsens synlighed og engagement er afgørende for deltagelsen i indsatsen – særligt i implementeringsfasen
- Indsatsen skal gøres til en rutine i arbejdsdagen og denne skal helst inkorporeres i arbejdstiden.
- Skabelsen af sociale relationer via indsatsen kan være vigtige for fastholdelsen af medarbejder.
- Et holistisk syn på sundhed kan være medvirkende til, at diversiteten i sundhedsopfattelser kan rummes i indsatsen.
- Medarbejdernes skal opleve et ægte mål med indsatsen, hvilket kan betyde, at de fastholdes i indsatsen.

Ovenstående kriterier kan bruges til inspiration til arbejdspladser, der ønsker at implementere en sundhedsfremmende indsats med henblik på at skabe en langsigtet forandring. Kriterierne kan danne grundlag for at generere hypoteser, som kan testes i et andet design, hvor det vil være mere sikkert at afgøre evidensen af tiltagene, for eksempel i et randomiseret kontrolleret forsøg.

12 Bibliografi

European Network for Workplace Health Promotion, 2005. *LUXEMBOURG DECLARATION ON WORKPLACE HEALTH PROMOTION*. [Online]

Available at:

http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/free/Luxembourg_Declaration_June2005_final.pdf

[Senest hentet eller vist den 28 April 2015].

A-kasse, 2015. *Lederne a-kasse*. [Online]

Available at: <http://www.akasse.org/lederne-akasse>

[Senest hentet eller vist den 7 April 2015].

Arbejdsmarkeds-Etisk Råd, 2006. *Sundhedsetik på arbejdspladsen*, Fredericia: Arbejdsmarkeds-Etisk Råd.

Arbejdsmiljøinstituttet, 1998. *Luxembourg Deklarationen om Sundhedsfremme på arbejdspladsen*, København: Arbejdsmiljøinstituttet.

Aso, 2015. *Kildens oprindelige navn kan oplyses ved henvendelse til specialegruppen*. s.l.:s.n.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L., 2010. *Kvalitative metoder: en grundbog*. 1 red. København: Hans Reitzels Forlag .

Centers for Disease Control Prevention, 2013. *Workplace Health Promotion*. [Online]

Available at: <http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/businesscase/benefits/>

[Senest hentet eller vist den 19 Marts 2015].

Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S. & Brown, L. M., 2009. Meta-Analysis of Workplace Physical Activity Interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, Issue 4, pp. 330-339.

Divo, 2015. *Kildens oprindelige navn kan oplyses ved henvendelse til specialegruppen*. s.l.:s.n.

Fisher, R. J., 1993. Social Desirability Bias and the Validity of Indirect Questioning. *Journal of Consumer Research*, September, Issue 2, pp. 303-315.

Flyvbjerg, B., 2010. Fem misforståelser om casestudiet. I: S. Brinkmann & L. Tanggaard, red. *Kvalitative metoder: en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Gates, D. M. & Brehm, B. J., 2010. Challenges of a Worksite health Promotion Project. *AAOHN Journal*, pp. 117-122.
- Griffin, B. L., Hall, N. & Watson, N., 2004. Health at work in small and medium sized enterprises. Issues of engagement. *Health Education*, Maj, Issue 2, pp. 126-141.
- Herbert, R., 2008. *Evidensbaseret praksis. 1. udgave..* 1 red. s.l.:Munksgaard Danmark.
- Hutchinson, A. D. & Wilson, C., 2011. Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promotion International*, 6 Juli, Issue 2, pp. 238-249.
- Hutchinson, A. D. & Wilson, C., 2011. Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promotion International*, 6 Juli, pp. 238-249.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J., 2008. *Hvordan organisationer fungerer*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jensen, D. C., Kruse, M. & Sørensen, J., 2010. *Evaluering af motions- og trivselstilbud på arbejdspladsen for medarbejdere i Rengøring & Patientservice på Odense Universitetshospital*, Odense: Syddansk Universitet – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering.
- Jensen, T. K. & Johnson, T. J., 2009. *Sundhedsfremme i teori og praksis*. 2 red. Århus: Philosophia.
- Kash, B. A., Spaulding, A., Johnson, C. E. & Gamm, L., 2014. Success Factors for Strategic Change Initiatives: A Qualitative Study of Healthcare Administrators' Perspectives. *Journal of Healthcare Management*, Januar, Issue 1, pp. 65-81.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A. & Husman, P., 2008. Work Health Promotion, Job Well-Being, and Sickness Absences—A Systematic Review and Meta-Analysis. *American College of Occupational and Environmental Medicine*, Issue 11, pp. 1216-1227.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2008. *Interview*. 2 red. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lavoie-Tremblay, M., 2004. Creating a Healthy Workplace. A Participatory Organizational Intervention. *The Journal of Nursing Administration*, Issue 10, pp. 469-474.

- LeCheminant, J. D. & Merrill, R. M., 2012. Improved Health Behaviors Persist Over Two Years for Employees in a Worksite Wellness Program. *Population Health Management*, Issue 5, pp. 261-266.
- Ledernes Hovedorganisation, 2008. *Sundhedsledelse i holdninger og handlinger*, s.l.: s.n.
- Marshall, A., 2004. Challenges and opportunities for promoting physical activity in the workplace. *Journal of Science and Medicine in Sport*, Issue 1, pp. 60-66.
- McEachan, R. R. C. et al., 2011. Testing a workplace physical activity intervention: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, pp. 1-12.
- Merrill, R. M., Anderson, A. & Thygeson, S. M., 2011. Effectiveness of a Worksite Wellness Program on Health Behaviors and Personal Health. *American College of Occupational and Environmental Medicine*, Issue 9, pp. 1008-1012.
- Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2004. *Sundhedsfremme på arbejdspladsen*, s.l.: Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen.
- Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2005. *Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladsen. Sådan kan kommunen leve op til sit nye myndighedsansvar*, København: Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen.
- Olsen, K. G., Thoft, E., Hasle, P. & Kristensen, T. S., 2008. *Virksomhedens sociale kapital. Hvidbog*, København: Arbejdsmiljørådet.
- Parry, S., Straker, L., Gilson, N. D. & Smith, A. J., 2013. Participatory Workplace Interventions Can Reduce Sedentary Time for Office Workers - A Randomised Controlled Trial. *PLOS ONE*, November, Issue 11, pp. 1-10.
- Person, A. L., Colby, S. E., Bulova, J. A. & Eubanks, J. W., 2010. Barriers to participation in a worksite wellness program. *Nutrition Research and Practice*, Issue 2, pp. 149-154.
- Persson, R. et al., 2013. Why Do People With Suboptimal Health Avoid Health Promotion at Work?. *American Journal Health Behavior*, Issue 1, pp. 43-55.

ProQuest, u.d. *Sociological Abstracts*. [Online]

Available at: <http://www.proquest.com/products-services/socioabs-set-c.html>

[Senest hentet eller vist den 12 Maj 2015].

Racette, S. B. et al., 2009. Worksite Opportunities for Wellness (WOW): Effects on cardiovascular disease risk factors after 1 year. *Preventive Medicine*, Issue 49, pp. 108-114.

Rambøll Management, 2008. *Sundhedsfremme på arbejdspladsen 2007*, København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.

Ramian, K., 2010. *Casestudiet i praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.

Regeringen, 2014. *Sundere liv for alle*, København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

Robroek, S. J., van Lenthe, F. J., van Empelen, P. & Burdorf, A., 2009. Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, pp. 1-12.

Schein, E. H., 1994. *Organisationskultur og ledelse*. 2 red. København: Forlaget Valmuen.

Scheirer, M. A., 2005. Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, Issue 3, pp. 320-347.

Schultz, M., 2014. Organisationskultur. I: *Klassisk og moderne organisationsteori*. s.l.:Hans Reitzels Forlag.

Sund By Netværket, 2012. *Etiske overvejelser*, s.l.: Sund By Netværket.

Sund By Netværket, u.d. *Strategi 2013-2016*. [Online]

Available at: <http://sund-by-net.dk/om-netvaerket/strategi-2013-2016>

[Senest hentet eller vist den 31 Maj 2015].

Sundhedsstyrelsen, 2002. *Konferencemagasin*. [Online]

Available at: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2002/7nordisk/konf_rapp/html3/side7.htm

[Senest hentet eller vist den 1 Maj 2015].

Sundhedsstyrelsen, 2009. *Sundhed og trivsel på arbejdspladsen*, København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen, 2011. *Inspiration til implementering af kommunale indsatser*, København: Sundhedsstyrelsen.

Thorsen, A. V. et al., 2010. Long-term sustainability of a worksite canteen intervention of serving more fruit and vegetables. *Public Health Nutrition*, Issue 10, pp. 1647-1652.

Thybo, P., 2014. *Det Dobbelte KRAM – et salutogent arbejdsgrundlag for temagruppen i Sund By Netværket*, s.l.: Sund By Netværket.

van Scheppingen, A. R. et al., 2014. Motivations for Health and Their Associations With Lifestyles, Work Style, Health, Vitality, and Employee Productivity. *American College of Occupational and Environmental Medicine*, Maj, Issue 5, pp. 540-546.

VIA Bibliotekerne, u.d. *CINAHL Complete*. [Online]
Available at: <https://www.bibliotekerne.via.dk/da/page/cinahl-plus>
[Senest hentet eller vist den 12 Maj 2015].

Videncenter for Arbejdsmiljø, u.d. *Sundhed på arbejdspladsen*. [Online]
Available at: <http://www.arbejdsmiljoviden.dk/Viden-om-arbejdsmiljoe/Sundhedsfremme>
[Senest hentet eller vist den 19 Marts 2015].

Videncenter for Arbejdsmiljø, u.d. *Trivsel*. [Online]
Available at: <http://www.arbejdsmiljoviden.dk/Viden-om-arbejdsmiljoe/Trivsel>
[Senest hentet eller vist den 31 Maj 2015].

Wackerhausen, S., 1994. Et åbent sundhedsbegreb. I: *Sundhedsbegreber - filosofi & praksis*. Aarhus: Philosophia, pp. 43-73.

Wiegman, I.-M. & Petersen, J. V., 2002. *Notat til Center for Sunde Arbejdspladser: Evaluering af Sund Amagerforbrænding. Opsamling på gruppeinterview og evalueringskonference. Maj 2002..* [Online]
Available at: <http://www.casa-analyse.dk/default.asp?Action=Details&Item=508>
[Senest hentet eller vist den 1 Maj 2015].

Wilderom, C. P. M., Ashkanasy, N. M. & Peterson, M. F., 2011. *The Handbook of Organizational Culture and Climate*, s.l.: SAGE Publications.

Yin, R. K., 2014. *Case Study Research*. 5 red. s.l.:SAGE Publications.

Bilag 1 - Interviewguides

Der er udformet fire forskellige interviewguides med udgangspunkt i samme skabelon. Inden for hver af de fire interviews variere spørgsmålene og vægtningen af disse alt efter hvem der interviews, en medarbejder eller initiativtageren til sundhedsindsatsen. Ligeledes vil der være en forskel i spørgsmålene der stilles til henholdsvis Aso og Divo.

Interviewguide til initiativtageren på Aso

Temaer	Interviewspørgsmål
Briefing og præsentation	- Vi kommer fra Folkesundhedsvidenskab i Aalborg og er i gang med vores speciale, der omhandler sundhedsfremme på arbejdspladsen. - I den forbindelse har vi fået lov til at interviewe dig. Hvis du er i tvivl om, hvad jeg mener undervejs, så spørg endelig. - Vil du præsentere dig selv og din rolle i virksomheden?
Værdier - Arbejdsmiljø - Syn på sundhed	- Hvad karakteriserer jer som virksomhed? - Har I nogen værdier i virksomheden I ligger særlig vægt på? - o Hvordan kommer disse til udtryk i jeres hverdag? (Det man kan se og det man oplever) Nu når du arbejder på Aso lyder det til, at der er rimelig stor fokus på sundhed i dagligdagen, så: - Hvordan oplever du din egen sundhed? - o Hvordan vil du beskrive dét at være sund? ▪ Kan du genkende din beskrivelse af at være sund i forhold til den sundhedspolitik som I har i virksomheden? ▪ Hvordan tror du det at være sund opfattes blandt medarbejdere?
Baggrund/Formål - Initiativ - Målsætning - Præsentation	- Hvad var baggrunden for tiltaget? - o Hvem igangsatte tiltaget? (sundhedsambassadør?) - o Hvorfor blev det sat i gang? - Havde I et bestemt mål med tiltaget? - Hvordan blev tiltaget præsenteret for medarbejderne - o Føler du at I gav medarbejderne den nødvendige information for at kunne starte på tilbuddet? - Hvordan blev tiltaget modtaget af medarbejderne? - o Havde medarbejderne en indflydelse på indholdet i tiltaget? Forklar ja/nej (hvorfor/hvorfor ikke)
Organisationskultur - Implementering - Forandringer	- Hvordan blev medarbejdernes sundhed diskuteret og behandlet før tiltaget blev implementeret? - o Hvordan oplevede du medarbejderne i dagligdagen inden tiltaget? ▪ Hvordan oplever du forskellen? ▪ Hvilke forbedringer har tiltaget medført? - Hvordan blev tiltaget en del af dagligdagen på Aso? (Implementeringsprocessen)

	○ Hvordan foregik det? ○ Hvilken betydning fik det for dig i din dagligdag i virksomheden? - Hvordan har I tilpasset sundhedstiltaget til virksomheden? ○ Skulle I regulere noget? ○ Hvilken betydning har de forandringer haft for virksomhedens daglige gang? (strukturen og kulturen?)
Fastholdelse - Motivation - Opbakning Barrierer - Modstand - Forhindringer - Praktiske problemer	- Hvordan oplever du opbakningen fra medarbejderne til tiltaget? ○ Har der været opbakning gennem hele forløbet? ○ Hvad gør I for at opretholde motivationen? ○ Hvad er grunden til, at I bliver ved med at investere tid og ressourcer i tiltaget? ▪ Hvad får I ud af det? - Hvad tænker du, det har af betydning, at I er fælles om at dyrke motion? - Har der været nogen forhindringer undervejs i forhold til fastholdelse af tiltaget? Hvilke? ○ Modstand fra medarbejderne? ○ Modstand fra bestyrelsen? ○ Praktiske problemer? - Hvad har I gjort for at overkomme forhindringerne?
Oplevelse af indsatsen - (U)tilsigtede konsekvenser	- Hvordan vil I vurdere indsatsen som helhed? ○ Hvordan har implementeringen påvirket resten af organisationen? (Kan det mærkes på medarbejderne?) ○ Har I opnået de mål, I satte ved indførelsen af indsatsen? ○ Hvordan har I målt dette? - Har I opnået nogen positive resultater, som I ikke forventede? Hvilke? - Har I oplevet nogen konsekvenser, som I ikke forventede? Hvilke? - Har I oplevet nogen negative konsekvenser, som I forventede? Hvilke? - Har du en fornemmelse af, at nogen medarbejdere har følt sig presset til at deltage i den daglige motion? ○ Hvis ja, hvordan har I håndteret det? - Hvorfor tror du, at I er lykkedes så godt med jeres tiltag i forhold til de mange virksomheder, som også har forsøgt sig med sundhedstiltag, men uden samme succes? - Ville du have gjort noget anderledes, hvis du skulle starte tiltaget på ny i en anden virksomhed? - Hvad tror du, der ville ske, hvis tiltaget stoppede? ○ Medarbejdernes reaktion? ○ Effektivitet, produktion? - Hvad er din holdning til, at arbejdspladser iværksætter aktiviteter, der har til formål at fremme medarbejdernes sundhed?
Supplerende spørgsmål fra assistent	- - -
Debriefing	- Er der noget, du synes er vigtigt at få med, som jeg ikke har spurgt om? - Tak for interviewet, det har været spændende og lærerigt. ○ Mulighed for kontakt senere i forhold til mulige afklarende spørgsmål vedrørende interviewet

Interviewguide til medarbejdere på Aso

Temaer	Interviewspørgsmål
Briefing og præsentation	- Vi kommer fra Folkesundhedsvidenskab i Aalborg og er i gang med vores speciale, der omhandler sundhedsfremme på arbejdspladsen. - I den forbindelse har vi fået lov til at interviewe dig. Hvis du er i tvivl om, hvad jeg mener undervejs, så spørg endelig. - Vil du præsentere dig selv og din rolle i virksomheden.?
Værdier - Arbejdsmiljø - Syn på sundhed	- Hvad udgør en god arbejdsplads for dig? - o Hvordan vil du beskrive at det kommer til udtryk på Aso? - o Hvad har betydning for dig i din dagligdag på Aso? Nu når du arbejder på Aso lyder det til, at der er rimelig stor fokus på sundhed i dagligdagen, så: - Hvordan vil du beskrive dét at være sund? - o Hvordan oplever du din egen sundhed? ▪ Kan du genkende din beskrivelse af at være sund i forhold til den sundhedspolitik som ledelsen har fremført? ▪ Hvordan tror du det at være sund opfattes blandt kollegaer?
Baggrund/Formål - Initiativ - Målsætning - Præsentation	- Hvad tror du baggrunden for sundhedstiltaget var? - o Synes du, at der var et behov for tiltaget? - o Havde du og dine kollegaer en indflydelse på indholdet i tiltaget? Forklar ja/nej (hvorfor/hvorfor ikke) - Hvordan blev tiltaget præsenteret for dig og dine kollegaer? - o Vægtning, formål, salgstale. - Hvordan tog du imod tiltaget? - o Hvordan oplevede du, at dine kollegaer tog imod tiltaget? - o Følte du, at du fik den nødvendige vejledning til at kunne starte på tiltaget? ▪ Opsøger du selv informationer om vejledning til at kunne deltage i tilbuddet?
Organisationskultur - Implementering - Forandringer	- Var sundhed en væsentlig faktor hos Aso før tilbuddet blev implementeret? - o Hvordan oplevede du dine kollegaer inden tiltaget? ▪ Hvordan oplever du forskellen? ▪ Hvilke forbedringer har tiltaget medført? - Hvordan blev tiltaget en del af dagligdagen på Aso? (Implementeringsprocessen) - o Hvordan foregik det? - o Hvilken betydning havde det for dig? ▪ Kan du give et eksempel? - Hvordan har tiltaget påvirket din hverdag på Aso? - o Hvordan oplever du: ▪ Fællesskabet/sammenholdet? ▪ Stemningen blandt kollegaerne? ▪ Lysten til at gå på arbejde?

	▪ Overskuddet i forhold til arbejdsopgaver? ▪ Forholdet til sundhed? ▪ Forholdet til ledelsen?
Barrierer - Opbakning - Modstand Fastholdelse - Motivation	- Hvordan oplever du opbakningen til tiltaget? ○ Har der været opbakning gennem hele forløbet? ○ Har du på noget tidspunkt haft svært ved at opretholde motivationen? ▪ Hvad gør du for at opretholde motivationen? ▪ Hvilken betydning har kollegaerne? ▪ Hvordan mener du, at ledelsen støtter jer? ○ Hvad er grunden til, at du deltager? ▪ Hvad får du ud af det? Giv et eksempel. - Hvad tænker du, det har af betydning, at I er fælles om at dyrke motion? - Hvordan er jeres forhold til hinanden uden for arbejdspladsen? - Har der været nogen forhindringer eller modstand undervejs i forhold til fastholdelse af tiltaget? Hvilke? - Er der blevet gjort noget for at overkomme forhindringerne?
Oplevelse af indsatsen - (U)tilsigtede konsekvenser	- Hvordan vil du vurdere indsatsen som helhed? ○ Hvordan føler du, at tiltaget har påvirket/påvirker arbejdspladsen som helhed? ○ Har du haft nogen mål i forhold til deltagelse i tiltaget? ▪ Har du indfriet disse mål? Hvordan? - Har du opnået nogen positive resultater, som du ikke forventede? Hvilke? - Har du så også oplevet nogen utilsigtede/negative konsekvenser, som du ikke regnede med? Hvilke? - Har du en fornemmelse af, at nogle af dine kollegaer har følt sig presset til at deltage i den daglige motion? Eller har du selv? ○ Hvis ja, hvordan er det blevet håndteret? Hvem har håndteret det? - Hvorfor tror du, at Aso er lykkedes så godt med tiltaget i forhold til de mange virksomheder, som også har forsøgt sig med sundhedstiltag, men uden samme succes? - Hvad er din holdning til, at arbejdspladsen iværksætter aktiviteter, der har til formål at fremme medarbejdernes sundhed?
Supplerende spørgsmål fra assistent	- - -
Debriefing	- Er der noget, du synes er vigtigt at få med, som jeg ikke har spurgt om? - Tak for interviewet, det har været spændende og lærerigt. - Mulighed for kontakt senere i forhold til mulige afklarende spørgsmål vedrørende interviewet

Interviewguide til initiativtageren på Divo

Temaer	Interviewspørgsmål
Briefing og præsentation	- Vi kommer fra Folkesundhedsvidenskab i Aalborg og er i gang med vores speciale, der omhandler sundhedsfremme på arbejdspladsen. - I den forbindelse har vi fået lov til at interviewe dig. Hvis du er i tvivl om, hvad jeg mener undervejs, så spørg endelig. - Vil du præsentere dig selv og din rolle i virksomheden? - o Vil du overordnet beskrive virksomheden, herunder hvad I laver, og hvor mange ansatte I er? - o Hvordan er jeres virksomheds struktur opbygget? (niveauer (flad/spids), placering af de forskellige afdelinger/opdeling)
Værdier - Arbejdsmiljø - Syn på sundhed	- Hvad karakteriserer jer som virksomhed? - Har I nogen værdier i virksomheden I ligger særlig vægt på? - o Hvordan kommer disse til udtryk i jeres hverdag? (Det man kan se og det man oplever) Nu kan vi forstå, at I har haft fokus på forskellige sundhedstilbud i virksomheden så: - Hvordan vil du beskrive dét at være sund? - o Hvordan oplever du din egen sundhed? ▪ Kan du genkende din beskrivelse af at være sund i forhold til den sundhedspolitik som I har i virksomheden? ▪ Hvordan tror du dét at være sund opfattes blandt medarbejdere? • Er der en forskel på sundhedsopfattelserne blandt mændene og kvinderne? (hvordan)
Baggrund/Formål - Initiativ - Målsætning - Præsentation	- Hvad har I lavet af sundhedstilbud? - o Hvornår startede I med tilbuddene, og kom de alle sammen på en gang? - Hvad var baggrunden for tilbuddene? - o Hvem igangsatte tilbuddene? (Sundhedsambassadør, ledelse?) - o Hvorfor blev det sat i gang? - Havde I et bestemt mål med tilbuddene? - Hvordan blev tilbuddene præsenteret for medarbejderne? (Mail, møde) - o Føler du, at I gav medarbejderne den nødvendige information for at kunne starte på tilbuddet? - Hvordan blev tilbuddene modtaget af medarbejderne? - o Havde medarbejderne en indflydelse på indholdet i tilbuddene? Forklar ja/nej (hvorfor/hvorfor ikke) I den mail du sendte til os, var der informationer om et nyt tilbud med 10 minutters motion i arbejdstiden; - o Hvor kommer inspirationen til det fra? ▪ Hvad var medarbejdernes reaktion til tilbuddet? ▪ Hvordan vil du vurdere tilbuddet indtil nu sammenlignet

	- med de andre tilbud? ▪ Hvad tænker du effekten af det nye tilbud er i forhold til at medarbejderne er aktive i 10 minutter? ▪ Hvorfor valgte I lige netop 10 minutter? (økonomisk fordel/ulempe)
Organisationskultur - Implementering - Forandringer	- Hvordan blev medarbejdernes sundhed diskuteret og behandlet før tilbuddene? - o Hvordan oplevede du medarbejderne i dagligdagen inden tilbuddene? ▪ Hvordan oplever du forskellen? ▪ Hvilke forbedringer har tiltaget medført? - Hvad er holdningen fra både ledelsen og medarbejderne til tilbuddene? - o Stemmer disse overens? - Hvordan blev tilbuddene en del af dagligdagen på Divo? (Implementeringsprocessen) - Hvordan har I tilpasset sundhedstiltaget til virksomheden? - o Skulle I regulere noget? - o Hvilken betydning har de forandringer haft for virksomhedens daglige gang? (strukturen og kulturen?)
Fastholdelse - Motivation - Opbakning Barrierer - Modstand - Forhindringer - Praktiske problemer	- Hvordan oplever du opbakningen fra medarbejderne til tilbuddet? - o Har der været opbakning gennem hele forløbet? - o Har der været en forskel i kønnes opbakning? - o Hvilket tilbud har størst opbakning/succes? - o Hvad er grunden til, at I bliver ved med at investere tid og ressourcer i tilbuddene? ▪ Hvad får I ud af det? - Oplever du at kollegaerne er fælles om at deltage i tilbuddene? - o Hvad tænker du, det har af betydning? - Har der været nogen forhindringer undervejs i forhold til fastholdelse af tiltaget? Hvilke? - o Modstand fra medarbejderne? - o Modstand fra ledelsen? - o Praktiske problemer? - Hvad har I gjort for at overkomme forhindringerne?
Oplevelse af indsatsen - (U)tilsigtede konsekvenser	- Hvordan vil du vurdere tilbuddene som helhed? - o Har det haft en påvirkning på virksomheden (sygefravær, produktivitet, trivsel, generelt arbejdsmiljø)? - o Har I opnået de mål, I satte ved implementeringen af indsatsen? - Har I opnået nogen positive resultater, som I ikke forventede? Hvilke? - Har I oplevet nogen konsekvenser, som I ikke forventede? Hvilke? - Har I oplevet nogen negative konsekvenser, som I forventede? Hvilke? - Ville du have gjort noget anderledes, hvis du skulle starte tiltaget på ny i en anden virksomhed? - Hvad er din holdning til, at arbejdspladser iværksætter aktiviteter, der har til formål at fremme medarbejdernes sundhed?
Supplerende spørgsmål fra assistent	- - -
Debriefing	- Er der noget, du synes er vigtigt at få med, som jeg ikke har spurgt om? - Tak for interviewet, det har været spændende og lærerigt. - o Mulighed for kontakt senere i forhold til mulige afklarende spørgsmål vedrørende interviewet

Interviewguide til medarbejdere på Divo

Temaer	Interviewspørgsmål
Briefing og præsentation	- Vi kommer fra Folkesundhedsvidenskab i Aalborg og er i gang med vores speciale, der omhandler sundhedsfremme på arbejdspladsen. - I den forbindelse har vi fået lov til at interviewe dig. Hvis du er i tvivl om, hvad jeg mener undervejs, så spørg endelig. - Vil du præsentere dig selv og din rolle i virksomheden?
Værdier - Arbejdsmiljø - Syn på sundhed	- Hvad udgør en god arbejdsplads for dig? - o Hvordan vil du beskrive at det kommer til udtryk på Divo? - o Hvad har betydning for dig i din dagligdag på Divo? Nu kan vi forstå, at I har haft fokus på forskellige sundhedstilbud i virksomheden så: - Hvordan vil du beskrive dét at være sund? - o Hvordan oplever du din egen sundhed? ▪ Kan du genkende din beskrivelse af at være sund i forhold til hvordan sundhed opfattes på Divo? ▪ Hvordan tror du det at være sund opfattes blandt kollegaer?
Baggrund/Formål - Initiativ - Målsætning - Præsentation	- Hvad bestod sundhedstilbuddene af? - Hvad tror du baggrunden for sundhedstilbuddene var? - o Synes du, at der var et behov for tilbuddene? - o Havde du og dine kollegaer en indflydelse på indholdet i tilbuddene? Forklar ja/nej (hvorfor/hvorfor ikke) - Hvordan blev tilbuddene præsenteret for dig og dine kollegaer? - o Hvad synes du om den måde at kommunikere det på? Hvorfor? - Hvordan tog du imod tilbuddene og hvad deltager du i? - o Hvordan oplevede du, at dine kollegaer tog imod tilbuddene? - o Følte du, at du fik den nødvendige vejledning til at kunne starte på tilbuddene? ▪ Opsøger du selv informationer om vejledning til at kunne deltage i tilbuddet?
Organisationskultur - Implementering - Forandringer	- Var sundhed noget der blev diskuteret eller spillede en rolle i virksomheden før tilbuddet blev implementeret? - o Hvordan oplevede du dine kollegaer inden tilbuddet? ▪ Hvordan oplever du forskellen? ▪ Hvilke forbedringer har tilbuddet medført? - Hvad er holdningen fra både ledelsen og medarbejderne til tilbuddene? - o Stemmer disse overens? - Har tilbuddene påvirket din hverdag på Divo? Hvordan? - o Hvordan oplever du: ▪ Fællesskabet/sammenholdet? ▪ Stemningen blandt kollegaerne? ▪ Lysten til at gå på arbejde? ▪ Overskuddet i forhold til arbejdsopgaver? ▪ Forholdet til sundhed? ▪ Forholdet til ledelsen?

Barrierer - Opbakning - Modstand Fastholdelse - Motivation	- Hvordan oplever du opbakningen til tilbuddene? - o Har der været opbakning gennem hele forløbet? ▪ Hvilken betydning har kollegaerne? ▪ Hvordan mener du, at ledelsen støtter jer? - o Har der været en forskel i kønnes opbakning? - o Hvilket tilbud har størst opbakning/succes? - o Hvad er grunden til, at du deltager? ▪ Hvad får du ud af det? Giv et eksempel. ▪ Ved du hvad grunden er til, at der er nogen, der ikke deltager? - Er dig og dine kollegaer fælles om at deltage i tilbuddene? - o Hvad tænker du, det har af betydning? - Hvordan er jeres forhold til hinanden uden for arbejdspladsen? - Har der været nogen forhindringer eller modstand undervejs i forhold til fastholdelse af tilbuddene? Hvilke? - Er der blevet gjort noget for at overkomme forhindringerne?
Oplevelse af indsatsen - (U)tilsigtede konsekvenser	- Hvordan vil du vurdere tilbuddene som helhed? - o Hvordan føler du, at tilbuddene har påvirket/påvirker arbejdspladsen som helhed? - Har du opnået nogen positive resultater, som du ikke forventede? Hvilke? - Har du så også oplevet nogen utilsigtede/negative konsekvenser, som du ikke regnede med? Hvilke? - Har du en fornemmelse af, at nogle af dine kollegaer har følt sig presset til at deltage i tilbuddene? Eller har du selv? - o Hvis ja, hvordan er det blevet håndteret? Hvem har håndteret det? - Hvis du skulle foreslå nogen forbedringer til tilbuddet, hvordan ville de så se ud? Vi har modtaget en mail med nogle informationer om et nyt tilbud med 10 minutters motion i arbejdstiden; - o Hvad er din holdning til det? (betaling for de 5 min) - o Hvis det var muligt at være aktiv i mere end 10 min i løbet af arbejdsdagen, ville du så selv betale for det? (eksempelvis 30 min) - Hvad er din holdning til, at arbejdspladsen iværksætter aktiviteter, der har til formål at fremme medarbejdernes sundhed?
Supplerende spørgsmål fra assistent	- - -
Debriefing	- Er der noget, du synes er vigtigt at få med, som jeg ikke har spurgt om? - Tak for interviewet, det har været spændende og lærerigt. - Mulighed for kontakt senere i forhold til mulige afklarende spørgsmål vedrørende interviewet

Bilag 2 – Meningskodensering

	Meningskodensering	Udvalgte citater
Organisationskultur	Udstyr blev betalt og var derfor ingen hindring. AXA er blevet kendt på deres motionstiltag – blevet en del af AXA's DNA. Den indledende undersøgelse af hvad der virker og ikke virker er afgørende for succesen af indsatsen.	”Så var vi ikke lige pludselig AXA power der lavede strømforsyninger, nu er vi dem der løber hele tiden.” ” Så det eneste der er kriterier for at det her bliver en succes, det er, at man skal stille tiden og goodwill til rådighed for medarbejderne. Det er jeg ret overbevist om.” ”Det at ændre på folks vaner det er jo en barsk opgave.”
Ledelse	Baggrunden for tiltaget var en engageret direktør samt en fitnessbølge med motion på arbejdspladsen. Ledelsen forsøger at motivere til sundhed gennem foredrag.	”Det bliver os ikke pålagt, vi bliver ikke opfordret til, vi bliver bare inspireret til at dyrke mere motion.”
Kommunikation og dialog	Alle har indflydelse på tiltaget.	”der er kun et kriterie ved den her motionsordning, arg eller to, det er at det skal være en eller anden motionsform og man må ikke gøre det alene.”
Sociale relationer	Motion er med til at bløde op i både de faglige og sociale skel på arbejdspladsen, og samtidig gør det at man tør henvende sig til andre medarbejdere i forbindelse med arbejdet.	”Og så ser man sig nøgen og går i bad sammen og så noget, og så er alle lige.”

	Det kollegiale pres er en motivationsfaktor for at være aktiv.	”Hvis kollegaerne rejser og siger: ”Nå, nu skal vi ud og løbe”. Så overvinder det klart min dovenskab” <u>og</u> ”men jeg er bevidst om, at hvis alle andre i afdelingen blev siddende, så vil jeg også have større tendens til at blive siddende.”
Beskrivelse af sundhed	Sundhed handler for ham om motion, kost og psykisk sundhed. Hans beskrivelse af sundhed passer i forhold til kost og motion godt ind i AXA’s sundhedspolitik. Sundhed fyldte ikke ekstraordinært meget inden tiltaget.	”Uden de tre ting, altså motion, kost og det psykiske, synes jeg ikke, at man er sund.” ”I hvert fald kost og motion og at de ikke bedrager negativt til det psykologiske og det gør de ikke, tværtimod har jeg da nogle fornuftige kollegaer som jeg har det godt med på alle mulige måder.”
Informantens holdning/værdier	En god arbejdsplads er et sted med et godt arbejdsmiljø, hvor man har lyst til at komme. Han tillægger det stor værdi at kunne klare motionen på arbejdspladsen. Han ville selv gerne betale for motionen, så længe det ligger i arbejdstiden – dog ville han ikke løbe hver dag.	”Hvis jeg nu fik løn for syv en halv time arbejdsdag i stedet for en otte timers arbejdsdag. Så ja, helt klart!” <u>og</u> ”men havde du spurgt mig fra starten, så er jeg helt sikker på at jeg havde sagt nej”
Struktur (org. opbygning)	Flad struktur, hvor der ikke er en chef, der kontrollerer alt.	”hele organisations strukturen er meget flad”
Effekt af tiltaget	Tiltaget er alment sundhedsfremmende – sekundære gevinster i form af sociale relationer. Han mener det giver klarhed i hovedet at komme ud og	”hvis jeg sammenligner en otte timers arbejdsdag, hvor man ikke dyrker

	motionere.	motion, men syv en halv times arbejdsdag, hvor jeg dyrker motion, så kan jeg nå det samme, så man kan sige, at det her motion koster ikke noget.”
Barrierer/opbakning		
Etiske aspekt	Han er stor tilhænger af en positiv politik. (sammenligner med rygepolitik osv.) Sundhed er ikke firmaets ansvar, men en klar styrke.	”Firmaet har alle mulige politikker. Men det er alt sammen omkring noget negativt og noget man ikke må, her er det en politik omkring noget man gerne må, som man synes er positivt. Jeg synes det er alle tiders”
Erfaringer/forslag til forbedring	Tror ikke det er en økonomisk byrde for firmaet.	<u>Om indsatsen:</u> ”Den er positiv, grænsende mod genial”

Bilag 3 – Litteratursøgning

I dette bilag beskrives supplerende oplysninger til specialets litteratursøgninger i forhold til at øge gennemsigtigheden i søgningen inden for de respektive databaser. Litteratursøgning er lavet med det formål at kunne hjælpe med at besvare specialet problemformulering, som lyder:

Hvilken betydning har konteksten for implementeringen af sundhedsindsatser i virksomheder, der har til hensigt at skabe en langsigtet forandring?

Bloksøgning i valgte databaser

Litteratursøgning nummer to består af fire overordnet blokke: Sundhedsindsats, arbejdsplads, langtidseffekt og motivation eller organisationskultur. I nedenstående tabel illustreres, hvordan nummer to søgestrategi er blevet udført i de forskellige databaser, hvor de boolske operatorer AND og OR indikerer adskillelsen af søgetermerne. Stjerne (*) efter søgeordet indikerer, at søgeordet er en thesaurus-term, hvilket gør det muligt at søge på indekserede termer. Til sidst benyttes (") til at indikere, hvilke ord der hører sammen, hvis søgeordet nu er to delt.

AND				
OR	Sundhedsindsats	Arbejdsplads	Langtidseffekt	Motivation eller Organisationskultur
	PubMed <u>Søgeord/term:</u> "Health Promotion"* "Health Plan Implementation"*	PubMed <u>Søgeord/term:</u> Work* Workplace* Small Business*	PubMed <u>Søgeord/term:</u> Time*	PubMed <u>Søgeord/term:</u> Motivation* "Organizational Culture"*
	CINAHL <u>Søgeord/term:</u> "Health Promotion"*	CINAHL <u>Søgeord/term:</u> "Work Environment"*	CINAHL <u>Søgeord/term:</u> Time*	CINAHL <u>Søgeord/term:</u> Motivation* "Organizational Culture"*
	Sociological Abstracts <u>Søgeord/term:</u> "Health Research"* "Health Education"* "Health Behavior"*	Sociological Abstracts <u>Søgeord/term:</u> Work* Workplaces* "Work Environment"*	Sociological Abstracts <u>Søgeord/term:</u> Time*	Sociological Abstracts <u>Søgeord/term:</u> Motivation* "Organizational Culture"*

	Psychinfo Søgeord/term: "Health Promotion"	Psychinfo Søgeord/term: "Working Conditions"	Psychinfo Søgeord/term:	Psychinfo Søgeord/term: Motivation
--	--	---	--	--

Som det fremgår af tabellen er databaserne PubMed, CINAHL, Sociological Abstracts og PsycInfo valgt, hvilke i det følgende vil blive beskrevet:

PubMed

Databasen indeholder mere end 20 millioner referencer om biomedicinske emner og dertilhørende fag. Referencerne refererer til internationale tidsskrifter, databasen Medline og databasen Embase, og e-bøger. (Herbert, 2008)

PsycInfo

Denne database dækker over videnskabelig litteratur i de psykologiske, sociale, adfærdsmæssige og sundhedsvidenskaber. Databasen indeholder tidsskrifter, bøger, anmeldelser og afhandlinger. (Herbert, 2008)

Sociological Abstracts

Denne database indekserer international litteratur inden for sociologi samt social- og adfærdsvidenskab. (ProQuest, u.d.)

CINAHL

Databasen indeholder flere end 4 millioner evidensbaserede poster omhandlende sundhedsfaglig information og henvender sig derfor til sundhedsprofessionelle. (VIA Bibliotekerne, u.d.).

Søgehistorie

I nedenstående skema fremgår de specifikke søgehistorier og hits fra de respektive databaser.

Database	Hits	Specifik søgning
Pubmed	4	(((((("Motivation"[Mesh]) OR "Organizational Culture"[Mesh])) AND "Time"[Mesh]) AND (("Health Plan Implementation"[Mesh]) OR "Health Promotion"[Mesh])) AND (((("Small Business"[Mesh]) OR "Work"[Mesh]) OR "Workplace"[Mesh]))
CINAHL	0	((MH"Work Enviroment") AND (MH"Health Promotion") AND (MH"Time) AND ((MH"Motivation") OR (MH"Organizational Culture")))
Sociological Abstracts	23	((SU.EXACT("Work Environment") OR SU.EXACT("Work") OR SU.EXACT("Workplaces")) AND (SU.EXACT("Health Research") OR SU.EXACT("Health Education") OR SU.EXACT("Health Behavior"))) AND SU.EXACT("Organizational Culture")) OR (SU.EXACT("Motivation") AND SU.EXACT("Time"))
PsychInfo	4	((Index Terms:(“Working Conditions”))) AND ((Index Terms:(“Health Promotion”))) AND ((Index Terms:(“Motivation”)))

Afgrænsning

Med henblik på at afgrænse og finde de relevante artikler for specialets emne, er der blevet opstillet inklusions- og eksklusionskriterier. Disse vil blive uddybet i det følgende:

Inklusionskriterier

- Engelsk- eller nordisksproget litteratur
- Omhandle sundhedsindsatser inden for en virksomhed eller organisation
- Studiet skal være foretaget i et land, der er sammenligneligt med Danmark og den danske kultur

Eksklusionskriterier

- Studier med andet primærfokus end sundhedsindsatser

Dato og identifikation

Litteratursøgningerne blev udført i perioden 2. februar til 1. juni 2015.

Søgningerne blev udført af:

Christina Haslund Jungersen, Folkesundhedsvidenkab, AAU

Lene Møller Christensen, Folkesundhedsvidenkab, AAU

Kristian Buhl, Folkesundhedsvidenkab, AAU