

Aalborg Universitet
Skolen for Medicin og Sundhed
Folkesundhedsvidenskab
Kandidat, 4. semester

15gr1054

Christine Lund Broe

Mathias Risgaard Jensen

Vejleder: Henrik Vardinghus-Nielsen

Kandidatspeciale

Sundhedsrådgivning til virksomheder

Forandring af forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladsen i et didaktisk og organisationsteoretisk perspektiv

Antal anslag: 209.976

Forord

Dette speciale er udarbejdet i perioden fra den 02/02-2015 til den 01/06-2015 af projektgruppe 15gr1054 på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aalborg Universitet.

Specialets rammer er forandring af en forebyggelses- eller sundhedsfremmeindsats på baggrund af et dokumenteret beslutningsgrundlag. Med afsæt i disse rammer identificeres et folkesundhedsvidenskabeligt problemfelt med begrundet behov for ændringer. Problemfeltet omhandler forebyggelse af social ulighed i sundhed på arbejdspladsen med fokus på en konkret, kommunal indsats med sundhedsrådgivning på arbejdspladsen, der udbydes af Sundhedscenter Aalborg.

Specialet er henvendt til sundhedsprofessionelle og andre aktører, der arbejder med forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag på arbejdspladsen.

Der rettes stor tak til projektgruppens samarbejdspartnere. Herunder rettes en særlig tak til Jannie Claudius Jakobsen og Inger Kjelgaard fra Aalborg Kommune, der har muliggjort kontakt til Virksomhed X. Der rettes ligeledes tak til Virksomhed X og dens medarbejdere for at deltage i specialets undersøgelse.

Specialets indhold er frit tilgængeligt, men offentliggørelse må kun ske med kildeangivelse og efter aftale med forfatterne.

Resume

Introduktion: Effekten af sundhedsrådgivende forebyggelsestiltag mod social ulighed i sundhed er begrænset. Et forebyggelsestiltag, der adskiller sig fra den traditionelle sundhedsrådgivning i sundhedscentre ved at være målrettet virksomheder frem for individer, udbydes af Sundhedscenter Aalborg. Sundhedscenter Aalborgs indsats foregår i et samspil mellem aktører med forskellige interesser, hvilket kan begrænse arbejdspladsens potentiale som sundhedsarena. Dette rejste et spørgsmål om, hvordan sundhedstiltag kunne indføres i en arbejdsrelateret kontekst i et samspil mellem aktørerne, således at indsatsen påvirkede medarbejdere og disses sundhedsadfærd, hvorved Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse om at bedrive sundhed kunne styrkes.

Formål: Formålet med specialet var at undersøge, hvordan påvirkningen af medarbejdere i Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder kunne forandres, således at Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse blev styrket.

Metode: Undersøgelsen blev designet som et kvalitativt enkeltcasestudie med en virksomhed, der havde modtaget sundhedsrådgivning som led i Sundhedscenter Aalborgs indsats. Der blev foretaget semistrukturerede interviews med tre medarbejdere og en beslutningstager fra den pågældende virksomhed. Resultaterne heraf blev analyseret i et didaktisk og organisationsteoretisk perspektiv og den eksterne validitet heraf blev diskuteret med udgangspunkt i resultater fra en systematisk litteratursøgning.

Resultater: Gennem undersøgelsesresultaterne opnåedes en didaktisk og organisatorisk forståelse af, hvordan Sundhedscenter Aalborgs indsats påvirkede medarbejderne på virksomheden. Indsatsens didaktiske og organisatoriske forhold medførte en række drivkræfter og barrierer for påvirkningen af virksomhedens medarbejdere og disses sundhedsadfærd og deraf Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse. På baggrund af disse drivkræfter og barrierer blev der opstillet forandringsforslag med henblik på at styrke Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og påvirkning af medarbejdere og disses sundhedsadfærd.

Konklusion: For at påvirke medarbejdere og disses sundhedsadfærd og styrke Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse kunne indsatsen forandres ved at implementere en tovholderfunktion, bruge arbejdstiden og arbejdspladsen som ramme, vægte fællesskab højt og udforme individuelle og fælles målsætninger for medarbejderne. Fremtidig forskning på området i kvalitativ og kvantitativ form er nødvendig.

Abstract

Introduction: The effects of Health and Counselling Services to reduce social inequalities in health are limited. Health Aalborg offers an intervention that differs from traditional Health and Counselling Services in terms of being targeted at companies rather than individuals. This intervention is carried out in cooperation between participants with different interests. The diverse interests can limit the potential of framing interventions at the workplace. This raised a question regarding how interventions could be implemented at the workplace so that they influenced employees and their health behaviour so that the function of Health Aalborg became strengthened.

Objective: The purpose of the study was to examine how the influence of the intervention by Health Aalborg on employees could be changed so that the function of Health Aalborg became strengthened.

Methods: The study was designed as a qualitative single-case study with a company, who had received health counselling as part of the intervention by Health Aalborg. Semi-structured interviews with three employees and a decision-maker from this company were conducted. The results of these interviews were analysed through the lens of a didactic and organisational theoretical perspective and their external validity was discussed based on results from a systematic literature search.

Results: A didactic and organisational understanding of the intervention's influence on the employees was achieved. The didactic and organisational conditions of the intervention led to motivational factors and barriers to influence the employees and their health behavior and thus the function of Health Aalborg. On the basis of the found motivational factors and barriers and in order to strengthen the function of Health Aalborg, change proposals were made.

Conclusion: In order to influence employees and their health behavior and thereby strengthen the function of Health Aalborg, the intervention could be changed by implementing the function of a coordinator, using the working hours and workplace to frame it, attaching importance to a sense of community, and establishing individual and common objectives regarding the health behavior of the employees. Further qualitative and quantitative studies are needed.

Indholdsfortegnelse

Forord	1
Resume	2
Abstract	3
1. Initierende problem	6
2. Problemanalyse.....	8
2. 1. Sundhedsrådgivning til virksomheder i Aalborg Kommune	8
2. 1. 1. Indsatsens tosidede formål og modstridende positioneringer	8
2. 1. 2. Om indsatsen og forholdet mellem Sundhedscenter Aalborg og den enkelte virksomhed.....	9
2. 2. Arbejdspladsen som sundhedsarena.....	12
2. 2. 1. Forebyggelse af social ulighed i sundhed på arbejdspladsen	12
2. 2. 2. Potentialet i at benytte arbejdspladsen som sundhedsarena	14
3. Problemafgrensning.....	22
4. Problemformulering.....	23
5. Videnskabsteoretisk grundlag	24
6. Teori.....	26
6. 1. Didaktik.....	26
6. 1. 1. Jank og Meyers ni didaktiske spørgsmål	26
6. 2. Organisationsteori.....	31
6.2.1. Rollebegrebet.....	32
7. Metode	34
7. 1. Metodiske forskningstyper	34
7. 2. Undersøgelsesdesign.....	34
7. 2. 1. Et casestudie.....	34
7. 3. Anvendte metoder	37
7. 3. 1. Interviewundersøgelse	38
7. 3. 2. Litteraturstudie	46
8. Resultater.....	48
8. 1. Interviewundersøgelse.....	48
8. 2. Systematisk litteratursøgning	48
9. Diskussion og analyse.....	54
9. 1. Diskussion af metode	54
9.1.1. Valg af case	54

9.1.2. Interviewundersøgelse	55
9.1.3. Systematisk litteratursøgning.....	56
9. 2. Analyse af resultater og diskussion af ekstern validitet.....	57
9.2.1. Hvem skal lære?	58
9.2.2. Hvad skal læres?	62
9.2.3. Af hvem skal læres?	63
9.2.4. Hvornår og hvor skal der læres?	69
9.2.5. Med hvem skal læres?.....	74
9.2.6. Hvordan og ved hjælp af hvad skal der læres?.....	77
9.2.7. Hvorfor skal der læres?	80
10. Konklusion.....	83
11. Perspektivering	85
12. Litteraturliste	86
13. Bilag.....	91

1. Initierende problem

Folkesundheden udfordres af en række livsstilsbetingende faktorer, der øger risikoen for sygelighed og dødelighed (Christensen et al., 2014; Juel, 2011), hvilket betragtes som en problematik for danskernes middellevetid (Juel, 2011). Sundhedsrisikofaktorerne relaterer sig hovedsagligt til usund kost, rygning, alkohol og fysisk inaktivitet (Christensen et al., 2014; Juel, 2011), der under en samlebetegnelse kan omtales som KRAM-faktorer (Christensen et al., 2009). Tilstedeværelsen af en enkelt risikofaktor såvel som flere risikofaktorer har konsekvenser for sundheden (Christensen et al., 2014). Dette kommer til udtryk ved, at dødeligheden øges betydeligt ved tilstedeværelse af flere samtidige risikofaktorer (Loef & Walach, 2012; van Dam et al., 2008). En sådan ophobning af sundhedsrisikofaktorer og dermed en øget sygelighed og dødelighed forekommer i højere grad blandt socialt lavere stillede samfundsgrupper end blandt socialt højere stillede samfundsgrupper. (Christensen et al., 2014; Diderichsen, 2011; Juel, 2011). Denne tendens er resultatet af social ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2013). Den sociale ulighed i sundhed viser sig eksempelvis i relation til KRAM-faktorerne, hvor der forekommer en forskel mellem det laveste og højeste uddannelsesniveau. I 2013 var der 26,2 procent dagligrygere blandt borgere med grundskole som højst gennemførte uddannelse mod 7,1 procent blandt borgere med lang videregående uddannelse, hvilket svarede til en forskel på 19,1 procentpoint mellem det laveste og højeste uddannelsesniveau. (Christensen et al., 2014)

Danskernes middellevetid har i mange år været et vigtigt sundhedspolitisk emne (Juel, 2011), og i dag fokuseres der fortsat på de konsekvenser, som de omtalte sundhedsrisikofaktorer og den sociale ulighed i sundhed har for befolkningen. Dette kommer blandt andet til udtryk i Regeringens nyligt publicerede nationale mål for danskernes sundhed, der danner rammen om folkesundhedsarbejdet i Danmark de næste ti år. På trods af fokus på området og eksisterende forebyggelsestiltag, er der gennem de seneste 25 år sket en stigning i den sociale ulighed i sundhed. (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014) Der kan således stilles spørgsmålstegn ved effekten af disse forebyggelsestiltag. En mulig forklaring på de begrænsede effekter forbundet med forebyggelsestiltag relaterer sig til tiltagens udformning, der ofte tager form som informationskampagner og individuel sundhedsrådgivning i sundhedscentre. Med sådanne tiltag er det vanskeligt at ramme borgere fra de samfundsgrupper, der har størst behov for livsstilsændringer, fordi disse borgere ikke er motiverede for at ændre adfærd eller lever under vilkår, der besværliggør adfærdsændringer. Det er primært borgere fra højere socialt stillede samfundsgrupper, der formår at implementere en sund livsstil ved sådanne tiltag. (Iversen, 2011) Dette rejser et spørgsmål om, hvordan forebyggelse af sundhedsrisikofaktorer og social ulighed i sundhed kan gribes an.

Sundhedscenter Aalborg udbyder et forebyggelsestiltag med fokus på KRAM-faktorerne og social ulighed i sundhed, der adskiller sig fra den traditionelle sundhedsrådgivning i sundhedscentre ved at

være målrettet virksomheder frem for individer (Jakobsen, 2014; Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013). Med denne indsats søges adfærdsændringer gjort attraktive og mulige ved at forandre arbejdsmiljøet (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013). Arbejdspladsen udgør en potentielt velegnet arena for forebyggelse og sundhedsfremme, da denne danner en strukturel og social ramme, hvor det er muligt at påvirke borgere, der ellers er vanskelige at påvirke til adfærdsændringer (Sund By Netværket, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2006; Sundhedsstyrelsen 2009). Det er med udgangspunkt i Sundhedscenter Aalborgs forebyggelsesindsats med sundhedsrådgivning til virksomheder interessant at analysere, hvordan arbejdspladsen kan udgøre en sundhedsarena til bekæmpelse af social ulighed i sundhed.

2. Problemanalyse

I dette kapitel problematiseres og analyseres specialets genstandsfelt med henblik på at argumentere for, at det repræsenterer et sundhedsmæssigt problem, der er interessant at undersøge. Problemanalysen tager afsæt i spørgsmålet om, hvordan arbejdspladsen kan udgøre en sundhedsarena til forebyggelse af social ulighed i sundhed. Spørgsmålet behandles med udgangspunkt i Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder, der beskrives indledningsvist. Med reference til Sundhedscenter Aalborgs indsats belyses arbejdspladsens potentiale som sundhedsarena for forebyggelse af social ulighed i sundhed. Gennem denne analyse fastslås videnskuller i specialets genstandsfelt. Herved identificeres og specificeres specialeundersøgelsens fremadrettede omdrejningspunkt.

2. 1. Sundhedsrådgivning til virksomheder i Aalborg Kommune

Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder udgør grundlaget for problemanalysen, hvorfor det er nødvendigt at opnå en baggrundsviden om indsatsen. Dette sker gennem dette afsnit, som problemanalysens efterfølgende afsnit sættes i relation til med henblik på at argumentere for specialets genstandsfelt. Afsnittet og problemanalysens løbende referering til Sundhedscenter Aalborgs indsats bygger ud over de angivne kilder på et informantinterview foretaget med kontaktpersoner fra Aalborg Kommune.

2. 1. 1. Indsatsens tosidede formål og modstridende positioneringer

Sundhedscenter Aalborgs overordnede funktion er at informere og rådgive blandt andet borgere og virksomheder om forebyggelse og sundhedsfremme (Aalborg Kommune a). Sundhedsrådgivning til virksomheder er en indsats ved Sundhedscenter Aalborg, hvormed formålet er todelt. Formålet er dels at reducere social ulighed i sundhed, hvorfor det hovedsagligt målrettes virksomheder, hvis medarbejdere har et lavt uddannelsesniveau, dels at motivere virksomheder til at implementere sundhedsfremmende tiltag på arbejdspladsen, således at det er sundt for medarbejderne at være på arbejdspladsen. (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013) Rådgivningen kan således orienteres mod medarbejdernes sundhedstilstand og/eller virksomhedens sundhedstiltag (Jakobsen, 2014; Aalborg Kommune, 2015).

De formål, som Sundhedscenter Aalborgs indsats tager udgangspunkt i, kan relateres til forskellige begreber om henholdsvis forebyggelse og sundhedsfremme (Sundhedsstyrelsen, 2005). Da førstnævnte formål med indsatsen omhandler hindring af et uønsket fænomen, kan indsatsen siges at tage afsæt i

forebyggelsesbegrebet og deraf sundhedsfundamentalismen og positivismen. Forebyggelse defineres ifølge Sundhedsstyrelsen som sundhedsrelateret aktivitet, hvormed formålet er at fremme folkesundheden i befolkningen ved at forhindre sygdom, ulykker samt psykosociale problemer i at opstå (Sundhedsstyrelsen, 2005). Forebyggelsesbegrebet har i kraft af dets orientering mod hindring af sygdom fællestræk med det begreb, som Steen Wackerhausen betegner sundhedsfundamentalismen, hvor sundhed defineres som en biologisk tilstand, der er kendetegnet ved fravær af sygdom (Wackerhausen, 1995). Disse begreber kan med deres objektive kendetegn betragtes som positivistiske (Holm, 2011). Da sidstnævnte formål med indsatsen omhandler understøttelse af virksomhedens arbejde med sundhed, kan indsatsen siges at tage afsæt i sundhedsfremmebegrebet og deraf sundhedsrelativismen og hermeneutikken og socialkonstruktivismen. Sundhedsfremme defineres ifølge Sundhedsstyrelsen som sundhedsrelateret aktivitet, hvormed formålet er at fremme den enkeltes sundhed og derigennem folkesundheden ved at skabe en samlet ramme, hvormed den enkeltes ressourcer og kompetencer kan understøttes (Sundhedsstyrelsen, 2005). Sundhedsfremmebegrebet har i kraft af dets orientering mod borgeren fællestræk med det begreb, som Wackerhausen betegner sundhedsrelativismen, hvor sundhed defineres som en subjektiv størrelse, der defineres af det enkelte individ og afhænger af den kontekst, individet indgår i (Wackerhausen, 1995). Disse begreber kan med deres subjektive kendetegn betragtes som hermeneutiske og socialkonstruktivistiske (Holm, 2011). Både forebyggelses- og sundhedsfremmebegrebet og hver af deres beslægtede sundhedsbegreber og videnskabsteoretiske positioner kan således identificeres i målsætningerne for Sundhedscenter Aalborgs indsats. Indsatsen omfatter således to modstridende positioner. Dette kan have en række implikationer for effekten af Sundhedscenter Aalborgs indsats, hvilket uddybes nedenfor med udgangspunkt i indsatsens indhold og udformning.

2. 1. 2. Om indsatsen og forholdet mellem Sundhedscenter Aalborg og den enkelte virksomhed

Sundhedsrådgivningen er gratis for alle offentlige såvel som private arbejdspladser og virksomheder beliggende i Aalborg Kommune (Jakobsen, 2014; Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013), og indsatsens indhold og udformning afhænger af, hvad den enkelte virksomhed efterspørger og har behov for (Aalborg Kommune, 2015). Herunder henvender nogle virksomheder sig med henblik på at få foretaget sundhedstjek af medarbejderne, mens andre virksomheder henvender sig med henblik på at modtage rådgivning om implementering af forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag på arbejdspladsen. Sundhedsrådgivningen tilrettelægges herefter og tilpasses dermed den enkelte virksomhed. Rådgivningen kan eksempelvis indbefatte oplæg, inspirationsbesøg, telefonisk rådgivning og sparring og frivilligt sundhedstjek af virksomhedens medarbejdere. (Aalborg Kommune, 2015) Hvis

der foretages sundhedstjek er der mulighed for at få målt blodsukker, blodtryk, BMI, fedtprocent, kulilte, lungefunktion og vægt (Aalborg Kommune b), og på baggrund af disse målinger udarbejdes der en samlet tilbagemelding til virksomheden, hvor virksomhedens sundhedsudfordringer udpeges (Aalborg Kommune b; Aalborg Kommune, 2015). Essensen i Sundhedscenter Aalborgs indsats er rådgivning om, hvilke sundhedstiltag den enkelte virksomhed kan implementere, og hvordan tiltagene kan organiseres med henblik på opretholdelse heraf. I sundhedsrådgivningen lægges der vægt på, at både virksomhedens ledelse og medarbejdere støtter og er motiverede for de sundhedstiltag, der implementeres på baggrund af rådgivningen. De foreslåede tiltag tager afsæt i KRAM-faktorerne og tager form som enten miljø- eller tilbudsrettede tiltag. Miljørettede tiltag er strukturelle ændringer i arbejdsmiljøet, der således målrettes alle virksomhedens medarbejdere. Eksempler herpå er politikker, hvormed hensigten er at skabe sunde rammer. Tilbudsrettede tiltag er frivillige for medarbejderne at deltage i, og de målrettes individer eller grupper. Eksempler herpå er frugtordninger og motionstiltag. (Sundhedsstyrelsen, 2009) Sundhedsrådgiveren søger at rådgive virksomheden om miljørettede tiltag frem for tilbudsrettede tiltag, således at samtlige medarbejdere tilgodeses i sundhedsrådgivningen. Det er derefter op til virksomheden selv at iværksætte forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag (Aalborg Kommune, 2015). Sundhedscenter Aalborg tilbyder hverken opfølgning af medarbejdernes sundhedsadfærd og sundhedstilstand eller virksomhedernes forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag. Dette begrundes i, at sådanne opfølgninger synes irrelevante for Sundhedscenter Aalborg, da der sker en udskiftning i en virksomheds medarbejderstab med tiden, og da der er begrænset tilslutning blandt medarbejderne hertil.

Den måde, hvorpå formålene med Sundhedscenter Aalborgs indsats tilvejebringes, kan relateres til ovenfor præsenterede sundhedsbegreber (Sundhedsstyrelsen, 2005). Fundamentalismen kommer til udtryk ved, at sundhedsrådgivningen baseres på Sundhedsstyrelsens anbefalinger i relation til KRAM-faktorerne, hvorved det defineres, hvad der er henholdsvis sundt og usundt. Relativismen kommer til udtryk ved, at der lægges vægt på, at både ledelse og medarbejdere på den enkelte virksomhed, der modtager sundhedsrådgivning, er motiverede for at deltage. Både samfundet og den enkelte virksomheds ledelse og medarbejdere skal indgå i et samspil som aktive aktører for at skabe sundhed og trivsel på arbejdspladsen (Sund By Netværket, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2009). Således kan både fundamentalismen og relativismen identificeres i praktiseringen af indsatsen. Indsatsen kan imidlertid siges hovedsagligt at tage afsæt i fundamentalismen, eftersom at de relativistiske træk i form af virksomhedens motivation for deltagelse, ikke ændrer Sundhedsstyrelsens anbefalinger, der derfor er grundlæggende for indsatsen. Det kan i et systemteoretisk perspektiv betragtes som problematisk, at Sundhedscenter Aalborgs interesser vægtes højere end den enkelte virksomheds interesser.

I systemteorien betragtes samfundet som værende funktionelt differentieret, hvilket vil sige, at det er opdelt i selvstændige men gensidigt afhængige funktionssystemer. Funktionssystemerne har til opgave at varetage forskellige funktioner og forholde sig til og prioritere i relation til forskellige medier og koder, hvilket bevirker, at kommunikation på tværs af systemerne er vanskelig. (Vardinghus-Nielsen, 2014) I relation til indsatsen med sundhedsrådgivning til virksomheder er det interessant at rette opmærksomhed mod funktionssystemer, der kan repræsentere indsatsens involverede parter, henholdsvis Sundhedscenter Aalborg og den enkelte virksomhed, der modtager sundhedsrådgivning. Sundhedscenter Aalborg kan repræsenteres af behandlingssystemet, hvis funktion er sundhed, mediet er sygdom og koden er syg/rask (Hagen, 2006). Sundhedscenter Aalborg skelner i forbindelse med praktiseringen af dets sundhedsrådgivning mellem syg/rask, hvilket kommer til udtryk ved, at der foregår en negativ inklusion, hvor den enkelte virksomhed og dennes medarbejdere er interessante at inkludere i indsatsen, såfremt de kan identificeres som værende ikke-sunde. Denne identifikation sker gennem diagnostik af ikke-sunde aspekter blandt medarbejdere og på virksomheder, som ved hjælp af sundhedsrådgivning søges gjort sunde. Ikke-sunde aspekter blandt medarbejdere og på virksomheder kan som følge af sundhedsrådgivning ændres til sunde aspekter. Sundhedscenter Aalborgs kode kan derfor omskrives til sundt/ikke sundt. Den enkelte virksomhed kan repræsenteres af markedsøkonomisystemet, hvis funktion er ressourcefordeling, mediet er penge og koden er betale/ikke betale (Hagen, 2006; Qvortrup, 1998). Med udgangspunkt i denne kode kan virksomhedens motivation for at deltage i Sundhedscenter Aalborgs indsats tænkes at være en forventning om, at implementering af sundhedstiltag på arbejdspladsen kan reducere sygefraværet blandt medarbejderne, hvilket kan resultere i en øget produktion og omsætning. Det kan dog diskuteres, hvorvidt virksomheden reelt er motiveret for sundhedsrådgivning, da der på den anden side kan være ressourceforbrug forbundet med deltagelse. Selvom det er gratis for virksomheder beliggende i Aalborg Kommune at modtage sundhedsrådgivning, kan en efterfølgende implementering af sundhedstiltag på arbejdspladsen være forbundet med udgifter. Endvidere kan den tid, der afsættes til eksempelvis sundhedstjek af medarbejderne, betragtes som tabt produktion og omsætning for virksomheden. Sidstnævnte demotivationsfaktor kan tænkes at være mere udtalt på virksomheder, hvor medarbejdere uden eller med lav uddannelse er ansat, fordi medarbejdere på sådanne virksomheder kan være provisionslønnede. Da Sundhedscenter Aalborgs indsats målrettes virksomheder med medarbejdere uden eller med lav uddannelse, kan manglende motivation hos virksomheden tænkes at gøre sig gældende, hvilket kan have implikationer for indsatsens formål om at reducere social ulighed i sundhed. Sundhedsrådgivning til virksomheder er således en indsats, der involverer Sundhedscenter Aalborg og den enkelte virksomhed, der repræsenterer forskellige funktionssystemer med forskellige medier og koder. Sundhedscenter Aalborg er interesseret i at bedrive sundhed via arbejdspladsen, som for denne

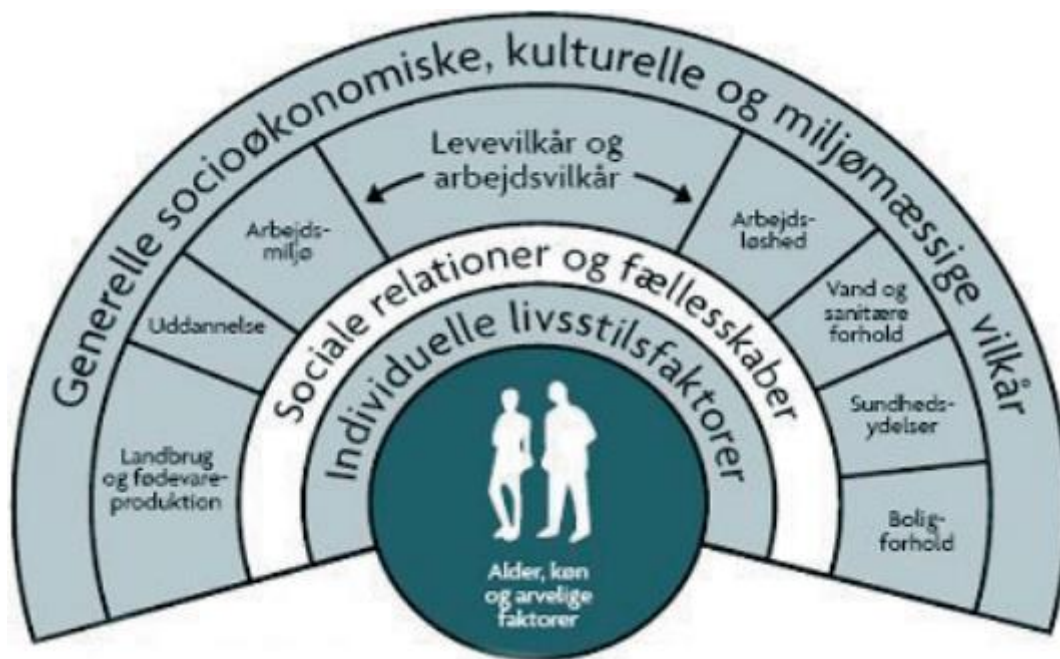
aktør anses for at være en sundhedsarena. Den enkelte virksomhed er interesseret i at tjene penge via arbejdspladsen, som for denne aktør anses for at være en forretning. Aktørernes uoverensstemmende perspektiver kan vanskeliggøre kommunikation mellem parterne, hvilket kan kulminere i en konflikt, når de mødes og skal arbejde sammen i forbindelse med sundhedsrådgivningen. Hvis Sundhedscenter Aalborg med sundhed som funktion blokerer for virksomhedens funktion i form af økonomisk ressourcefordeling, blokerer virksomheden givetvis for Sundhedscenter Aalborg.

2. 2. Arbejdspladsen som sundhedsarena

Arbejdspladsen danner rammen om Sundhedscenter Aalborgs indsats, hvor Sundhedscenter Aalborg og den enkelte virksomhed mødes på forskellige grundlag. Aktørernes divergerende interesser kan medføre implikationer for effekten af sundhedsrådgivningen, hvormed formålet er at skabe sundhed på arbejdspladsen og derved forebygge social ulighed i sundhed. Dette giver anledning til at belyse, hvorfor og hvordan forebyggelse af social ulighed i sundhed kan foregå på arbejdspladsen. Dette sker i det følgende med løbende reference til Sundhedscenter Aalborgs forebyggelsestiltag med sundhedsrådgivning til virksomheder.

2. 2. 1. Forebyggelse af social ulighed i sundhed på arbejdspladsen

Det er vigtigt at opnå en forståelse for, hvorfor og hvordan arbejdspladsen kan udgøre en arena for implementering af forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag med henblik på at reducere forekomsten af social ulighed i sundhed. Til dette formål illustreres Dahlgren og Whiteheads model over sundhedsdeterminanter på Figur 1, hvormed der dannes overblik over, hvilke forhold der spiller ind i udviklingen af social ulighed i sundhed (Dahlgren & Whitehead, 1991; Kjølner, Juel & Kamper-Jørgensen, 2007).



Figur 1. Dahlgren og Whiteheads model over sundhedsdeterminanter (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen, 2007, s. 42)

Som det kommer til udtryk på Figur 1, bestemmes social ulighed i sundhed af et indbyrdes samspil mellem adskillige sundhedsdeterminanter, der er inddelt i forskellige lag. Som sundhedsarena kan arbejdspladsen kun anvendes til at påvirke en række af disse forhold, der spiller ind på udviklingen af social ulighed i sundhed. Da alder, køn og genetik kan betragtes som indre, individuelle forhold, der er ukontrollerbare, er disse sundhedsdeterminanter uden for arbejdspladsens rækkevidde. Socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår kan betragtes som ydre, foranderlige makroforhold på samfundsniveau, der er uden for arbejdspladsens rækkevidde. Livsstilsfaktorer, sociale relationer, fællesskaber, levevilkår og arbejdsvilkår kan betragtes som ydre mikroforhold, der i højere grad er foranderlige og placerer sig derfor inden for arbejdspladsens rækkevidde. (Dahlgren & Whitehead, 1991; Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen, 2007) Livsstilsfaktorer kan indgå i sundhedstiltag på arbejdspladsen ved at lade tiltagene tage udgangspunkt i KRAM-faktorerne. Livsstilsfaktorer i form af KRAM-faktorer indgår som en del af Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgivning til virksomheder. Sociale relationer og fællesskaber kan indgå i sundhedstiltag på arbejdspladsen ved at målrette tiltagene grupper af medarbejdere eller en virksomhed som helhed, der i fællesskab kan arbejde på at styrke sundheden på arbejdspladsen. Levevilkår og arbejdsvilkår udgør centrum for sundhedstiltag på arbejdspladsen ved at danne en strukturel ramme i form af arbejdsmiljø for sådanne tiltag. Levevilkår og arbejdsvilkår i form af arbejdsmiljø indgår som en del af Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgivning til virksomheder. Med arbejdspladsen som sundhedsarena er der således mulighed for at arbejde med sundhedstiltag på flere niveauer og med forskellige sundhedsdeterminanter. Der kan dog stilles spørgsmål ved, hvordan disse niveauer og sundhedsdeterminanter kan kombineres

med henblik på at opnå bedst mulig effekt af sundhedstiltag på arbejdspladsen. Dette spørgsmål udspringer af manglende dokumentation for hvilke sundhedstiltag på arbejdspladsen, der henholdsvis virker og ikke virker (Højgaard, 2008). Der eksisterer således et videnshul i forhold til, hvordan forebyggelses- og sundhedsfremmearbejde kan foretages i en arbejdsrelateret kontekst med henblik på at opnå sundhedseffekter. Med andre ord er det interessant at belyse, hvordan sundhedstiltag kan indføres i en arbejdsrelateret kontekst i et samspil mellem et behandlingssystem og et markedøkonomisystem, der forholder sig til og prioriterer i relation til forskellige funktioner.

2. 2. 2. Potentialet i at benytte arbejdspladsen som sundhedsarena

Aktørerne i Sundhedscenter Aalborgs indsats har forskellige funktioner og tilgår dermed sundhedsrådgivning fra forskellige perspektiver. Sundhedscenter Aalborg betragter arbejdspladsen som en sundhedsarena, hvor der kan implementeres forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag. Sundhedscenter Aalborg er således interesseret i at bedrive sundhed på virksomheder, der indgår i indsatsen med sundhedsrådgivning. Fra Sundhedscenter Aalborgs perspektiv kommer der således en række styrker i anvendelse af arbejdspladsen som sundhedsarena til udtryk. På den anden side sigter virksomhederne mod at bedrive forretning, hvorfor formålet med at deltage i Sundhedscenter Aalborgs indsats for dem i sidste ende er at tjene penge. Når aktørernes uoverensstemmende perspektiver kulminerer i praktiseringen af indsatsen med sundhedsrådgivning, kan indsatsens effekt svækkes. Dette udgør en svaghed ved anvendelse af arbejdspladsen som sundhedsarena. Andre svagheder kan komme til udtryk, når endnu en aktør – medarbejderne – inddrages i indsatsen. Tilsammen tegner disse styrker og svagheder et billede af, hvilket potentiale der er ved at anvende arbejdspladsen som sundhedsarena.

Styrker ved anvendelse af arbejdspladsen som sundhedsarena

Arbejdspladsen udgør en potentielt velegnet arena for forebyggelse og sundhedsfremme (Sund By Netværket, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2009), da den fungerer som en ramme, hvor kommunen kan efterleve dennes opgave om at udbyde forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag målrettet raske borgere, som det udtrykkes i sundhedsloven fra 2007 (retsinformation.dk, 2014; Sund By Netværket, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2006). Arbejdspladsen kan betragtes som en strukturel og social ramme, hvor en samling af individer i den arbejdsdygtige alder opholder sig i mange timer ugentligt (Sundhedsstyrelsen, 2006; Sundhedsstyrelsen, 2009). Strukturelle og sociale forhold udgør, som anskueliggjort tidligere, vigtige determinanter for udviklingen af social ulighed i sundhed (Dahlgren & Whitehead, 1991). Arbejdspladsen kan således bidrage til at forbedre medarbejdernes sundhed. Forbedringspotentialet kommer til udtryk ved, at lavtuddannede, som Sundhedscenter Aalborgs indsats

henvendes mod, har en dårligere sundhedstilstand end højtuddannede (Sundhedsstyrelsen, 2013). Det er således værd at rette forebyggelsesindsatsen mod lavtuddannede medarbejderes sundhedstilstand, som repræsenterer en gruppe af borgere, der ellers er vanskelige at påvirke til at leve sundt (Sund By Netværket, 2010). Der kan imidlertid være et mere udtalt forebyggelsesbehov blandt arbejdsløse frem for beskæftigede, hvilket kommer til udtryk ved, at arbejdsløse borgere generelt har en mere usund adfærd end beskæftigede. I *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013* viser det sig eksempelvis, at andelen af arbejdsløse med usunde kostvaner er 4,8 procentpoint højere end beskæftigede med usunde kostvaner. (Christensen et al., 2014) Det kan være vanskeligt at målrette forebyggelsesindsatser mod arbejdsløse, da der ikke nødvendigvis findes en strukturel ramme, hvor arbejdsløse mødes. På denne måde kan beskæftigede siges at være privilegerede i forhold til arbejdsløse, da beskæftigede i kraft af deres arbejdsplads har en ramme, der foreskriver, hvor de skal tilbringe en væsentlig andel af deres tid.

Ved at anvende arbejdspladsen som sundhedsarena for lavtuddannede medarbejdere kan den sociale ulighed i sundhed og konsekvenserne heraf begrænses, hvorigennem der kan opnås gevinster på virksomheds-, medarbejder- og samfundsniveau. (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2005; Sund By Netværket, 2010) Social ulighed i sundhed kan reducere arbejdsdygtigheden og funktionsevnen hos lavere socialt stillede samfundsgrupper. Dette udmønter sig i økonomiske konsekvenser for det danske samfund såvel som individuelle konsekvenser for den enkelte borger fra de omtalte samfundsgrupper. Hvad angår økonomiske konsekvenser, udgør det en udpræget økonomisk belastning for samfundet og den enkelte kommune inden for beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet, hvis store dele af samfundsgrupper ikke formår at bidrage til produktion og samfundsudvikling. (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011; Hvass et al., 2012) Den sociale ulighed koster årligt det offentlige danske samfund 40 milliarder kroner i form af ekstra sundhedsudgifter og overførselsindkomster og yderligere 24 milliarder kroner i tabt produktion (Dagens Medicin, 2012). Ved at forebygge social ulighed i sundhed med arbejdspladsen som sundhedsarena kan den enkelte virksomhed opnå gevinster i form af færre økonomiske omkostninger, forbundet med sygefravær og ulykker, samt øget produktivitet (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2005). Hvad angår individuelle konsekvenser, udgør en nedsat funktionsevne en begrænsende faktor for den enkelte borgers frihed til at leve det liv, vedkommende ønsker at leve. (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011; Hvass et al., 2012) Ved at forebygge social ulighed i sundhed med arbejdspladsen som sundhedsarena kan den enkelte medarbejder opnå gevinster i form af forbedret sundhed og øget tilfredshed med og motivation for jobbet. Det kan tænkes, at en øget tilfredshed med og motivation for jobbet hos den enkelte medarbejder kan udmunde i en række gevinster for den enkelte virksomhed, herunder bedre omdømme på markedet og i lokalsamfundet, tiltrækning af nye medarbejdere og ledere

og fastholdelse af ansatte. (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2005) Summen af virksomhedens og den enkelte medarbejders gevinster udtrykkes i samfundets gevinster, der viser sig som en øget folkesundhed og deraf en reduktion i samfundsmæssige omkostninger til sundhedsvæsenet og en række sociale ydelser. Således kan gevinsterne af at foretage sundhedsfremme på arbejdspladsen manifestere sig på flere niveauer. (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2005)

Gevinsterne ved Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgivning til virksomheder kan tænkes at komme til udtryk på både virksomheds-, medarbejder- og samfundsniveau, men hvorvidt gevinsterne reelt viser sig, er uvist, i og med at indsatsen ikke er genstand for effektevaluering. Dette betragtes ifølge Sundhedsstyrelsen som værende problematisk, da det er afgørende at evaluere forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag med henblik på at dokumentere viden og erfaringer, der kan anvendes til at forbedre folkesundhedsarbejdet (Sundhedsstyrelsen, 2007). Uden effektevaluering af Sundhedscenter Aalborgs indsats er det ikke muligt at afgøre, om formålene med sundhedsrådgivningen opnås – det vil sige, om indsatsen medvirker til at reducere social ulighed i sundhed og til at implementere tiltag på virksomheder. Uden effektevaluering af Sundhedscenter Aalborgs indsats er effekten heraf ukendt, og det er derfor uklart, hvorvidt indsatsen vil have gavn forandring med henblik på at opfylde formålene og øge effekten. Generelt viser der sig at eksistere manglende evidens for effekten for sundhedsfremmende aktiviteter på arbejdspladsen (Højgaard, 2008). Der eksisterer altså et videnshul på området om forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladser (Højgaard, 2008), som er interessant at belyse.

Svagheder ved anvendelse af arbejdspladsen som sundhedsarena

Når arbejdspladsen anvendes som sundhedsarena som led i Sundhedscenter Aalborgs indsats involverer det flere aktører: Sundhedscenter Aalborg, den enkelte virksomhed og den enkelte medarbejder. Som beskrevet tidligere kan mødet mellem Sundhedscenter Aalborg og den enkelte virksomhed begrænse effekten af indsatsen som følge af aktørernes uoverensstemmende perspektiver herpå. Dette kan betragtes som en svaghed ved at anvende arbejdspladsen som sundhedsarena. Andre svagheder, der kan påvirke effekten af indsatsen, kan komme til udtryk ved at anskue medarbejdernes involvering i dette spændingsfelt. Disse svagheder kan optræde som utilsigtede konsekvenser og etiske problemstillinger (Holtug et al., 2009), herunder stigmatisering og etiske problemstillinger i relation til social ulighed i sundhed og forholdet mellem paternalisme og autonomi.

Stigmatisering

Sundhedstiltag på arbejdspladsen kan medføre skadesvirkninger, der i visse grupper er større end andre, hvilket kan bidrage til ulighed (Holtug et al., 2009). Et eksempel på en skadesvirkning er stigmatisering, der opstår, når personer i en indsats' målgruppe udsættes for en stempling som værende medlem af en given stereotypiseret gruppe. Stigmatisering er en social proces, hvor individer på grund af disses kendetegn udsættes for en diskriminerende stempling, der mindsker deres livsudfoldelsespotentiale. Stigmatisering kommer til udtryk i kraft af en skelnen mellem dem og os. Individer eller grupper foretager denne skelnen i et forsøg på at fortolke og beskytte egen identitet og vise, hvem vedkommende eller gruppen er og ikke er. Stigmatisering kan betragtes som en etisk problematisk skadevirkning, da processen kan påvirke stigmatiserede individers adfærd, identitet og selvforståelse. (Goffman, 2009; Holtug et al., 2009; Sundhedsstyrelsen, 2008) Ulighed i forhold til skadevirkninger og derunder stigmatisering kan tænkes at optræde som et resultat af sundhedsrådgivning til virksomheder. Tiltag, som Sundhedscenter Aalborg rådgiver virksomhederne til at indføre, kan have en stigmatiserende effekt, hvor den enkelte virksomheds medarbejdere grupperes afhængigt af deres livsstil og sundhedsadfærd. Ved implementering af tiltag målrettet en specifik KRAM-faktor, eksempelvis rygning, kan der ske en skelnen mellem sunde ikke-rygere og usunde rygere, hvorved sidstnævnte medarbejdergruppe udsættes for stigmatisering.

Social ulighed i sundhed på arbejdspladsen

Ulighed kan på flere måder udgøre en etisk problemstilling inden for forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladsen (Holtug et al., 2009). Ulighed kan optræde i forhold til forebyggelses- og sundhedsfremmeresultater og valg af forebyggelsesstrategi, hvilket kan gøre sig gældende i Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgivning til virksomheder.

For det første kan der optræde ulighed i forhold til forebyggelses- og sundhedsfremmeresultater, hvor et tiltags sundhedsmæssige virkninger i visse grupper er større end andre (Holtug et al., 2009). Denne type af ulighed kan komme til udtryk mellem medarbejdere inden for den samme virksomhed og mellem medarbejderstabe på forskellige virksomheder. På virksomheder, der er kendetegnet ved at have en medarbejdersammensætning af forskellige sociale positioner, kan den sociale ulighed i sundhed muligvis forøges, hvis medarbejderne opnår forskelligt sundhedsudbytte af indsatsen. Medarbejderne kan opnå et forskelligartet sundhedsudbytte af indsatsen afhængigt af deres socioøkonomiske position. Her er højere socialt stillede medarbejdere generelt kendetegnet ved at have relativt sunde vaner og være relativt påvirkelige over for sundhedstiltag, hvorfor et sundhedsudbytte af Sundhedscenter Aalborgs indsats er inden for rækkevidde. Derimod er lavere socialt stillede medarbejdere generelt kendetegnet ved at have relativt usunde vaner og være vanskeligt påvirkelige over for sundhedstiltag,

hvorfor et sundhedsudbytte af Sundhedscenter Aalborgs indsats i mindre grad er inden for rækkevidde. (Iversen, 2011) Hvis højere socialt stillede som følge af deltagelse i sundhedsrådgivning til virksomheder formår at forbedre deres allerede sunde vaner, mens lavere socialt stillede fortsætter med at føre usunde vaner, fordi de ikke påvirkes af indsatsen, forøges den sociale ulighed i sundhed på arbejdspladsen.

Forskellige virksomheder med medarbejderstabe af henholdsvis høj og lav socioøkonomisk position kan opnå forskellige resultater som følge af Sundhedscenter Aalborgs indsats. En virksomhed med ansatte af høj socioøkonomisk position kan reagere anderledes på indsatsen i forhold til en virksomhed med ansatte af lav socioøkonomisk position, hvilket kan udmunde i en ulige fordeling af sundhedsmæssige gevinster ved sundhedsrådgivningen. Denne ulighed kan vise sig som et resultat af, at den enkelte virksomhed betragter sundhedsrådgivningen ud fra en skelnen mellem betale/ikke betale (Hagen, 2006; Qvortrup, 1998). Virksomheder kan anse deltagelse i Sundhedscenter Aalborgs indsats som en måde at skabe omsætning, fordi at implementering af sundhedstiltag på arbejdspladsen fungerer som branding (Sundhedsstyrelsen, 2009). Samtidigt kan implementering af sundhedstiltag på arbejdspladsen anses som tabt omsætning og produktion, hvis der er ressourceforbrug forbundet hermed. Sidstnævnte situation kan især tænkes at finde sted på virksomheder med lavt socialt stillede medarbejdere, der eventuelt er provisionslønnede, fordi at eksempelvis tidsforbrug på sundhedstiltag kan relateres til tabt produktion. Som følge heraf afsættes der ikke nødvendigvis midler og tid til implementering af sundhedstiltag på sådanne virksomheder. Ressourcebesparelserne for den enkelte virksomhed kan betyde, at virksomheden ender med at indføre sundhedstiltag af ringe kvalitet. Sådanne tiltag kan i overført betydning medføre omkostninger for Sundhedscenter Aalborg, da dets funktionsudfoldelse begrænses, fordi arbejdspladsen forbliver ikke-sund frem for at blive sund. Såfremt at arbejdspladsen og dens lavt socialt stillede medarbejdere, forbliver ikke-sunde, resulterer Sundhedscenter Aalborgs indsats ikke i en reduktion af social ulighed i sundhed. Indsatsen kan tværtimod tænkes at forøge social ulighed i sundhed, hvis virksomheder med højere socialt stillede medarbejdere i højere grad engagerer sig heri.

For det andet kan der optræde ulighed i sundhed afhængigt af, hvilken type af forebyggelsesstrategi tiltaget bygger på. Tiltag kan bygge på massestrategier eller højrisikostrategier. (Holtug et al., 2009) Massestrategier, eksempelvis strukturelle tiltag, målrettes befolkningen som helhed eller større grupper uafhængigt af livsstil og sundhedstilstand med henblik på at forbedre alle borgernes sundhed frem for at mindske social ulighed. Højrisikostrategier, eksempelvis sundhedsfaglig konsultation med tilbud om efterfølgende rådgivning, målrettes individer med sundhedsrisici med henblik på at mindske social ulighed i sundhed. (Holtug et al., 2009; Iversen, 2011; Rose, 2001) Ulighed i forhold til folkesundhed kan tænkes at optræde som et resultat af Sundhedscenter Aalborgs indsats, afhængigt af

om indsatsen udmunder i miljø- eller tilbudsrettede tiltag, der kan betragtes som henholdsvis masse- og højrisikostrategiske tilgange. Implementering af tilbudsrettede tiltag kan tænkes at bidrage til at forøge uligheden, da denne type af tiltag udbydes som et tilbud (Sundhedsstyrelsen, 2009), som det typisk er højere socialt stillede, der tager imod (Iversen, 2011). Denne socialgruppe er generelt kendetegnet ved i forvejen at have relativt sunde vaner, og der eksisterer derfor ikke et udpræget behov for livsstilsændringer blandt højere socialt stillede borgere. Til gengæld eksisterer der et behov for livsstilsændringer blandt lavere socialt stillede borgere, da de generelt har relativt usunde vaner. Denne socialgruppe er imidlertid vanskelige at påvirke til adfærdsændringer gennem tilbudsrettede tiltag, da de enten ikke har forudsætninger for eller i tilstrækkelig grad er motiverede for at tage imod tilbuddet. (Iversen, 2011) Med henblik på at påvirke lavere socialt stillede til adfærdsændringer kan miljørettede tiltag anvendes. Selvom massestrategier i modsætning til højrisikostrategier ikke har til formål at mindske social ulighed i sundhed (Holtug et al., 2009), kan implementering af massestrategier målrettet et stort antal af individer med lav sundhedsrisiko frem for højrisikostrategier målrettet et lavt antal af individer med høj sundhedsrisiko hjælpe flere (Rose, 2001). Da Sundhedscenter Aalborgs indsats, allerede før den munder ud i implementering af tiltag på den enkelte arbejdsplads, indsnævres til en målgruppe bestående af socialt lavere stillede (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013), målrettes rådgivningen i alle tilfælde individer med høj sundhedsrisiko. I forlængelse heraf er det værd at bemærke, at højrisikostrategier som rådgivning kritiseres for at have begrænsede effekter blandt højrisikoindivider, fordi sådanne tiltag overser andre niveauer end det individuelle. Her er det oplagt at anvende massestrategier som strukturelle tiltag, hvori netop det strukturelle niveau inkorporeres. (Iversen, 2011) Der er således flere argumenter for at gå massestrategisk til værks i Sundhedscenter Aalborgs indsats for at opnå målet om at reducere social ulighed i sundhed. I tråd hermed orienteres rådgivningen mod miljørettede frem for tilbudsrettede tiltag. Der kan stilles spørgsmål ved, om prioriteringen af miljørettede tiltag giver den enkelte medarbejder det rette incitament til at deltage engageret. Dette skyldes, at massestrategier ikke målrettes individuelt, hvilket kan betragtes som en ulempe, da tiltaget kan føles irrelevant og derfor resultere i demotivation hos den enkelte medarbejder (Rose, 2001). På den anden side målrettes Sundhedscenter Aalborgs indsats mod medarbejdere, der alle befinder sig i lavere socialt stillede grupper (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013), hvorfor implementering af miljørettede tiltag i en vis udstrækning kan siges at være tilpasset en specifik målgruppe og dennes karakteristika. På baggrund af ovenstående kan det udledes, at implementering af miljørettede tiltag frem for tilbudsrettede tiltag er at foretrække i forbindelse med sundhedsrådgivning til virksomheder med henblik på at reducere sociale ulighed i sundhed.

Forholdet mellem autonomi og paternalisme

Forholdet mellem Sundhedscenter Aalborg og den enkelte medarbejder kan udgøre en etisk problemstilling inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Problemstillingen omhandler spørgsmålet om, hvem – det offentlige eller borgeren selv – der kan stilles til ansvar for at varetage den enkelte borgers sundhed. Spørgsmålet relaterer sig til forholdet mellem paternalisme og autonomi, der hver især kan udgøre et værdigrundlag for forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag. I tiltag, der bygger på paternalisme, foretages handlinger med henblik på at gøre, hvad der er for det enkelte individs eget bedste, selvom dette sker mod det pågældende individs vilje eller uden dets accept (Holtug et al., 2009). I paternalismen tilgås den enkeltes sundhed således som værende en objektiv og værdifri størrelse, hvilket ansporer til, at der tages afsæt i et sundhedsfundamentalistisk ståsted (Wackerhausen, 1995). I tiltag, der bygger på autonomi, foretages handlinger med udgangspunkt i det enkelte individs frihed og selvbestemmelse. (Holtug et al., 2009) I autonomien tilgås den enkeltes sundhed således som værende en subjektiv og kontekstafhængig størrelse, hvilket ansporer til, at der tages afsæt i et sundhedsrelativistisk ståsted (Wackerhausen, 1995). Forholdet mellem autonomi og paternalisme kan tænkes at udgøre en etisk problemstilling for Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgivning til virksomheder.

Sundhedsrådgivningen og de tiltag den udmunder i på den enkelte virksomhed kan grundlæggende betragtes som værende af paternalistisk og dermed fundamentalistisk karakter, eftersom at medarbejderne her underlægges Sundhedsstyrelsens anbefalinger og forståelse af, hvordan den enkeltes sundhed bedst sikres. Uanset om der implementeres miljø- eller tilbudsrettede tiltag som følge af sundhedsrådgivningen, vil tiltagene være overvejende paternalistiske og deraf fundamentalistiske, fordi de implementeres for at sikre medarbejdernes sundhed uafhængigt af disses motivation herfor. En sådan paternalistisk og fundamentalistisk tilgang til sundhedsfremme på arbejdspladsen kan være problematisk, fordi at den krænker den enkelte medarbejders autonomi. Dette understøttes i rapporten *Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne*, hvori befolkningens mening om ansvaret for borgernes sundhed anskueliggøres. På en skala fra 0-10, hvor 0 er overhovedet intet ansvar, og 10 er overordentligt stort ansvar, tillægges arbejdspladsen en gennemsnitlig værdi på 6, mens den enkelte selv tillægges en gennemsnitlig værdi på 9. Over halvdelen af de adspurgte forholder sig således positive til at lade arbejdspladsen tage ansvar for den enkeltes sundhed, men der hersker delte meninger herom, og i forhold til andre aktører tillægges arbejdspladsen relativt lidt sundhedsansvar. (Mandag Morgen & Trygfonden, 2008). Det er således ikke alle, der anser det som værende arbejdspladsens ansvar at varetage medarbejdernes sundhed, hvorfor det på grund af risikoen for at krænke medarbejdernes autonomi kan være problematisk at benytte arbejdspladsen som sundhedsarena og i særdeleshed gøre dette med udgangspunkt i en paternalistisk og fundamentalistisk tilgang. Paternalismen og deraf

fundamentalismen kan især komme til udtryk ved miljørettede tiltag, eksempelvis en rygepolitik, fordi at denne type af tiltag målrettes samtlige medarbejdere den enkelte virksomhed, hvilket givetvis begrænser inklusionen af den enkeltes autonomi. Rygepolitikken, hvormed rygning på arbejdspladsen forbydes, implementeres måske uden alle medarbejders accept. På virksomheder, der modtager sundhedsrådgivning fra Sundhedscenter Aalborg, implementeres en sådan indsats måske kun med et fåtals accept, fordi at indsatsen målrettes socialt lavere stillede (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013), der besidder en relativt høj sundhedsrisiko som følge af eksempelvis rygning (Christensen et al., 2014; Diderichsen, 2011; Juel, 2011). Medarbejderne på de virksomheder, som Sundhedscenter Aalborgs indsats hovedsagligt målrettes, er lavere socialt stillede, og de kan tænkes at udleve det, som Thomas Højrup betegner som lønarbejderlivsformen. Livsformen definerer perspektivet, hvorfra den enkelte medarbejder betragter sit liv, hvor lønarbejderen betragter sit arbejde som et middel til at opnå tilværelsens egentlige mål om at holde fri. (Højrup, 1984) Et eksempel på, at lønarbejderlivsformen gør sig gældende blandt lavtuddannede, kommer til udtryk i et kvalitativt studie, hvor lavtuddannede, danske kvinder interviewes om, hvordan sundhed optræder i deres hverdagsliv. I interviewene giver kvinderne udtryk for, at de opfatter fritids- og arbejdsliv som to skarpt adskilte zoner. Så snart kvinderne har fri, skænker de ikke jobbet en tanke. Størstedelen af kvinderne betragter deres fritid som det gode liv, mens de betragter arbejdslivet som fysisk og psykisk udmattende. (Jensen, 2013) Lønarbejderlivsformen kan have implikationer for lavtuddannedes muligheder for at leve sundt - dette være sig i fritiden og på arbejdet. I fritiden kan mulighederne begrænses som følge af et energikrævende job (Jensen, 2013). På arbejdet kan mulighederne begrænses som følge af indstillingen til jobbet. Hvis en medarbejder udelukkende arbejder for at holde fri, er det tvivlsomt, hvorvidt vedkommende er villig til at deltage i paternalistiske indsatser, hvormed hensigten er både at ændre medarbejderens arbejdsrammer og sundhedsadfærd. For at engagere og undgå at krænke lønarbejderen kan sundhedsindsatser på arbejdspladsen bygges på autonome og deraf relativistiske træk. Sådanne træk kan komme til udtryk ved ellers paternalistiske og deraf fundamentalistiske tilbudsrettede tiltag, eksempelvis et rygestopkursus, fordi at deltagelse i denne type af tiltag er valgfri for den enkelte medarbejder. Sundhedscenter Aalborgs indsats, der grundlæggende er af paternalistisk og fundamentalistisk, rummer på denne måde autonome og relativistiske elementer. Der kan stilles spørgsmål ved, om forholdet mellem paternalisme og autonomi i tilstrækkelig grad afvejes og balanceres som led i sundhedsrådgivningen, således at indsatsen og de tiltag, den udmunder i, tilgodeser alle involverede aktører (Sundhedsstyrelsen, 2006). Dette kræver, at den enkelte virksomhed og i særdeleshed dens medarbejdere er motiverede for at modtage sundhedsrådgivning, og at det er muligt for Sundhedscenter Aalborg at opfylde målsætningerne for indsatsen.

3. Problemafgrænsning

I dette kapitel afgrænses specialets genstandsfelt, hvorved specialeundersøgelsens fremadrettede omdrejningspunkt i form af en problemformulering udledes.

Specialets genstandsfelt tager afsæt i Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder, hvor arbejdspladsen udgør en strukturel ramme for forebyggelse af social ulighed i KRAM-relateret sundhed blandt lavtuddannede medarbejdere. Arbejdspladsen udgør en potentielt velegnet sundhedsarena, men da indsatsen foregår i et samspil mellem Sundhedscenter Aalborg og den enkelte virksomhed, der forholder sig til og prioriterer i relation til forskellige perspektiver, kan potentialet begrænses. Aktørernes uoverensstemmende perspektiver er en tilbagevendende problematik, fordi uoverensstemmelsen herimellem kan overskygge indsatsens egentlige formål om at forbedre medarbejdernes sundhedstilstand. Indsatsens formål kan yderligere begrænses af en række utilsigtede konsekvenser, der kan tænkes at optræde hos medarbejderne som følge af den måde, hvorpå Sundhedscenter Aalborg udformer dets indsats. Ovenstående kan resultere i, at effekten af indsatsen begrænses. Den kvantitative effekt af indsatsen er ukendt, da Sundhedscenter Aalborg ikke foretager effektevaluering heraf, hvilket bidrager til det videnshul, der eksisterer på området om sundhedsfremme på arbejdspladsen.

Der er til gengæld mulighed for at belyse den kvalitative effekt af indsatsen i form af medarbejdernes meninger herom og oplevelser heraf. Det er således interessant at undersøge, hvordan sundhedstiltag kan indføres i en arbejdsrelateret kontekst i et samspil mellem Sundhedscenter Aalborg og den enkelte virksomhed, således at indsatsen og de tiltag, den udmunder i, påvirker medarbejderne og disses sundhedsadfærd. Herved kan der opnås viden om, hvordan Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse kan styrkes.

4. Problemformulering

Hvordan forandres påvirkningen af medarbejdere i Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder, således at Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse styrkes?

Problemformuleringen besvares ved hjælp af følgende underspørgsmål:

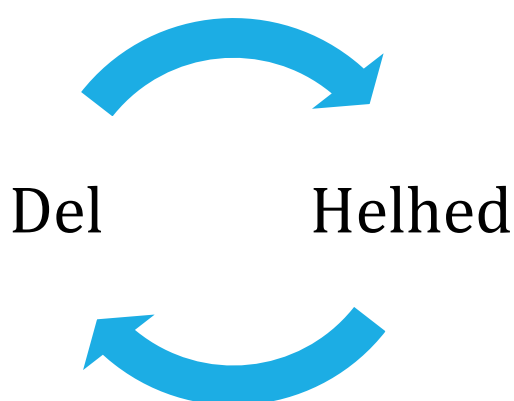
- Hvordan påvirker indsatsen medarbejdernes sundhedsadfærd?
- Hvilke forandringer kan implementeres i indsatsen for at styrke Sundhedscenter Aalborg i at forbedre medarbejdernes sundhedsadfærd?

5. Videnskabsteoretisk grundlag

I dette kapitel beskrives det videnskabsteoretiske grundlag, som specialets problemfelt baserer sig på. Dette videnskabsteoretiske grundlag danner rammen for bearbejdningen af specialets problemformulering, og det er dermed bestemmende for valg af teoretisk referenceramme og metode.

Specialets videnskabsteoretiske grundlag udvælges på baggrund af det interessante problemfelt (Birkler, 2005), som her omhandler, hvordan Sundhedscenter Aalborgs indsats kan forandres, således at Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse styrkes. Dette problemfelt fordrer, at der opnås indsigt i, hvordan medarbejdere på virksomheder, der har modtaget sundhedsrådgivning, oplever indsatsen. Til dette formål synes det oplagt at tage udgangspunkt i humanvidenskaben, hvor mennesker anerkendes som bevidste subjekter, der besidder tanker og følelser om den omgivende verden. (Birkler, 2005) Viden om den bevidsthed, hvorudfra mennesker oplever verden, skabes her med udgangspunkt i forståelse af menneskers livsytringer, forstået som udtryk for deres liv, der ytres i det sociale rum ved brug af sprog og tanker. Forståelse af menneskers livsytringer kan opnås ved hjælp af fortolkning, hvilket er kendetegnende for hermeneutikken som videnskabsteori. (Birkler, 2005; Holm, 2011) Med henblik på at opnå forståelse af medarbejderes oplevelser af Sundhedscenter Aalborgs indsats gennem disses livsytringer tages der således afsæt i hermeneutikken.

Ifølge hermeneutikken tilegnes forståelse gennem en fortløbende proces, hvor mennesker med udgangspunkt i disses forforståelse, der kan tage form som bevidste eller ubevidste fordomme eller forventninger, konstant fortolker verden og derigennem be- eller afkræfter forforståelsen. Denne proces kan afbilledes ved den såkaldte hermeneutiske cirkel, som fremkommer på Figur 2. (Birkler, 2005)



Figur 2. Den hermeneutiske cirkel. Figuren er udarbejdet til dette speciale med inspiration fra (Holm, 2011, s. 87).

Ideen med den hermeneutiske cirkel, som er illustreret på Figur 2, er, at forståelse skabes i et cirkulært forløb mellem del- og helhedsforståelse, hvor enkeltdele og helhed er gensidigt afhængige, således at de

kun kan forstås i kraft af hinanden. Dette betyder, at nye delforståelser dannes med udgangspunkt i en helhedsforståelse og omvendt. Med andre ord beror forståelse på forforståelse. (Birkler, 2005; Holm, 2011) I dette speciale søges der en forståelse af, hvordan Sundhedscenter Aalborgs indsats forandres, således at Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse styrkes. Denne forståelse opnås ved at sætte en ny forståelse i form af medarbejdernes oplevelser af indsatsen i relation til en forforståelse, der udgøres af den viden, der opbygges gennem Kapitel 2 og 6. Forforståelsen danner en horisont, der kan forstås som det perspektiv, hvorfra det enkelte individ fortolker verden. Når en ny delforståelse reviderer helhedsforståelsen oplyser flere horisonter den fortolkede genstand i samme lys, således at der indfinder sig en delt forståelse mellem horisonterne. Der sker en horisontsammensmeltning, hvor flere forståelseshorisonter fusionerer. Forståelseshorisonter fusionerer ved hjælp af samtale, der således udgør et essentielt element for forståelse. (Birkler, 2005; Holm, 2011) I dette speciale har forskerne en forståelseshorison, der tager udgangspunkt i disses faglighed og viden fra problemanalysen. Der søges en horisontsammensmeltning og dermed en ny forståelse i samtalen mellem forskere og medarbejdere, der har modtaget sundhedsrådgivning, hvor en forståelse af medarbejdernes oplevelser af indsatsen, anskuet fra disses forståelseshorison, bidrager til den foreliggende forforståelse, anskuet fra forskernes forståelseshorison.

Specialets videnskabsteoretiske grundlag har relevans for forskningstype og deraf design og metode, der anvendes til besvarelse af problemformuleringen (Launsø, Olsen & Rieper 2011). Hermeneutikkens implikationer for problembearbejdningen fremgår af de efterfølgende kapitler, hvor ovenstående sættes i relation til henholdsvis teori- og metodevalg med henblik på at undersøge, hvordan Sundhedscenter Aalborgs indsats kan forandres.

6. Teori

Med dette kapitel dannes der, set i lyset af specialets videnskabsteoretiske grundlag, hermeneutikken, en teoretisk forståelsesramme til bearbejdning af specialets problemformulering. Dette sker med henholdsvis didaktisk teori med hovedfokus på didaktiske spørgsmål udformet af Jank og Meyer og det organisationsteoretiske rollebegreb. Ved at bidrage med ny forståelse og sætte denne i relation til problemfeltet, anvendes disse teoretiske tilgange til at udfolde forforståelsen, hvorfra undersøgelsen tilgås. Herved danner teorien udgangspunkt for den metodemæssige fremgangsmåde og den efterfølgende empiriske analyse og diskussion til besvarelse af problemformuleringen.

6. 1. Didaktik

Didaktik omhandler undervisning og læring i teori og praksis (Jank & Meyer, 2010; Vedtofte, 2009). Her forstås undervisning som kommunikation eller en aktivitet af intentionel karakter, hvormed formålet er at forandre individer eller stimulere læring. Læring forstås som et operationelt systems strukturændringer. Læring fordrer således forandring. (Rasmussen, 2004) Didaktik kan både før, under og efter undervisnings- og læringssituationer fungere som et redskab til at målrette og tilrettelægge undervisningen og læringen (Jank & Meyer, 2010; Vedtofte, 2009). Set fra et didaktisk perspektiv omhandler specialets problemformulering at forandre Sundhedscenter Aalborgs indsats med henblik på at lære medarbejdere på virksomheder, der modtager sundhedsrådgivning, at tillægge sig en sund adfærd. Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgivning til virksomheder betragtes her som undervisning, hvorigennem medarbejdere skal tillære sig en sund adfærd. For at læringen kan finde sted skal der med udgangspunkt i didaktikken afklares en række didaktiske overvejelser om undervisningssituationen (Vedtofte, 2009). For at systematisere disse overvejelser og analysere undervisningen anvendes der en didaktisk model (Vedtofte, 2009), som er udviklet af Jank og Meyer (2010). Modellen beskrives i det følgende.

6. 1. 1. Jank og Meyers ni didaktiske spørgsmål

Jank og Meyers didaktiske model består af ni spørgsmål, der lyder som følger: *Hvem skal lære? Hvad skal læres? Af hvem skal der læres? Hvornår skal der læres? Med hvem skal der læres? Hvor skal der læres? Hvordan skal der læres? Ved hjælp af hvad skal der læres? Hvorfor skal der læres?* (Jank & Meyer, 2010) Modellen tager, ifølge Vedtofte, afsæt i en bred didaktisk opfattelse, der foruden at rumme den klassiske opfattelse i form af undervisers overvejelser om undervisningens formål, mål, deltagerforudsætninger, indhold, metode og evaluering, indbefatter overvejelser om relationen og vekselvirkningen mellem underviser og lærende. I modellen anses didaktiske overvejelser som værende cykliske, da der er

mulighed for at ændre eller tilpasse svarene på de enkelte spørgsmål afhængigt af måden, hvorpå undervisningssituationen udspiller sig mellem underviser og lærende. (Vedtofte, 2009) Jank og Meyers model uddybes nedenfor ved at beskrive hvert af de ni didaktiske spørgsmål og sætte disse i relation til Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder.

Hvem skal lære?

Første didaktiske spørgsmål omhandler, hvem der skal modtage undervisning og lære (Jank & Meyer, 2010). Der er således tale om den lærendes forudsætninger. Gennem afdækning heraf kan undervisning tilrettelægges efter den enkelte lærende eller gruppe af lærende. Det gør sig gældende, at jo flere deltagerforudsætninger, der afdækkes og overvejes som led i undervisningsplanlægningen, des mere præcis kan undervisningen tilpasses dens målgruppe. Forudsætningerne kan ifølge Vedtofte være af generel eller specifik karakter. Generelle forudsætninger forstås som et sæt af fælles forudsætninger, som en given gruppe af lærende formodes at besidde, eksempelvis uddannelsesmæssig og kulturel baggrund. Specifikke forudsætninger forstås som et spektrum af forudsætninger, som den enkelte lærende besidder, herunder faktaforhold som eksempelvis køn, alder og fysisk tilstand, følelsesmæssige forhold i form af psykisk tilstand og motivationelle forhold i form af motivation for at lære. (Vedtofte, 2009) I Sundhedscenter Aalborgs indsats er det medarbejdere på virksomheder beliggende i Aalborg Kommune, der skal lære. Medarbejdernes generelle forudsætninger forventes at være et lavt uddannelsesniveau, og da lavtuddannede i større grad end højtuddannede ophober sundhedsrisikofaktorer (Christensen et al., 2014; Diderichsen, 2011; Juel, 2011), indgår medarbejderne formodentlig i en mindre sund kultur. Medarbejdernes specifikke forudsætninger afdækkes i forhold til den enkelte. Det er uvist i hvor stor udstrækning, at en sådan afdækning finder sted som led i sundhedsrådgivningen, men det kan tænkes at indgå i sundhedstjek af medarbejdere og afspejles i medarbejdernes deltagelse i tiltag, der implementeres på arbejdspladsen.

Hvad skal læres?

Andet didaktiske spørgsmål omhandler selve indholdet af læringen. Spørgsmålet betragtes i forhold til tre aspekter, der kan diktere, hvad der skal læres. Aspekterne vedrører kilder til undervisningens indhold, tilgrundliggende kriterier for udvælgelse af indholdet og ansvarlige beslutningstagere for indholdet. (Jank & Meyer, 2010) Læringsindholdet eller genstanden for undervisningen afgøres ifølge Vedtofte af de læringsmål, der fastlægges for den konkrete undervisning og de eller den konkrete lærende. Mål er på denne måde retningsgivende for, hvilken læring de lærende skal tilegne sig. Underviser tematiserer indhold til undervisningen med henblik på at sikre, at den lærende opnår de

opstillede læringsmål. Som led i tematiseringen heraf indgår overvejelser og indholdet og dets karakteristika. (Vedtofte, 2009) I Sundhedscenter Aalborgs indsats består undervisningens læringsmål af sund adfærd relateret til KRAM-faktorerne. Det skal læres, hvordan en sund adfærd implementeres. Heraf afledes undervisningens og læringens indhold til at være rådgivning om sundhedsfremme tiltag på arbejdspladsen. Kilder til undervisningens indhold stammer fra Sundhedsstyrelsen og dennes anbefalinger om KRAM-relateret sundhedsadfærd, som sundhedsrådgivningen bygges på. Undervisningens indhold udvælges på baggrund af kriterier om, hvad den enkelte virksomhed ønsker og eventuelt har behov for. Virksomhedens behov kan identificeres ved sundhedstjek af medarbejderne, hvor resultaterne anvendes til at rådgive om implementering af tiltag målrettet bestemte KRAM-faktorer. De ansvarlige beslutningstagere for indholdet er virksomhedens ledelse, HR-medarbejdere eller lignende, da disse aktører afgør, hvilke tiltag der implementeres på arbejdspladsen som følge af sundhedsrådgivningen herom.

Af hvem skal der læres?

Tredje didaktiske spørgsmål omhandler, hvem der skal varetage undervisningen af de lærende (Jank & Meyer, 2010). Underviserens rolle er interessant at medtænke i de didaktiske overvejelser, der ligger til grund for en undervisningssituation, fordi at den indgår i relationen og interaktionen mellem underviser og den lærende. Undervisens rolle skal overvejes i forhold til faglighed og fortrolighed. (Vedtofte, 2009) I Sundhedscenter Aalborgs indsats er det sundhedsprofessionelle, der påtager sig underviserrollen. Undervisningen kan betragtes som værende opdelt på flere niveauer med forskellige undervisere. For det første udfolder undervisningssituationen sig mellem Sundhedscenter Aalborg og den enkelte virksomhed. Her er underviseren en sundhedsrådgiver fra Sundhedscenter Aalborg, der skal varetage undervisningen i form af sundhedsrådgivning om implementering af tiltag på arbejdspladsen. Sundhedsrådgiverens rolle bygger dels på dennes faglighed i forhold til KRAM-relaterede sundhedsanbefalinger og tiltag på arbejdspladsen, dels på dennes fortrolighed i relationen til den enkelte virksomhed. For det andet udfolder undervisningssituationen sig mellem den eller de ansvarshavende for det enkelte tiltag, der implementeres på arbejdspladsen, og medarbejderne, der skal lære at forandre deres sundhedsadfærd. Den eller de ansvarshavende kan eksempelvis være sundhedsprofessionelle, hvis rolle bygger på deres pågældende faglige baggrund og fortrolighed i relationen til den enkelte virksomhed og dens medarbejdere.

Hvornår skal der læres?

Fjerde didaktiske spørgsmål omhandler, hvornår læringen skal foregå (Jank & Meyer, 2010). Dette vedrører undervisningens praktiske forhold i form af en tidsmæssig ramme, som undervisningen finder sted indenfor (Vedtofte, 2009). Da Sundhedscenter Aalborgs indsats orienteres mod at gøre det sundt at gå på arbejde (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013), kan arbejdstiden udgøre den fysiske ramme for undervisningen. Hvis dette ikke er tilfældet, skal læringen tilrettelægges med henblik på at muliggøre transfer til arbejdstiden.

Det, der læres i en undervisningssituation på arbejdspladsen, producerer ikke nødvendigvis effekter i andre kontekster, hvilket kan omtales som et transferproblem. Problemet rejser et spørgsmål om, hvordan undervisning kan tilrettelægges på en måde, hvor den lærende har mulighed for at anvende den tillærte viden fra læringssituationen. (Illeris et al., 2004) Transfer handler om, hvordan et lærende individ kan transferere viden og evner, der er lært i en undervisningssituation, til andre situationer, hvortil det tillærte transformeres og tilpasses, således at det kan anvendes. I denne proces forandres tillært viden og evner ved at inkludere og anvende det i nye, konkrete situationer. Transferering af læring mellem flere forskellige læringskontekster forudsætter, at der etableres en samhørighed mellem de respektive situationer. Dette være sig i den lærendes kognition og i praksis. Transfer er situeret i den forstand, at deltagelsesformer transmitteres mellem forskellige situationer, hvorfor samhørighed etableres ved at fokusere på måden, hvorpå forskellige kontekster i fællesskab kan opbygge nye praksisser. Det er særligt udfordrende at foretage transfer fra en undervisningssituation til en arbejdsplads, da der er væsentlige forskelle mellem lærings- og anvendelsessituationen. Forskelligheden begrundes i det komplekse samspil, som transfer foregår i. Samspillet involverer følgende fem faktorer og disses interaktion: læringssituationen, den lærende og dennes kvalifikationer, motivation og interesse, indholdet, hvordan indholdet skal anvendes og konteksten eller situationen, hvor indholdet skal anvendes. (Illeris et al., 2004)

Med hvem skal der læres?

Femte didaktiske spørgsmål omhandler, hvem læringen skal foregå med (Jank & Meyer, 2010). I Sundhedscenter Aalborgs indsats foregår læringen med virksomhedens medarbejdere, der tilsammen udgør en gruppe af lærende. Medarbejderes deltagelse i læringen i form af tiltag på arbejdspladsen afhænger af, hvorvidt der er tale om miljø- eller tilbudsrettede tiltag. Ved miljørettede tiltag foregår læringen med samtlige ansatte på den enkelte virksomhed. Ved tilbudsrettede tiltag foregår læringen med ansatte, der frivilligt ønsker at tillære sig en sund adfærd, fordi de enten har lyst til eller behov for dette. Det kan tænkes, at læringen som oftest foregår blandt kollegaer, der alle besidder en sundhedsrisiko relateret til en bestemt KRAM-faktor.

Hvor skal der læres?

Sjette didaktiske spørgsmål omhandler lokaliteten for, hvor læringen skal foregå (Jank & Meyer, 2010). Dette vedrører undervisningens praktiske forhold i form af fysiske rammer for, hvor undervisningen inder sted (Vedtofte, 2009). Da Sundhedscenter Aalborgs indsats orienteres mod at gøre det sundt at gå på arbejde (Udvalget for Sundhed og Bæredygtighed, 2013), kan arbejdspladsen udgøre den fysiske ramme for undervisningen. Hvis dette ikke er tilfældet, skal læringen tilrettelægges med henblik på at muliggøre transfer til arbejdspladsen.

Hvordan skal der læres?

Syvende didaktiske spørgsmål omhandler, hvilke metoder læringen skal foregå ved hjælp af (Jank & Meyer, 2010). Der er således tale om metoder for praktisering og formidling af undervisning (Vedtofte, 2009). I Sundhedscenter Aalborgs indsats foregår læringen ved hjælp af en sammensat undervisningsmetode, der består af henholdsvis sundhedsrådgivning og implementering af tiltag i arbejdsrelaterede rammer. Rådgivningen og tiltagene kan praktiseres og formidles på forskellig vis. Rådgivningen udformes afhængigt af den enkelte virksomheds ønsker og behov, men den omhandler i alle tilfælde, hvordan den enkelte virksomhed kan implementere KRAM-relaterede tiltag på arbejdspladsen. Tiltagenes udformes ligeledes afhængigt af den enkelte virksomheds ønsker og behov.

Ved hjælp af hvad skal der læres?

Ottende didaktiske spørgsmål omhandler, hvilke læremidler der kan benyttes i læringen (Jank & Meyer, 2010). I Sundhedscenter Aalborgs indsats læres der ved hjælp af miljø- og tilbudsrettede læremidler, der fremkommer på baggrund af implementerede KRAM-relaterede tiltag på arbejdspladsen. Et konkret eksempel på et miljørettet læremiddel kan være en røgfri arbejdsramme, hvormed en virksomheds medarbejdere kan lære at udvise en sund, røgfri adfærd på arbejdspladsen. Et konkret eksempel på et tilbudsrettet læremiddel kan være et firmamedlemskab af et fitnesscenter, hvormed en virksomheds ansatte lærer at udvise en sund, fysisk aktiv adfærd i relation til deres arbejde.

Hvorfor skal der læres?

Niende didaktiske spørgsmål omhandler, hvorfor de lærende skal lære (Jank & Meyer, 2010). Der er således tale om undervisningens overordnede formål, der danner grundlag og er retningsgivende for de øvrige didaktiske overvejelser. Undervisningens formål skal ifølge Vedtofte begrundes på forskellige niveauer, herunder individ-, samfunds- og samfundsøkonominiveau. (Vedtofte, 2009) I Sundhedscenter

Aalborgs indsats læres der med udgangspunkt i formålet hermed, der er dels at reducere social ulighed i sundhed, dels at motivere virksomheder til at implementere tiltag på arbejdspladsen (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013). Indsatsens formål kan begrundes i de konsekvenser, som social ulighed i sundhed kan have for den enkelte medarbejder, samfundet og samfundsøkonomien. For den enkelte medarbejder kan læring gennem sundhedsrådgivning afhjælpe nedsat funktionsevne, der udgør en begrænsende faktor for at leve det liv, der ønskes at leve (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011; Hvass et al., 2012). For samfundet kan læring gennem sundhedsrådgivning afhjælpe det danske midllevetidsproblem (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011; Juel, 2011). For samfundsøkonomien kan læring gennem sundhedsrådgivning afhjælpe den økonomiske belastning, der forbindes med produktionstab som følge af reduceret arbejdsdygtighed og funktionsevne (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011; Hvass et al., 2012).

Jank og Meyers didaktiske model danner således en forståelsesramme for, hvordan Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder som undervisning tilrettelægges, således at virksomhedernes medarbejdere kan lære at implementere en sund adfærd. Gennem de ni didaktiske spørgsmål er der dannet følgende forforståelse af problemfeltet: Den enkelte medarbejder skal lære, hvordan vedkommende implementerer en sund adfærd. Læringen skal finde sted som følge af undervisning af Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgiver i arbejdsrelaterede rammer. Undervisningen tager form som sundhedsrådgivning og implementering af tiltag på arbejdspladsen, der indebærer miljø- og tilbudsrettede læremidler. Dens overordnede formål, der begrundes i individuelle, samfundsmæssige og samfundsøkonomiske konsekvenser, er dels at reducere social ulighed i sundhed, dels at motivere virksomheder til at implementere tiltag på arbejdspladsen. Denne forforståelse danner fremadrettet grundlag for undersøgelsens metode, analyse og diskussion, hvorigennem specialets problemformulering ønskes bearbejdet ved at opnå forståelse for, hvordan sundhedsrådgivningen kan forandres, således at medarbejdere påvirkes til at tillære sig en sund adfærd.

6. 2. Organisationsteori

Organisationsteori bidrager til forståelse af, hvordan organisationer fungerer. Her forstås en organisation, eksempelvis en virksomhed, som et socialt system, der er skabt for at løse en bestemt opgave og derigennem opfylde bestemte mål. (Jacobsen & Thorsvik, 2008) Set fra et organisatorisk perspektiv involverer specialets genstandsfelt i kraft af indsatsen med sundhedsrådgivning flere organisationer med forskellige funktioner, herunder Sundhedscenter Aalborg, der rådgiver, og virksomheder, der modtager rådgivning. Da Sundhedscenter Aalborg har begrænset råderum i forhold

til at udføre dets funktion på virksomheder, kan der ikke opnås en dækkende forståelse af genstandsfeltet ud fra et didaktisk perspektiv, hvorfor det suppleres med et relevant begreb fra organisationsteorien.

6.2.1. Rollebegrebet

Rollebegrebet kan anvendes til at forstå, på hvilket grundlag en organisation ansætter dens medarbejdere. Organisationen inkluderer medarbejdere med henblik på udfylde en bestemt funktion i organisationen. Medarbejdere inkluderes således i organisation med udgangspunkt i en række forventningsafhængige, forudbestemte og selektive konstruktioner, der er indlejret i organisationen. En given funktion i en organisation giver muligheder og opstiller krav til medarbejdere, der ansættes til at varetage funktionen, hvilket bevirker, at medarbejderne kan udspille rollen på forskellige måder. Organisationer har ikke beslutningskompetencer i andre organisationer og kan derfor ikke bestemme over dem. (Vardinghus-Nielsen, 2014) Imidlertid er organisationer – for at opretholde sig selv – mere eller mindre afhængige af andre organisationer, der er villige til at levere økonomiske ressourcer, fordi de har behov for organisationernes funktioner og produkter (Jacobsen & Thorsvik, 2008). I Sundhedscenter Aalborgs indsats indgår Sundhedscenter Aalborg og virksomheder og disses funktioner i et samspil. Sundhedscenter Aalborgs funktion er i kraft af dets overordnede formål og formålene med indsatsen at bedrive sundhed (Hagen, 2006; Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013; Aalborg Kommune a). Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgiver, der varetager indsatsen, inkluderes således i organisationen med henblik på at understøtte denne funktion. Den måde, hvorpå sundhedsrådgiveren opfører sig i en organisatorisk sammenhæng, sker med udgangspunkt i de muligheder og krav, funktionen medfører. Den enkelte virksomheds funktion er økonomisk ressourcefordeling (Hagen, 2006; Qvortrup, 1998). Virksomhedens medarbejdere inkluderes således i organisationen med henblik på at understøtte funktionen om økonomisk ressourcefordeling. Den måde, hvorpå beslutningstagere, der er ansvarlige for kontakten med Sundhedscenter Aalborg, opfører sig i en organisatorisk sammenhæng, sker med udgangspunkt i de muligheder og krav, funktionen medfører. Organisationer og deres medarbejdere koncentrerer sig således om hver deres funktion, som de forsøger at udfolde gennem indsatsen med sundhedsrådgivning. I forbindelse med indsatsen med sundhedsrådgivning kan Sundhedscenter Aalborg og den enkelte virksomhed betragtes som gensidigt afhængige organisationer. På den ene side er Sundhedscenter Aalborg med henblik på at udfolde sin funktion afhængig af, at den enkelte virksomhed afsætter ressourcer til at varetage medarbejdernes sundhed. På den anden side er den enkelte virksomhed med henblik på at udfolde sin funktion afhængig af, at Sundhedscenter Aalborg afsætter ressourcer til at varetage medarbejdernes sundhed, således at sygefraværet blandt virksomhedens medarbejdere mindskes, og virksomhedens produktivitet øges. De

virksomheder, som Sundhedscenter Aalborg rådgiver, er selvstændige organisationer, hvis funktion ikke er at bedrive sundhed, men økonomisk ressourcefordeling. Organisationers selvstændighed gør, at Sundhedscenter Aalborg ikke kan træffe beslutninger på vegne af den enkelte virksomhed. Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse er underlagt nogle vilkår og betingelser uden for dets kontrol. Dette betyder, at Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse er afhængig af, at der findes personer ansat i rollen med funktionen at iagttage organisationen ud fra en sundhedsiagttagelse, og med funktionen at bedrive sundhed.

Rollebegrebet danner således en organisatorisk forståelsesramme for, hvordan Sundhedscenter Aalborg udfolder sin funktion i dets indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder. Denne forforståelse danner fremadrettet grundlag for undersøgelsens analyse og diskussion, hvorigennem specialets problemformulering ønskes bearbejdet ved at opnå forståelse for, hvordan sundhedsrådgivningen kan forandres, således at medarbejdere påvirkes til at tillære sig en sund adfærd.

7. Metode

I dette kapitel begrundes og beskrives den metodemæssige fremgangsmåde, der anvendes til bearbejdning af specialets problemformulering. Kapitlet er struktureret i afsnit omhandlende forskningstype, undersøgelsesdesign og metoder. Gennem denne beskrivelse anskueliggøres metodikken for indsamling af data, hvormed specialets problemformulering kan besvares.

7. 1. Metodiske forskningstyper

Specialets problemformulering blev opdelt i og besvaret ved hjælp af en række underspørgsmål, der i relation til specialets videnskabsteoretiske grundlag, hermeneutikken, fordrede anvendelse af en given forskningstype og dertilhørende kvalitetskriterier (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). For at undersøge, hvordan Sundhedscenter Aalborgs indsats påvirkede medarbejdernes sundhedsadfærd, og hvilke forandringsmuligheder der kunne opstilles i relation hertil, blev der taget afsæt i den forstående forskningstype. Den forstående forskningstype er anvendelig i tilfælde, hvor spørgsmål om individers meninger ønskes besvaret (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Dette var et relevant spørgsmål i dette speciale, hvor der som led i problembearbejdningen ønskedes svar på, hvordan medarbejdere blev påvirket af Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgivning til virksomheder. For at besvare dette spørgsmål skulle det forstås, hvordan medarbejdere på virksomheder, der havde modtaget sundhedsrådgivning, oplevede indsatsen. Den forstående forskningstype fordrer designs og underliggende metoder af kvalitativ form. Kvalitetskriterier for sådanne undersøgelsesmetoder er reliabilitet, validitet, spejl, helhed og overførbarhed. (Kvale & Brinkmann, 2009; Launsø, Olsen & Rieper, 2011)

7. 2. Undersøgelsesdesign

Specialeundersøgelsens design skulle i kraft af problemfeltets orientering mod den forstående forskningstype bidrage med forståelse af problemformuleringen, hvilket kunne opnås ved at designe undersøgelsen som et casestudie (Antoft & Salomonsen, 2007; Launsø, Olsen & Rieper, 2011).

7. 2. 1. Et casestudie

Et casestudie kan ifølge Yin defineres som en detaljeret empirisk undersøgelse af et samtidigt fænomen og dets kontekst, hvor grænserne mellem fænomenet og konteksten er uklar (Yin, 2009). Casestudiet anvendes som design i situationer, hvor der er mange interessante variable. Som følge heraf bygges casestudiet på flere datakilder og på en forudgående teoretisering, der er anvisende for indsamling og

analyse af data. Formålet med et casestudie er således at opnå en detaljeret forståelse af et udvalgt fænomen eller en case fra den virkelige verden i sin naturlige sammenhæng. En sådan forståelse indbefatter kontekstuelle forhold, fordi at et fænomen fra den virkelige verden ofte er uadskilleligt fra dets kontekst. (Ramian, 2007; Yin, 2009) Uadskilleligheden mellem fænomen og kontekst skyldes, at et fænomen antageligvis påvirkes af dets kontekst, forstået som omgivelser. Der er tale om et komplekst fænomen. (Launsø, Olsen & Rieper, 2011) Denne uadskillelighed kan tilskrives, at en case er en del af en given social sammenhæng eller større population ved enten at repræsentere eller relatere sig til den (Antoft & Salomonsen, 2007). Det er altså relevant at anvende casestudiet som design i situationer, hvor det antages, at der er en sammenhæng mellem et fænomen og dets kontekst, og hvor det er interessant eller nødvendigt at anvende flere dataindsamlingsmetoder (Antoft & Salomonsen, 2007; Launsø, Olsen & Rieper, 2011; Yin, 2009).

I dette speciale blev undersøgelsen designet som et casestudie, fordi specialets genstandsfelt repræsenterede et komplekst og kontekstuel problem, der var interessant at belyse ved hjælp af flere dataindsamlingsmetoder. Dette uddybes nedenfor, hvor speciale undersøgelsesdesign anskueliggøres med udgangspunkt i fire faser, som et casestudie ifølge Yin kan opbygges i. Faserne omhandler henholdsvis *Definition af case og analyseenheder*, *Udvikling af teoretisk referenceramme*, *Identifikation af design for casestudie* og *Kvalitetsbedømmelse*.

Definition af case og analyseenheder

En case udvælges med henblik på at besvare problemformuleringen, mens analyseenheder udvælges med henblik på at afgrænse og undersøge den udvalgte case (Ramian, 2007; Yin, 2009). For at undersøge, hvordan Sundhedscenter Aalborgs indsats kunne forandres, således at funktionsudfoldelsen blev styrket, ønskedes det at belyse funktionsudfoldelsen på en eller flere virksomheder, der herved fungerede som case eller cases.

Rekrutteringsprocessen af virksomheder forløb som følger. En kontaktperson fra Sundhedscenter Aalborg, der varetog indsatsen med sundhedsrådgivning til virksomheder, kontaktede virksomheder, som havde modtaget sundhedsrådgivning. I denne forbindelse udleveredes et informationspapir, jf. Bilag 1, med grundlæggende oplysninger omhandlende specialeundersøgelsen og kontaktoplysninger, således at interesserede virksomheder kunne tage direkte kontakt til projektgruppen. Informationspapiret udformedes med letlæselige formuleringer med henblik på at gøre oplysningerne overskuelige og forståelige for enhver potentiel samarbejdspartner. Resultatet af rekrutteringsprocessen var, at en virksomhed, fremadrettet omtalt som Virksomhed X, indvilgede i at deltage i undersøgelsen. Gennem en samtale med projektgruppens kontaktperson på Virksomhed X blev

der opnået faktuelle baggrundsinformationer til beskrivelse af casen. Virksomhed X var en offentlig virksomhed med 150 medarbejdere, hvoraf 125 var kørende personale, og 25 arbejdede i virksomhedens administrative afdeling. Medarbejdernes uddannelsesniveauer var forskellige. Det kørende personale var hovedsagligt ufaglærte medarbejdere, mens administrationspersonalet havde boglige uddannelser. Virksomhed X havde således både lavt- og højtuddannede medarbejdere.

Sundhedsrådgivning på Virksomhed X kunne betragtes som et komplekst fænomen, fordi det blev påvirket af dets kontekst i form af Virksomhed X. For at bearbejde specialets problemformulering skulle sundhedsrådgivning på Virksomhed X og dens påvirkning af medarbejderne ses i lyset af rammerne på virksomheden. Dette blev gjort med casens analyseenheder, som blev defineret som medarbejdernes oplevelser af de tiltag, der var indført som følge af sundhedsrådgivningen. Ideen med disse analyseenheder var at opnå indsigt i, hvordan det var muligt at forandre og styrke Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgivning til virksomheder med henblik på at påvirke medarbejderne og forbedre disses sundhedsadfærd.

Udvikling af teoretisk referenceramme

I casestudier udgør teori et vigtigt element i undersøgelsens indledende fase. Teorien ligger til grund for dataindsamlingen, da den er bestemmende for forståelsen af, hvad der undersøges. Som led i undersøgelsens designproces opbygges der således en teoretisk referenceramme, hvorfra begivenheder, handlinger og tanker kan forstås. (Yin, 2009) Afsnit 6.1 udgjorde dataindsamlingens teoretiske referenceramme.

Identifikation af design for casestudie

Undersøgelsen designedes som et enkeltcasestudie, der således indbefattede en enkelt case (Ramian, 2007; Yin, 2009). Dette design blev valgt, fordi det undersøgte fænomen i form af sundhedsrådgivning fra Sundhedscenter Aalborg blev betragtet som værende kontekstafhængig, hvor det optrådte som et enkelttilfælde på den enkelte virksomhed. Rationalet bag udvælgelsen af Virksomhed X som case var at indfange medarbejdernes oplevelser af sundhedsrådgivning på netop denne virksomhed.

Kvalitetsbedømmelse

Kvaliteten af casestudier som design kan håndteres ved hjælp af en række procedurer, der vedrører forhold relateret til designkvalitet (Yin, 2009). Dette speciales undersøgelsesdesign blev bygget på den forstående forskningstype og dennes kvalitetskriterier: reliabilitet, validitet, spejl, helhed og

overførbarhed. (Kvale & Brinkmann, 2009; Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Relevante kvalitetskriterier søgtes sikret som led i henholdsvis undersøgelsens design og underliggende metoder. Dette anskueliggøres herunder og i Afsnit 7.3.1 og Bilag 6.

Reliabilitet omhandler de producerede resultaters konsistens, og hvorvidt andre forskere er i stand til at reproducere samme resultater. I kvalitative undersøgelser kan reliabiliteten sikres ved at gøre undersøgelsen transparent gennem fyldestgørende beskrivelser af dokumentation og argumentation. (Kvale & Brinkmann, 2009; Ramian, 2007) Dette søgtes gjort i denne undersøgelse. Intern validitet omhandler resultaters gyldighed, således at der måles det, der er tiltænkt med undersøgelsen (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Den interne validitet søgtes sikret ved at udvælge en case i form af Virksomhed X, der relaterede sig til problemfeltet ved at have modtaget sundhedsrådgivning som led i Sundhedscenter Aalborgs indsats. Helhedskriteriet omhandler, at sociale og institutionelle sammenhænge inddrages i undersøgelsen (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Helhedskriteriet søgtes sikret ved at betragte det undersøgte fænomen i form af sundhedsrådgivningen i dets konkrete kontekst i form af Virksomhed X. Således betragtedes den udvalgte case i dens helhed. Overførbarhed eller ekstern validitet omhandler resultaters gyldighed og muligheder for generalisering ud over undersøgelsens specifikke målpopulation (Juil, 2012). Da casen i form af sundhedsrådgivning på Virksomhed X ansås som et kontekstafhængigt enkelttilfælde, syntes mulighederne for overførbarhed til sundhedsrådgivning på andre virksomheder at være begrænsede. Mulighederne for overførbarhed søgtes sikret ved at inkludere teori heri og ved at relatere konklusionerne til andre studier (Launsø, Olsen & Rieper, 2011; Yin, 2009).

7.3. Anvendte metoder

For at undersøge, hvordan indsatsen påvirkede medarbejdernes sundhedsadfærd, og hvilke forandringer der kunne implementeres i indsatsen for at påvirke medarbejdernes sundhedsadfærd, anvendtes kvalitative forskningsinterviews med medarbejdere. Interviewene blev suppleret af en systematisk litteratursøgning, hvormed hensigten var at tilvejebringe viden om, hvordan medarbejderes sundhedsadfærd kunne påvirkes af sundhedstiltag på arbejdspladsen, der mindede om dem, som Sundhedscenter Aalborg rådgav virksomheder om at indføre. Den kvalitative interviewundersøgelse og den systematiske litteratursøgning blev således kombineret med henblik på at besvare specialets problemformulering.

7.3.1. Interviewundersøgelse

Problemformuleringens underspørgsmål omhandlende påvirkningen af Sundhedscenter Aalborgs indsats på medarbejderes sundhedsadfærd blev bearbejdet ved hjælp af kvalitative forskningsinterviews. Det kvalitative forskningsinterview beskrives af Kvale som et interview, hvormed formålet er fortolke betydningen af interessante fænomener gennem beskrivelser af en interviewpersons livsverden (Kvale, 1997), som kommer til udtryk i en samtale mellem forsker og interviewpersonen ved at lade interviewpersonen udtrykke dertil relaterede synspunkter og opfattelser af dennes erfaringer, omgivelser og sig selv (Kvale & Brinkmann, 2009; Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Fortolkning og samtale udgør et essentielt element for forståelse i hermeneutisk sammenhæng (Birkler, 2005; Holm, 2011). Derfor kunne det kvalitative forskningsinterview siges at hvile på specialets videnskabsteoretiske grundlag. Herigennem blev anvendelsen af det kvalitative forskningsinterview som metode til bearbejdning af specialets problemformulering begrundet ved at undersøge synspunkter og opfattelser om Sundhedscenter Aalborgs indsats hos medarbejdere en virksomhed, der havde modtaget sundhedsrådgivning. I det følgende beskrives fremgangsmåden for og overvejelserne bag denne interviewundersøgelse med inspiration fra syv faser, som Kvale og Brinkmann præsenterer (Kvale & Brinkmann, 2009). Faserne er henholdsvis tematisering, design, interview, transskription, analyse, verifikation og rapportering. (Kvale & Brinkmann, 2009)

Tematiseringsfasen

I tematiseringsfasen opnås kendskab til det udvalgte tema for interviewundersøgelsen med henblik på senere at udforme relevante interviewspørgsmål. Dette sker ved at belyse, hvad der ønskes undersøgt, og hvorfor det ønskes undersøgt. (Kvale & Brinkmann, 2009) I dette speciale foregik tematiseringen i Kapitel 2, hvori der blev dannet et vidensgrundlag for udformning af forskningsspørgsmål, der i forhold til nærværende interviewundersøgelse tog form som underspørgsmålene i Kapitel 4.

Designfasen

I designfasen planlægges den metodiske fremgangsmåde for interviewundersøgelsen. Denne planlægning involverer overvejelser om samtlige faser af interviewundersøgelsen, da faserne er gensidigt afhængige. (Kvale, 1997; Kvale & Brinkmann, 2009) Metoden bag udvælgelse og rekruttering af interviewpersoner, forskningsetiske overvejelser, interviewenes struktureringsgrad, interviewguide og interviewenes rammer anskueliggøres nedenfor.

Udvælgelse og rekruttering af interviewpersoner

Udvælgelse og rekruttering af interviewpersoner foregik i forlængelse af proceduren for udvælgelse og rekruttering af undersøgelsens konkrete case, der blev beskrevet i Afsnit 7.2.1. Efter at der var opnået kontakt til Virksomhed X, forløb udvælgelses- og rekrutteringsprocessen af interviewpersoner som følger. Efter korrespondance med projektgruppens kontaktperson på Virksomhed X blev det aftalt, at vedkommende skulle forsøge at rekruttere medarbejdere, der havde deltaget i sundhedstiltag, der var indført på virksomheden som følge af sundhedsrådgivning fra Sundhedscenter Aalborg. Resultatet af denne rekrutteringsproces var, at tre medarbejdere indvilgede i at deltage i interviewundersøgelsen. Som supplement til disse interviews blev der foretaget et interview med kontaktpersonen på Virksomhed X. Dette interview var oprindeligt tænkt som et ekspertinterview, hvormed hensigten var at tilvejebringe faktuelle baggrundsplysninger til beskrivelse af Virksomhed X som case. Interviewet med kontaktpersonen viste sig i mellemtiden at bidrage med interessante aspekter til brug i analysefasen. Som følge heraf blev interviewet med kontaktpersonen på Virksomhed X anvendt som et supplement til interviewene med medarbejderne.

Forskningsetiske overvejelser

Med begrebet etik refereres der til opfattelsen af, hvordan mennesker bør handle, tænke og være. Det er vigtigt at foretage etiske overvejelser som led i hele forløbet af en interviewundersøgelse, fordi en sådan undersøgelse påvirker interviewpersonerne og forståelsen af menneskets vilkår. (Kvale & Brinkmann, 2009) I designfasen blev der rettet opmærksomhed mod etiske overvejelser forbundet med interviewpersoners deltagelse i interviewundersøgelsen, hvilket indebærer indhentning af informeret samtykke fra interviewpersonerne. Dette foregik ved, at forskeren informerede hver interviewperson om den forestående undersøgelse, hvortil der indhentes informeret samtykke, jf. Bilag 2 og 3. Informationen omfattede en kort introduktion til forskernes baggrund, undersøgelsens overordnede formål og metode, interviewets hovedemner, begrundelse for udvælgelse af interviewpersonen, tidsramme for interviewet og retningslinjer for medvirken. I forhold til retningslinjer for medvirken i interviewundersøgelsen blev interviewpersonerne oplyst om, at interviewet blev lydoptaget og transskriberet, at de blev sikret fortrolighed, således at personlige informationer forblev uidentificerbare og utilgængelige i den færdige afrapportering, at specialet skulle offentliggøres i Aalborg Universitets projektbibliotek og at deltagelse var frivillig, således at de til enhver tid havde mulighed for at trække sig ud af undersøgelsen. (Kvale & Brinkmann, 2009; Launsø, Olsen & Rieper, 2011) Informationen søgtes tilpasset målgruppen for Sundhedscenter Aalborgs indsats ved at anvende letforståelige formuleringer og undgå eller forklare fagtermer. Informationsniveauet søgtes balanceret, således at interviewpersonerne havde tilstrækkelig viden om interviewundersøgelsen til at deltage, uden at det ville influere på interviewenes validitet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Interviewenes struktureringsgrad

I dette speciale anvendtes semistrukturerede interviews. De semistrukturerede interviews indebar både en vis struktur og en vis åbenhed. Strukturen kom til udtryk ved, at interviewspørgsmål planlagdes forud for interviewene, mens åbenheden kom til udtryk ved, at der var mulighed for at afvige fra planen, såfremt at forskeren vurderede dette relevant i interviewsituationen. Strukturen skulle sikre, at planlagte spørgsmål blev berørt, mens åbenheden skulle sikre, at der var mulighed for at ændre og tilføje spørgsmål under interviewet. Forholdet mellem struktur og åbenhed var afgørende for metodemæssigt valg af semistrukturerede interviews i dette speciale, da det ønskedes at besvare de opstillede interviewspørgsmål og åbne op for og forfølge interessante aspekter af interviewpersonens udtalelser, hvormed besvarelsen af forskningsspørgsmålene kunne suppleres. (Brinkmann & Tanggaard, 2010; Kvale, 1997; Kvale & Brinkmann, 2009)

Interviewguide

Forud for udførelsen af semistrukturerede interviews blev der udarbejdet en interviewguide til henholdsvis interviews med medarbejdere, jf. Bilag 4, og interview med kontaktpersonen på Virksomhed X, jf. Bilag 5. Disse interviewguides fungerede som strukturerende vejledninger, der var mulighed for at afvige fra i interviewsituationerne. Interviewene tog således afsæt i interviewguiderne og disses interviewspørgsmål. Interviewspørgsmålene til medarbejderne blev udformet på baggrund af forskningsspørgsmål relateret til specialets problemformulering. Interviewspørgsmålene til kontaktpersonen blev oprindeligt udformet med henblik på at tilvejebringe faktuelle baggrundoplysninger om Virksomhed X. (Brinkmann & Tanggaard, 2010; Kvale, 1997; Kvale & Brinkmann, 2009)

Det var vigtigt, at spørgsmålene i interviewguiden blev tilpasset de udvalgte interviewpersoner (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). I relation hertil blev interviewpersonernes karakteristika og motivation for deltagelse overvejet. Interviewpersonerne var lavtuddannede medarbejdere på Virksomhed X, hvilket der blev taget højde for ved at formulere interviewspørgsmål i almindeligt hverdagsprog, så vidt muligt uden brug af sundhedsfaglige termer. Det forventedes ikke, at interviewpersonernes motivation for deltagelse i undersøgelsen var høj. Derfor blev der som led i den indledende briefing til interviewet lagt vægt på at forklare interviewpersonen, hvorfor og hvordan vedkommendes deltagelse var betydningsfuld for forskerne. Desuden blev interviewet udarbejdet med henblik på at afdække medarbejdernes meninger om og oplevelser af Sundhedscenter Aalborgs indsats på en kort og præcis måde.

Interviews skal designes således, at det efterlever de krav, som den tiltænkte analysemetode opstiller. De krav, en pågældende analysemetode opstiller, skal herved afspejles i interviewguiden. (Launsø, Olsen & Rieper, 2011) Spørgsmålene i denne interviewundersøgelse blev formuleret, således at de lagde op til fortolkning af svar, der afspejlede interviewpersonernes meninger om og oplevelser af Sundhedscenter Aalborgs indsats. Da interviewpersonernes meninger om og oplevelser af indsatsen forventedes at relatere sig til de sundhedstiltag, som virksomheden havde indført som følge af sundhedsrådgivning, udgjorde disse sundhedstiltag interviewundersøgelsens omdrejningspunkt. Da sundhedstiltagene kunne betragtes som undervisning, hvormed hensigten var at medarbejderne skulle tillære sig en sund adfærd, udformedes interviewspørgsmålene med inspiration fra Jank og Meyers didaktiske spørgsmål (Jank & Meyer, 2010), jf. Afsnit 6.1.1.

En interviewguide kan valideres ved forud for selve interviewundersøgelsen at forprøve denne på interviewpersoner, der er kendetegnet ved samme udvælgelseskriterier som undersøgelsens egentlige interviewpersoner. Hensigten med at afprøve en interviewguide er at undersøge, om interviewspørgsmålene kan forstås og besvares af målgruppen. (Launsø, Olsen & Rieper, 2011) Da det var vanskeligt at rekruttere virksomheder og herunder interviewpersoner til at deltage i undersøgelsen, blev det fravalgt at afprøve interviewguiden.

Interviewenes rammer

Lokaliteten for, hvor interviews skal foregå, er afgørende for rekrutteringen af interviewpersoner, der indvilger i at deltage i undersøgelsen, og for interviewenes psykologiske klima. (Launsø, Olsen & Rieper, 2011) Da det ikke var ønskeligt, at lokaliteten skulle være bestemmende for, hvorvidt interviewpersonerne indvilgede i at deltage i undersøgelsen, valgte forskerne at være fleksible og lade Virksomhed X bestemme placeringen af interviewene. Med udgangspunkt i Virksomhed X's ønske foregik interviewene i virksomhedens lokaler. Således fandt interviewene sted på en lokalitet, der var velkendt for interviewpersonerne, da de befandt sig her til hverdag. Denne lokalitet var et oplagt valg, da interviewundersøgelsens omdrejningspunkt relaterede sig til denne virksomhed, hvor interviewpersonerne var ansat. Dette kunne tænkes at bidrage positivt til interviewenes psykologiske klima (Launsø, Olsen & Rieper, 2011), hvor interviewpersonerne følte sig trygge til at åbne op for deres livsverden i en ellers uvant interviewsituation.

Forskerens rolle blev suppleret af en moderator, der kunne bidrage med dybdegående spørgsmål til interviewpersonen (Kvale & Brinkmann, 2009). Rollefordelingen mellem forsker og moderator var fast i samtlige interviews, da der herigennem blev opbygget en vis erfaring i løbet af interviewundersøgelsen. Interviewene blev lydoptaget ved hjælp af en diktafon med henblik på senere

transskription og analyse. Dette tillod, at forsker og moderator under interviewet kunne fokusere på interviewsituationen. (Kvale, 1997) Således blev forsker og moderators opmærksomhed rettet mod interviewguiden og interviewpersonernes udsagn.

Interviewfasen

Det enkelte interview blev opbygget i tre faser: den indledende fase, hovedfasen og den afsluttende fase (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Den indledende fase omfattede en kort briefing, hvor interviewpersonen blev introduceret for interviewsituationen (Kvale & Brinkmann, 2009; Launsø, Olsen & Rieper, 2011). I denne fase var forskerens rolle at skabe kontakt til og tillid hos interviewpersonen (Launsø, Olsen & Rieper, 2011). Dette foregik ved, at forskeren indviede interviewpersonen i interviewundersøgelsen og samtykkeerklæringen. Forskeren overleverede oplysningerne på henholdsvis Bilag 2 og 3 i skriftlig såvel som mundtlig form til deltagende medarbejdere og kontaktperson, da især medarbejdernes læsevner var ukendte. Hovedfasen omfattede selve interviewet, der foregik i samtalen mellem forsker, moderator og interviewperson. Det enkelte interview foregik med udgangspunkt i en interviewguide, jf. Afsnit 7.3.1 og Bilag 4 og 5. I denne fase var forskerens rolle at producere og fremskaffe viden ved at styre interviewet og sikre, at interviewspørgsmålene blev udtømt med relevante og tilfredsstillende besvarelser. (Kvale & Brinkmann, 2009; Launsø, Olsen & Rieper, 2011) Dette krævede, at forskeren var opmærksom på at lytte til, indfange og eventuelt afbryde interviewpersonens svar. Desuden var forskeren ansvarlig for at give plads til tavshed og tænkepauser, således at interviewpersonen havde tid til at overveje sine svar. (Launsø, Olsen & Rieper, 2011) Den afsluttende fase omfattede en debriefing, hvor interviewpersonen fik mulighed for at tilføje eventuelle bemærkninger og dele sin oplevelse af interviewet (Kvale & Brinkmann, 2009; Launsø, Olsen & Rieper, 2011). I denne fase var forskerens rolle at afrunde interviewet på en etisk og socialt acceptabel måde (Launsø, Olsen & Rieper, 2011).

Transskriptionsfasen

Transskriptionsfasen indfandt sig umiddelbart efter interviewfasen og indebar transskription af de optagede interviews. Det enkelte interview blev således transformeret fra en mundtlig samtale til en skriftlig tekst, som fremadrettet skulle anvendes i analysefasen. Fremgangsmåden for transskriberingen skulle være i overensstemmelse med samtykkeerklæringens tilkendegivelse om fortrolighed og anonymitet. Dette betød, at ord, der kunne henføres direkte til interviewpersonerne og virksomhedens identitet blev anonymiseret. Fremgangsmåden for, hvordan transskription blev foretaget, blev tilrettelagt afhængigt af måden, hvorpå transskriptionen efterfølgende skulle anvendes i analysefasen. (Kvale & Brinkmann, 2009) I dette speciale anvendtes NVivo 10 til at foretage fuld transskription, hvor

det enkelte interview blev transskriberet ordret i talesprog (Kvale, 1997). Fyldeord blev udeladt fra transskriptionerne, da det ikke vurderedes, at disse havde relevans for den efterfølgende analyse. Ideen med at foretage fuld transskription var reliabilitets- og validitetsmæssige forhold. Da der var flere forskere om at transskribere interviewene, kunne denne fremgangsmåde styrke metodens transparens, og der kunne undgås uenigheder om fremgangsmåden, da alle ord nedskrives. Dette blev understøttet af en række på forhånd fastlagte instruktioner om procedurer for transskriptionen, anskueliggjort i Tabel 1.

Transskriptionskonvention	Forklaring
IP	Interviewperson
F	Forsker
M	Moderator
<i>/arbejdssted/</i>	Ord, der angav et arbejdssted
<i>/navn/</i>	Navn
<i>/noget/</i>	Ord, der angav en genstand
<i>/den større organisation/</i>	Ord, der angav Virksomhed X's overordnede organisation
<i>/stedsangivelse/</i>	Ord, der angav et sted
<i>/stillingsbetegnelse/</i>	Ord, der angav en stillingsbetegnelse
[]	Overlappende sætninger
TEKST	Betoning af ord
()	Ord eller rækker af ord, der ikke kunne høres

Tabel 1. Transskriptionskonventioner og forklaringer heraf. Konventionerne blev udarbejdet til dette speciale med inspiration fra (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 204).

Transparensen og gyldigheden af transskriptionen søgtes endvidere sikret gennem bevidsthed om formålet med interviewene. Således havde forskerne under transskriptionsfasen for øje, at interviewundersøgelsen handlede om at frembringe medarbejdernes oplevelse af Sundhedscenter Aalborgs indsats, som var brugbare i den efterfølgende analysefase.

Analysefasen

I analysefasen blev de transskriberede interviews analyseret med udgangspunkt i en analysemetode, der blev udvalgt på baggrund af interviewundersøgelsens formål, tema og de indsamlede data (Kvale, 1997; Kvale & Brinkmann, 2009). Analysen tog i relation til specialets videnskabsteoretiske grundlag afsæt i hermeneutisk meningsfortolkning af medarbejdernes meninger om og oplevelser af Sundhedscenter Aalborgs indsats. Analysen foregik ved, at der blev opstillet forskellige temaer i relation til de transskriberede interviews, og at disse temaer blev afdækket ved hjælp af at fortolke forskellige interviewudsagn i relation hertil. Temaerne tog afsæt i Jank og Meyers didaktiske spørgsmål (Jank & Meyer, 2010), jf. Afsnit 6.1.1. Transskriptionerne anvendes således som analyseværktøjer, hvorfra interviewudsagn overføres til Afsnit 9.2, hvor de fortolkes.

Analysen tog afsæt i en række hermeneutiske fortolkningsprincipper (Kvale & Brinkmann, 2009). Første princip foreskrev, at fortolkning skulle foregå i en cirkulær proces mellem del og helhed (Kvale, 1997; Kvale & Brinkmann, 2009). Princippet indførtes i specialets analysemetode ved at sætte nye delforståelser af medarbejdernes oplevelser af Sundhedscenter Aalborgs indsats, som de fremkom gennem interviewet, i relation til en forforståelse i form af viden fra problemanalysen og teori. Andet princip foreskrev, at meningsfortolkning afsluttedes, idet at temaers betydning fremtrådte som en indre enhed uden logiske modsigelser. Tredje princip foreskrev, at fortolkninger af interviewudsagn skulle sammenlignes med interviewet som helhed eller anden information om interviewpersonen. Fjerde princip foreskrev, at udsagn skulle fortolkes med udgangspunkt i egen referenceramme, hvorved der søgtes forståelse af interviewpersonens livsverden. Femte princip foreskrev, at fortolkning skulle relatere sig til viden om interviewets emne. (Kvale, 1997) Princippet indførtes i specialets analysemetode ved at fortolke interviewudsagn i relation til viden opnået i Kapitel 2 og 6 og Afsnit 8.2. Sjette princip foreskrev, at fortolkning skulle foregå med udgangspunkt i forskers forforståelse (Kvale, 1997). Princippet indførtes i specialets analysemetode ved at rette bevidsthed mod denne forforståelse og måden, hvorpå den påvirkede interviewet og fortolkningen deraf. Syvende princip foreskrev, at fortolkning skulle indebære fornyelse (Kvale, 1997; Kvale & Brinkmann, 2009). Princippet indførtes i specialets analysemetode ved at fortolke interviewudsagn fra forskellige vinkler og i relation til hinanden.

Verifikationsfasen

Verifikationsfasen fandt sted i løbet af forskningsprocessen og handlede om at fastslå interviewundersøgelsens kvalitative kvalitetskriterier, herunder reliabilitet, validitet og generaliserbarhed (Kvale, 1997; Kvale & Brinkmann, 2009).

Interviewundersøgelsens reliabilitet eller transparens søgtes sikret gennem udførlige beskrivelser af undersøgelsens metodemæssige fremgangsmåde. Herunder blev der foretaget reliabilitetsmæssige overvejelser i interview-, transskriptions- og analysefasen. I interviewfasen rettedes der opmærksomhed mod, at interviewguidens interviewspørgsmål og andre spørgsmål, der blev stillet i interviewsituationen, ikke blev formuleret som ledende spørgsmål. Herved blev interviewene ensrettet, hvorved undersøgelsens transparens blev tydeliggjort. I transskriptionsfasen blev der forud for transskriptionsprocessen udarbejdet retningslinjer for, hvordan denne skulle foregå, således at transskriberingen forløb ensartet, uafhængigt af hvem der foretog den. (Kvale, 1997) I analysefasen blev der beskrevet dokumentation og argumenter, der anvendtes i fortolkningen af interviewudsagn, således at der var mulighed for at efterprøve fortolkningen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Interviewundersøgelsens validitet søgtes sikret gennem fokus på konsistens mellem problemformuleringen og måden, hvorpå den blev besvaret. Herunder blev der foretaget validitetsmæssige overvejelser i tematiserings-, design-, interview-, transskriptions-, analyse- og rapporteringsfasen. I tematiseringsfasen baseredes undersøgelsens teoretiske forudsætninger, som de kom til udtryk i Kapitel 2 og Afsnit 6.1, på kilder, der vurderedes troværdige. Der blev hermed stillet krav til den viden, der overførtes til undersøgelsens forskningsspørgsmål. I designfasen blev interviewundersøgelsen designet med henblik på at give indsigt i specialets problemfelt, således at det tiltænkte blev undersøgt. I interviewfasen søgtes ledende spørgsmål undvejet for at undgå at påvirke interviewpersonernes udsagn, således at der blev opnået gyldige interviews. I transskriptionsfasen blev der rettet opmærksomhed mod gyldigheden af oversættelsen af interviewet fra mundtlig til skriftlig form ved at foretage fuld transskription og dermed undgå at selekttere interviewpersonernes udsagn. I analysefasen blev der rettet opmærksomhed mod at opstille analysetemaer, der var relevante for specialets problemfelt. (Kvale, 1997) Herunder søgtes spejl- og helhedskriterierne sikret. Spejlkriteriet søgtes sikret ved at basere analysen på de fulde transskriptioner af interviewene og drage logiske slutninger af interviewpersonernes udsagn uden at overfortolke disse. Helhedskriteriet søgtes sikret ved at tage højde for kontekstuelle forhold i interviewpersonernes udsagn, således at deres meninger om og oplevelser af sundhedstiltag blev betragtet i deres helhed. Dette blev gjort ved blandt andet at relatere medarbejdernes udsagn til kontaktpersonens udsagn om konteksten i form af Virksomhed X. (Launsø, Olsen & Rieper, 2011) I rapporteringsfasen afrapporteredes undersøgelsens hovedresultater med henblik på at besvare problemformuleringen. (Kvale, 1997)

Interviewundersøgelsens generaliserbarhed blev belyst i Afsnit 9.2, hvor der blev foretaget ekstern validering af resultaterne herfra ved hjælp af resultater fra den systematiske litteratursøgning, jf. Afsnit 7.3.2.

Rapporteringsfasen

Rapporteringsfasen omhandlede den skriftlige formidling af interviewundersøgelsens metodik og resultater. Denne afrapportering foregik på en måde, hvorigennem etiske aspekter blev respekteret, og produktet fremstod læsevenligt. (Kvale, 1997) I forhold til etiske aspekter blev både Virksomhed X og interviewpersonerne anonymiseret i afrapporteringen for at opretholde fortroligheden, som gennem samtykkeerklæringen blev lovet undersøgelsesdeltagerne. I forhold til at tilvejebringe et læsevenligt produkt blev anvendelsen af citater fra interviewene overvejet. Da disse citater kunne betragtes som udklip af en omfattende kontekst, søgtes citaterne kontekstualiseret, således at det enkelte citats kontekst blev gengivet. Dette betød konkret, at citaterne blev præsenteret i sammenhæng med det spørgsmål, de var svar på. (Kvale, 1997)

7. 3. 2. Litteraturstudie

Som led i specialet blev der udført flere litteratursøgninger. For det første blev der foretaget en indledende litteratursøgning i forbindelse med specialets problemanalyse. For det andet blev der foretaget en systematisk litteratursøgning, der blev anvendt til at supplere den kvalitative interviewundersøgelse i forbindelse med specialets problembearbejdning. Overvejelserne bag og fremgangsmåden for disse litteratursøgninger belyses i det følgende.

Litteratursøgning til problemanalyse

I forbindelse med specialets problemanalyse blev der foretaget en indledende litteratursøgning. Den indledende litteratursøgning havde til formål at danne et grundlæggende vidensgrundlag for specialets problemanalyse ved at afdække litteratur, der kunne bidrage til analyse af specialets initierende problem. Til dette formål blev den indledende litteratursøgning tilgæet bredt og usystematisk, fordi problemanalysens genstandsfelt ønskedes kortlagt med mest mulig viden. Litteratursøgningen udførtes hovedsageligt med udgangspunkt i dansk litteratur, fordi det initierende problem, der dannede rammen for problemanalysen, vedrørte danske forhold. Litteratursøgningen udførtes som fritekstsøgninger på hjemmesider som Sundhedsstyrelsen og i databaser som bibliotek.dk og Google Scholar. Såfremt at fremfunden litteratur gav anledning til videre søgning, blev der foretaget kædesøgning om det interessante genstandsfelt. Kædesøgning i forbindelse med problemanalysen udførtes således som supplement til den indledende litteratursøgning med henblik på at tilvejebringe specifik viden om interessante elementer i analysen af specialets initierende problem.

Litteratursøgning til problembearbejdning

De kvalitative forskningsinterviews blev suppleret af en systematisk litteratursøgning. Formålet med metoden var at tilvejebringe viden om, hvordan medarbejderes sundhedsadfærd blev påvirket af sundhedstiltag på arbejdspladsen, der mindede om dem, som Sundhedscenter Aalborg rådgav virksomheder om at indføre. Den systematiske litteratursøgning hvilede på specialets videnskabssteoretiske grundlag, da søgeresultaterne kunne forstås ved at fortolke dem i relation til en forforståelse af problemfeltet og i særdeleshed Sundhedscenter Aalborgs indsats og dennes målgruppe. Gennem hermeneutisk fortolkning sammenkædedes delforståelser i form af medarbejderes meninger om og oplevelser af tiltag, der mindede om dem, som Sundhedscenter Aalborg rådgav virksomheder om at indføre til helhedsforståelsen af Sundhedscenter Aalborgs konkrete indsats. Den systematiske litteratursøgning tog udgangspunkt i et facetskema, hvorigennem der kunne opnås en specifik litteratursøgning, der relaterede sig til problemformuleringens underspørgsmål. En detaljeret beskrivelse af den systematiske litteratursøgning forefindes i Bilag 6.

8. Resultater

I dette kapitel præsenteres specialets undersøgelsesresultater for henholdsvis interviewundersøgelsen og den systematiske litteratursøgning. Resultaterne leder op til en efterfølgende diskussion, hvor de betragtes i en større helhed med hinanden og specialets øvrige dele med henblik på at besvare specialets problemformulering.

8. 1. Interviewundersøgelse

Resultaterne fra specialets interviewundersøgelse tager form som transskriptioner af tre interviews med medarbejdere på Virksomhed X og et interview med kontaktpersonen herfra. Transskriptionerne danner grundlag for analyse og diskussion af interviewundersøgelsen i Afsnit 9.2. Der bedes rettet kontakt til projektgruppen med henblik på få indsigt i transskriptionerne, som er samlet i et dokument med fortløbende sidenummerering.

8. 2. Systematisk litteratursøgning

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra specialets systematiske litteratursøgning. Resultaterne består af fremfundne studier, der i Tabel 2 beskrives i forhold til forfatter og årstal, titel, formål, metode, resultater og konklusion samt anvendelighed for speciale. Hovedfundene fra den systematiske litteratursøgning opsamles umiddelbart efter Tabel 2.

Forfatter og årstal	Andersen et al., 2013
Titel	Cardiovascular Health Effects of Internet-Based Encouragements to Do Daily Workplace Stair-Walks: Randomized Controlled Trial
Formål	Formålet med studiet var at undersøge, hvordan e-mail-baserede opmuntringer til i fællesskab mellem kollegaer at bruge trapper på arbejdspladsen påvirkede den kardiovaskulære effekt hos stillesiddende ansatte.
Metode	Undersøgelsen designes som et enkeltblindet randomiseret, kontrolleret studie, hvor 160 kontorarbejdere fra København inddeltes i en interventions- og kontrolgruppe, der i ti uger modtog ugentlige e-mails. Interventionsgruppens e-mails indeholdte opmuntringer til at bruge trapperne i ti minutter om dagen,

	<p>mens kontrolgruppens e-mails indeholdte påmindelser om at opretholde deres hidtidige fysiske aktivitetsniveau. Efter første uge blev der foretaget en spørgeskemaundersøgelse om perspiration ved brug af trapperne. Efter hele forløbet blev der foretaget en spørgeskemaundersøgelse om brug af trapperne.</p>
Resultater og konklusion	<p>Studiets resultater viste, at 22,9 % af kontorarbejderne i interventionsgruppen oplevede at svede i en sådan grad ved brug af trapperne, at det irriterede dem. Kontorarbejderne udtrykte forskellige grunde til ikke at bruge trapperne, hvoraf den hyppigste grund var mangel på tid, hvilket forfatterne tolker som et udtryk for manglende interesse for sundhedstiltaget eller endda dovenskab. Andre grunde var sygdom, manglende interesse, manglende motivation og manglende udbytte.</p>
Anvendelighed for speciale	<p>Studiet giver indsigt i, hvordan medarbejdere kan opleve et sundhedstiltag med fysisk aktivitet på arbejdspladsen.</p>
Forfatter og årstal	<p>Fletcher, Behrens & Domina, 2008</p>
Titel	<p>Barriers and Enabling Factors for Work-Site Physical Activity Programs: A Qualitative Examination</p>
Formål	<p>Formålet med studiet var at undersøge drivkræfter og barrierer for deltagelse i et sundhedstiltag med fysisk aktivitet på arbejdspladsen blandt medarbejdere.</p>
Metode	<p>Undersøgelsen blev designet som en kvalitativ undersøgelse, hvor 60 medarbejdere på en virksomhed i USA med kontorarbejdere og lavtuddannede medarbejdere indgik i fokusgruppeinterviews. Undersøgelsesdeltagerne opdeltes i ni fokusgrupper, hvoraf fem bestod af kontorarbejdere, mens fire bestod af lavtuddannede medarbejdere. I fokusgruppeinterviewene blev der stillet åbne spørgsmål om oplevede drivkræfter og barrierer ved et sundhedstiltag med fysisk aktivitet på arbejdspladsen.</p>
Resultater og konklusion	<p>Studiets resultater viste, at både kontorarbejdere og lavtuddannede arbejdere betragtede social støtte og selvmotivation som de største drivkræfter for at være fysisk aktiv på arbejdspladsen. Andre drivkræfter, som eksisterede blandt kontorarbejdere, var at være en del af et team og deltagelse i sjove aktiviteter.</p>

	Andre drivkræfter, som eksisterede blandt lavtuddannede medarbejdere var deltagelse i sjove aktiviteter og prioriteringer om at være sund. Begge medarbejdergrupper betragtede manglende tid som den største barriere for at være fysisk aktiv på arbejdspladsen. Ligeledes nævntes mangel på viden, mangel på instruktion, frygt og utilpashed omhandlende fysisk aktivitet. Andre barrierer, som eksisterede blandt kontorarbejdere, var lange arbejdsdage, opfattelse/frygt samt manglende prioritering. Andre barrierer, som eksisterede blandt lavtuddannede medarbejdere, var unormal arbejdstid samt opfattelse af sundhed og tiltag.
Anvendelighed for speciale	Studiet giver indsigt i, hvilke drivkræfter og barrierer medarbejdere kan opleve i forhold til at deltage i et sundhedstiltag med fysisk aktivitet på arbejdspladsen.
Forfatter og årstal	Middlestadt et al., 2011
Titel	Factors Associated With Participation in Work-Site Wellness Programs: Implications for Increasing Willingness Among Rural Service Employees
Formål	Formålet med studiet var at identificere faktorer, der lå til grund for beslutningstagen om deltagelse i sundhedstiltag på arbejdspladsen.
Metode	Undersøgelsen blev designet som et tværsnitsstudie, hvor 279 primært lavtuddannede medarbejdere fra et amerikansk universitets serviceafdeling deltog i en survey med spørgsmål om blandt andet intention om og fordele, ulemper, motivationsfaktorer og barrierer ved deltagelse i et fiktivt sundhedstiltag på arbejdspladsen, bestående af forskellige valgfri aktiviteter, som var gratis eller billige at deltage i.
Resultater og konklusion	Studiets resultater viste, at medarbejderne generelt havde positive intentioner om at deltage i sundhedstiltaget. Blandt fordelene, de forventede at opleve ved at deltage, var: forbedring af sundhedstilstand, sundhedsadfærd, arbejdsproduktivitet og mentale forhold. Blandt ulemperne var: ressourceforbrug (økonomi og tid), at mislykkes, ømhed og skader. De vigtigste motivationsfaktorer for at deltage var, at tiltaget udbydes inden for arbejdstiden, uden for arbejdstiden, mange gange og på en bekvem lokalitet. De

	vigtigste barrierer for ikke at deltage var mangel på tid, at tiltaget kun udbydes uden for arbejdstiden og få gange samt parkerings- eller transportforhold.
Anvendelighed for speciale	Studiet giver indsigt i, hvilke bevæggrunde medarbejdere har for at deltage eller ikke at deltage i sundhedstiltag på arbejdspladsen.
Forfatter og årstal	Tiede et al., 2007
Titel	Feasibility of promoting smoking cessation in small worksites: An exploratory study
Formål	Formålet med studiet var identificere måder, hvorpå rygestop kunne promoveres på mindre arbejdspladser med lavere socialt stillede medarbejdere.
Metode	Undersøgelsen blev designet som et kvalitativt studie, hvor arbejdsgivere og rygende medarbejders meninger om rygestoptiltag på arbejdspladsen blev klarlagt. Herunder blev der foretaget kvalitative forskningsinterviews om rygestop på arbejdspladsen med i alt 22 arbejdsgivere og otte fokusgruppeinterviews med i alt 59 medarbejdere på mindre arbejdspladser med 10-100 ansatte inden for fabriks- og beværtningssektorerne i Minnesota.
Resultater og konklusion	<p>Studiets resultater viste, at både arbejdsgivere og medarbejdere fandt det ønskeligt og passende, at arbejdsgiverne promoverede rygestop på arbejdspladsen over for medarbejdere, der ønskede at stoppe med at ryge. Begge parter mente, at arbejdsgivere havde berettigede forretningsmæssige grunde til at blande sig i medarbejders rygevaner.</p> <p>Implementering af rygestoptiltag skulle ske uden tvang og med respekt for medarbejdernes privatliv og autonomi.</p> <p>Der var uoverensstemmelse mellem arbejdsgivernes og medarbejdernes holdninger til, hvilke former for rygestoptiltag der var mulige og effektive at indføre. Arbejdsgiverne forbandt rygestoptiltag med praktiske og tidsmæssige barrierer og var modvillige over for at blande sig i medarbejdernes sundhedsadfærd, hvorfor de foretrak passive, informerende rygestoptiltag. Medarbejderne mente at passive, informerende rygestoptiltag ikke var</p>

	<p>brugbare, og de foretrak aktive, motiverende tiltag med konkurrencer og gratis nikotinerstatningsprodukter.</p> <p>Arbejdsgivere og medarbejders kendskab til rygestoptiltag, der blev udbudt som led i deres sundhedsforsikring og i samfundet, var begrænset. For at udvikle brugbare og effektive rygestoptiltag på mindre arbejdspladser kunne medarbejdernes kendskab til muligheder for rygestoptiltag forbedres, og rygestop kunne promoveres som motivations- og konkurrencetiltag, hvilket dog kunne være vanskeligt at gennemføre på mindre arbejdspladser med få rygere.</p>
Anvendelighed for speciale	<p>Studiet giver indsigt i forholdet mellem arbejdsgivere og medarbejdere og parternes meninger og ønsker om implementering af brugbare og effektive rygestoptiltag på arbejdspladsen. Indsigt heri kan bidrage til at belyse, hvordan sundhedstiltag på arbejdspladsen kan indføres på en måde, der tilgodeser arbejdsgiveres og medarbejders ønsker, således at tiltagene anvendes og udmunder i tilsigtede konsekvenser.</p>
Forfatter og årstal	White, Conrad & Branney, 2008
Titel	Targeting men's weight in the workplace
Formål	Formålet med studiet var at undersøge, hvorfor mænd ønskede at deltage i sundhedstiltag på arbejdspladsen.
Metode	Undersøgelsen blev designet som et kvalitativt enkeltcasesstudie. Casen var et seks ugers vægttabsforløb ved The Health of Men (HoM) i England, hvor ti dårligt stillede mænd deltog i en række af sessioner, der fandt sted på deres arbejdsplads. Første session bestod af et sundhedstjek og målsætning for vægttab, og de efterfølgende sessioner omhandlede sund kost, fysisk aktivitet og fastholdelse af motivation. I metoden anvendtes ikke-deltagende observation af konsultationerne og fokusgruppeinterviews og semistrukturerede interviews med mænd og sundhedsprofessionelle, der indgik i sundhedstiltaget.
Resultater og konklusion	Studiets resultater viste, at mænd ønskede at deltage i sundhedstiltag på arbejdspladsen af flere årsager. Herunder tilkendegav alle mændene, at det var afgørende for deres deltagelse i vægttabsforløbet, at det fandt sted på

	arbejdspladsen og i arbejdstiden. Hvis vægttabsforløbet foregik uden for disse rammer, var det usandsynligt, at mændene ville deltage. Mændene var således positive over for muligheden for at forbedre deres sundhed inden for arbejdspladsens rammer.
Anvendelighed for speciale	Studiet giver indsigt i, hvordan arbejdspladsen som ramme påvirker og motiverer dårligt stillede mænd til at deltage i sundhedstiltag, de ellers ikke ville indgå i.

Tabel 2. Søgeresultater fra den systematiske litteratursøgning, præsenteret med forfatter og årstal, titel, formål, metode, resultater og konklusion og anvendelig for speciale.

Som det kommer til udtryk i Tabel 2 viste resultaterne fra den systematiske litteratursøgning, at arbejdspladsen blev betragtet som en velegnet ramme for sundhedstiltag (Middlestadt et al., 2011; Tiede et al., 2007; White, Conrad & Branney, 2008). Dette gjaldt for både medarbejdere og arbejdsgivere (Tiede et al., 2007). Der eksisterede forskellige drivkræfter eller motivationsfaktorer og barrierer blandt medarbejdere for at deltage i sundhedstiltag på arbejdspladsen (Fletcher, Behrens & Domina, 2008; Middlestadt et al., 2011; Tiede et al., 2007; White, Conrad & Branney, 2008). Medarbejdere forbandt følgende drivkræfter eller motivationsfaktorer med deltagelse i sundhedstiltag på arbejdspladsen: at arbejdspladsen og arbejdstiden dannede ramme om tiltaget (Middlestadt et al., 2012; White, Conrad & Branney, 2008), at arbejdstiden ikke dannede ramme om tiltaget, praktiske forhold, forventning om forbedring af blandt andet sundhedsmæssige forhold (Middlestadt et al., 2012), fællesskab, prioriteringer (Fletcher, Behrens & Domina, 2008). Medarbejdere forbandt følgende barrierer med deltagelse i sundhedstiltag på arbejdspladsen: at arbejdspladsen og arbejdstiden ikke dannede ramme om tiltaget (Middlestadt et al., 2012; White, Conrad & Branney, 2008), praktiske og tidsmæssige forhold (Andersen et al., 2013; Fletcher, Behrens & Domina, 2008; Middlestadt et al., 2012), forventning om ressourceforbrug, arbejdstider, forventning om at mislykkes, forventning om ømhed og skader (Middlestadt et al., 2012), manglende interesse, manglende motivation, manglende udbytte, sygdom (Andersen et al., 2013), frygt og utilpashed ved fysisk aktivitet (Andersen et al., 2013; Fletcher, Behrens & Domina, 2009), opfattelse af sundhed og tiltag, mangel på viden og instruktion og manglende prioritering (Fletcher, Behrens & Domina, 2008). Medarbejderne oplevede i en vis grad forskellige drivkræfter eller motivationsfaktorer og barrierer afhængigt af jobfunktion (Fletcher, Behrens & Domina, 2008). Arbejdsgivere forbandt følgende barrierer med at udbyde sundhedstiltag på arbejdspladsen: praktiske og tidsmæssige forhold og modvilje over for at blande sig i medarbejdernes sundhedsadfærd. Der var uoverensstemmelse mellem medarbejderen og arbejdsgiverens præferencer for udformning af sundhedstiltag. (Tiede et al., 2007) Disse hovedfund fra den systematiske litteratursøgning videreføres til Afsnit 9.2 hvor de analyseres og diskuteres.

9. Diskussion og analyse

I dette kapitel diskuteres specialets metode og resultater. Gennem diskussion af metode anskueliggøres potentielle faldgruber i undersøgelsens metodemæssige fremgangsmåde, hvorigennem der påpeges eventuelle forbehold, der skal tages for undersøgelsesresultaterne. Gennem diskussion af undersøgelsens resultater udledes væsentlige fund, der efterfølgende videreføres i en konklusion med henblik på at besvare specialets problemformulering.

9. 1. Diskussion af metode

I dette afsnit diskuteres undersøgelsens metodemæssige fremgangsmåde i relation til relaterede kvalitetskriterier. Ideen er at belyse mulige forbehold, der kan tages i forhold til undersøgelsens resultater. Dette sker med udgangspunkt i valg af case og analyseenheder, interviewundersøgelse og systematisk litteratursøgning.

9.1.1. Valg af case

Som led i besvarelsen af specialets problemformulering kan der rejses kritik mod valg af case i form af Virksomhed X. Denne kritik består i, at det er uvist, hvorvidt casen kan betragtes som repræsentativ for andre virksomheder, der har modtaget sundhedsrådgivning fra Sundhedscenter Aalborg. Dette skyldes, at sundhedsrådgivningen kan betragtes som værende kontekstafhængig og unik, således at indsatsen formes afhængigt af, hvilken virksomhed der rådgives på. Medarbejdernes oplevelser af de tiltag, der indføres på Virksomhed X, kan ikke nødvendigvis overføres til andre oplevelser af tiltag på andre virksomheder. Da sundhedsrådgivning på Virksomhed X betragtes som værende et enkelttilfælde, kan mulighederne for at overføre specialets undersøgelsesresultater til andre kontekster være begrænsede, hvorved undersøgelsens generaliserbarhed kan svækkes. Denne problematik søges dog opvejet ved at belyse undersøgelsesresultaterne i en bredere kontekst ved hjælp af andre studiers fund inden for problemfeltet. Dertil kommer en række forhold, der antyder, at sundhedsrådgivning på Virksomhed X i en vis udstrækning er repræsentativ for sundhedsrådgivning på andre virksomheder. Dette skyldes, at Sundhedscenter Aalborgs indsats hviler på ét bestemt grundlag, uafhængigt af hvilke virksomheder der rådgives. Grundlaget består i indsatsens formål, dens orientering mod KRAM-faktorerne, miljø- og tilbudsrettede tiltag og virksomheder med lavtuddannede medarbejdere og den ansvarlige sundhedsrådgiver. Med reference til dette grundlag formodes det, at indsatsen udmunder i mere eller mindre identiske tiltag på samtlige virksomheder, der modtager sundhedsrådgivning fra Sundhedscenter Aalborg. Der kan således eksistere en vis mulighed for overførbarhed til medarbejders oplevelser af lignende tiltag på andre virksomheder, der deltager i Sundhedscenter Aalborgs indsats, og

af den didaktiske tilgang, selvom undersøgelsen designes som et enkeltcasestudie. For at afhjælpe overførbarehedsproblematikken kan eventuelle, fremtidige casestudier designes som flercasestudier. Her kan cases i form af virksomheder udvælges med henblik på disses repræsentativitet for alle virksomheder, der deltager i Sundhedscenter Aalborgs indsats. En sådan udvælgelse kræver overvejelser om virksomhedens karakteristika, herunder sektorforhold og medarbejderstab, og dens medarbejders karakteristika, herunder uddannelsesniveau.

9.1.2. Interviewundersøgelse

Som led i specialets interviewundersøgelse kan der rejses kritik mod forhold i rekrutteringsprocessen af interviewpersoner, interviewguiden og interviewsituationen. Kritikken mod rekrutteringsprocessen af interviewpersoner består i, at det er uvist, hvorvidt de medarbejdere, der indgår i specialets interviewundersøgelse, repræsenterer den tiltænkte målgruppe. Da et af formålene med Sundhedscenter Aalborgs indsats er at reducere den sociale ulighed i sundhed, målrettes sundhedsrådgivningen hovedsagligt virksomheder med lavtuddannede medarbejdere (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013). Medarbejderne på Virksomhed X har forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, der strækker sig fra ufaglærte til ingeniører. Med dette brede uddannelsesmæssige spænd, er det uvist, om interviewpersonerne afspejler specialets målgruppe, bestående af lavtuddannede medarbejdere. Dette kan have implikationer for interviewundersøgelsens generaliserbarhed og validitet på flere måder. For det første er det usikkert, om andre medarbejdere på Virksomhed X, der har deltaget i samme tiltag som interviewpersonerne, deler interviewpersonernes oplevelser af og meninger om sundhedstiltaget. For det andet er det usikkert, om interviewpersonernes oplevelser af og meninger om sundhedstiltaget kan overføres til andre sundhedstiltag. I relation hertil er det værd at bemærke, at samtlige interviewpersoner kun omtalte ét bestemt sundhedstiltag, som de havde deltaget i, og flere af dem påpegede, at dette var flere år siden. Denne tidshorisont kan gøre det vanskeligt at huske sundhedstiltaget i detaljer, hvilket en af interviewpersonerne betoned. Disse usikkerheder kan betyde, at specialets undersøgelsesformål ikke opfyldes tilstrækkeligt. Problematikken med rekruttering af interviewpersoner kan dog opvejes ved, at der foretages flere interviews med medarbejdere og dertil en kontaktperson, og at resultaterne heraf analyseres fra et bredere perspektiv, hvor de sammenholdes med problemanalyse, teori og resultater fra den systematiske litteratursøgning. For at afhjælpe problematikken kan eventuelle, fremtidige interviewundersøgelser suppleres af en indledende spørgeskemaundersøgelse. Her kan en virksomheds medarbejdere besvare et kortfattet spørgeskema, indeholdende forskellige baggrundsspørgsmål om blandt andet uddannelsesniveau og deltagelse i sundhedstiltag.

Spørgeskemaundersøgelsens resultater kan anvendes i rekrutteringen af interviewpersoner, således at disses repræsentativitet for medarbejderstaben og undersøgelsens målgruppe sikres.

Kritikken mod interviewguiden og interviewsituationen består i, at visse spørgsmål muligvis ikke afdækkes i tilstrækkelig grad. Fordi få medarbejdere på Virksomhed X indvilgede i at lade sig interviewe, fravalgte det at afprøve interviewguiden. Således havde forsker og moderator ikke afprøvet interviewguiden over for en interviewperson fra den tiltænkte målgruppe forud for den egentlige interviewundersøgelse. Under interviewsituationerne blev der observeret forhold, der muligvis kunne tilskrives den manglende afprøvning. Herunder syntes nogle spørgsmål at være uforståelige for interviewpersonerne, hvilket krævede forklaringer og omformuleringer, og samtlige interviewpersoner omtalte kun ét bestemt sundhedstiltag på virksomheden, selvom kontaktpersonen fortalte om flere forskellige tiltag, eksempelvis en frugtordning, som alle virksomhedens medarbejdere tog del i. Hvis forskere og interviewpersonerne har forskellige forståelser af spørgsmål og definitioner af sundhedstiltag på arbejdspladsen, hvilket ovennævnte observationer kan antyde, kan interviewundersøgelsens validitet være svækket. Validiteten kan også være svækket, hvis forskernes forklaringer på og omformuleringer af spørgsmål har været af ledende karakter. Ledende spørgsmål kan ligeledes svække interviewundersøgelsens reliabilitet, fordi forskerne herigennem kan påvirke interviewpersonerne til at svare på en bestemt måde. Problematikken med ledende spørgsmål kan dog afvejes ved, at de interviewudsagn, som specialets diskussion og dermed konklusion baseres på, udvælges med opmærksomhed på at undgå svar på ledende spørgsmål. For at afhjælpe ovennævnte validitets- og reliabilitetsproblematikker kan eventuelle, fremtidige interviewundersøgelser indledes med en afprøvning af interviewguiden, hvorved uklare spørgsmål kan identificeres og omformuleres inden den egentlige interviewundersøgelse igangsættes.

9.1.3. Systematisk litteratursøgning

Som led i specialets systematiske litteratursøgning kan der rejses kritik mod forhold i søgningens fokusområde og søgetermer. Kritikken mod søgningens fokusområde består i, at søgningen hovedsageligt blev rettet mod kvalitative og narrative tilgange til påvirkning af medarbejdere gennem sundhedstiltag på arbejdspladsen, selvom påvirkningen også kan forstås med kvantitative tilgange i form af effektmålinger. Det kvalitative fokus kan svække den systematiske litteratursøgnings validitet, da det stort set kun er den kvalitative del af undersøgelsesformålet, der afdækkes herigennem. Søgningens kvalitative fokus skal imidlertid betragtes som et aktivt og bevidst valg, der tager afsæt i problemformulering og ressourcemæssige overvejelser. I eventuelle, fremtidige undersøgelser kan fokus med fordel udbredes til både at vægte kvalitative og kvantitative påvirkninger. Der er flere

muligheder for at gøre dette. For det første kan der foretages en supplerende systematisk litteratursøgning med fokus på effekter af sundhedstiltag, der minder om dem, som Sundhedscenter Aalborg rådgiver virksomheder om at indføre. For det andet kan der foretages en statistisk analyse af effekter af sundhedstiltag, som faktisk er indført som følge af Sundhedscenter Aalborgs rådgivning. Dette kræver, at Sundhedscenter Aalborg foretager både før- og eftermålinger af indsatsen, hvilket ikke foregår på nuværende tidspunkt. Foruden at styrke denne undersøgelse kan før- og eftermålinger hjælpe Sundhedscenter Aalborg med at registrere, hvorvidt indsatsens formål opfyldes. Resultaterne af den systematiske litteratursøgning og den statistiske analyse kan så kombineres med hinanden og med undersøgelsesresultaterne i deres nuværende form, hvorved undersøgelsesformålet afdækkes fra et bredere perspektiv.

Kritikken mod søgningens søgetermer består i, at søgningen resulterede i en væsentlig andel af studier, der efterfølgende vurderes mindre relevante. For det første kom denne irrelevans til udtryk i de fremfundne studiers studiepopulationer, der ikke kunne overføres til målgruppen for Sundhedscenter Aalborgs indsats, der består af lavtuddannede medarbejdere. For det andet kom irrelevansen til udtryk i de fremfundne studiers manglende kvalitative fokusområder og deraf manglende afdækning af medarbejderes oplevelser af og meninger om sundhedstiltag. Der kan således stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt søgningen har været specifik nok for undersøgelsens problemfelt og deraf validitet. I eventuelle, fremtidige undersøgelser kan de anvendte søgetermer udvides eller ændres for at opveje ovennævnte problematikker og dermed tilvejebringe en mere specifik søgning. For at håndtere problematikken med studiepopulationen kan søgningen udvides med en ekstra facet og underliggende søgetermer for lavtuddannede medarbejdere. For at håndtere problematikken med manglende kvalitative fokusområder kan søgningen ændres i forhold til facet 3, hvori søgetermen *Attitude to Health* eller *Health Attitudes* er inkluderet. Det blev observeret, at en del studiers skæve fokusområder kunne henføres til denne søgeterm, der ved nærmere eftertanke synes underordnet i relation til søgningens problemfelt. Ved at gennemføre disse ændringer kan søgningen muligvis specificeres.

9. 2. Analyse af resultater og diskussion af ekstern validitet

I dette afsnit analyseres det, hvordan Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder har påvirket medarbejderne på Virksomhed X, og hvilke forandringer der med udgangspunkt i disse påvirkninger kan anvendes til at styrke Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse. Dette foregår med udgangspunkt i og med løbende reference¹ til resultater fra

¹ Der refereres til resultaterne ved at henvise til konkrete sidetal i transskriptionerne, jf. Afsnit 8.1, hvor udsagn, der er genstand for analyse, kan genfindes.

specialets interviewundersøgelse, herunder interviews med kontaktpersonen på Virksomhed X, der er sikkerhedsrådgiver (s. 12), og tre medarbejdere. Inden for de seneste fem år blev der ifølge kontaktpersonen på Virksomhed X indført 5-6 sundhedstiltag på virksomheden (s. 26), heriblandt en frugtordning (s. 27), et rygestopkursus (s. 26) og et væggtabskursus (s. 28). Disse eksempler kan betegnes som værende tilbudsrettede tiltag (Sundhedsstyrelsen, 2009), da de er frivillige at deltage i (s. 27, 28). Kontaktpersonen fastslog, at samtlige medarbejdere benyttede sig af frugtordningen, mens maksimum ti procent af medarbejderne anvendte tiltag, hvor deltagelse krævede en mere aktiv indsats (s. 28). Selvom Virksomhed X havde indført flere forskellige sundhedstiltag som følge af sundhedsrådgivning fra Sundhedscenter Aalborg, og kontaktpersonen udtalte, at virksomhedens frugtordning benyttedes af alle medarbejdere, omtalte de medarbejdere, der indgik i interviewundersøgelsen, kun væggtabskurset, som de alle havde deltaget i. Derfor tages der i det følgende udgangspunkt i væggtabskurset, der analyseres i forhold til Jank og Meyers didaktiske spørgsmål (Jank & Meyer, 2010), jf. Afsnit 6.1.1. Hvor det er relevant relateres resultaterne til viden, opnået gennem Kapitel 2, Afsnit 6.2, og de sammenholdes med resultater fra den systematiske litteratursøgning, jf. Afsnit 8.2, hvorved der foretages en ekstern validering af interviewundersøgelsens resultater. Der foretages løbende delkonklusioner, der efterfølgende videreføres i en konklusion med henblik på at besvare specialets problemformulering.

9.2.1. Hvem skal lære?

I væggtabskurset var det medarbejdere på Virksomhed X, der modtog undervisning. Sundhedstiltagets målgruppe var kendetegnet ved deltagernes generelle og specifikke forudsætninger. Medarbejdernes generelle forudsætninger i form af uddannelsesniveau var forskelligt. Virksomhed X havde en medarbejderstab på 150 mand, hvoraf 125 var en del af det kørende personale, der hovedsagligt var ufaglærte arbejdere, og 25 var en del af det administrative personale, der typisk var bogligt uddannet (s. 25). Kontaktpersonen på Virksomhed X anslog, at maksimalt ti procent af medarbejderne deltog i sundhedstiltag, hvor en aktiv indsats var påkrævet (s. 28). Dette stemte overens med medarbejdernes udtalelser om, at omtrent 15 medarbejdere deltog i væggtabskurset (s. 6, 16, 19), hvoraf interviewperson 3 mente, at en tredjedel repræsenterede det kørende personale, mens to tredjedele repræsenterede det administrative personale (s. 19). Herunder repræsenterede interviewperson 1 en del af virksomhedens kørende personale, mens interviewperson 2 og 3 repræsenterede en del af virksomhedens administrative personale. Medarbejdernes egentlige uddannelsesniveau er ukendt, men uddannelsesniveaet hos væggtabskursets deltagere syntes at spænde over et bredt spektrum, hvor størstedelen tilsyneladende besad et vist uddannelsesniveau ved at være bogligt uddannede (s. 25). Derfor var alle deltagere ikke nødvendigvis en del af målgruppen for Sundhedscenter Aalborgs indsats,

der blev beskrevet som værende lavtuddannede (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013). Det brede spænd af generelle forudsætninger blandt deltagerne bevirkede muligvis, at det var vanskeligt at tilrettelægge vægttabskurset, da der skulle tages højde for forskelligheder i deltagergruppen. Dette kunne tænkes at gøre sig særligt gældende i et undervisningsforløb angående sundhedsadfærd, da uddannelsesniveau som bekendt er en indikator for sundhedsadfærd (Christensen et al., 2014; Diderichsen, 2011; Juel, 2011). Sundhedsadfærden var i mellemtiden bestemmende for, hvorvidt medarbejderne udgjorde en del af målgruppen for vægttabskurset. Dette kom til udtryk ved, at medarbejderne blev rekrutteret til vægttabskurset gennem et sundhedstjek, hvor blandt andet BMI (s. 1) og livvidde (s. 20) blev målt. Medarbejderne blev tilbudt en plads på vægttabskurset, såfremt at disses BMI (s. 1) eller livvidde (s. 11) overskred en vis værdi. Ideen med at opstille dette fysiske inklusionskriterium var, ifølge kontaktpersonen, at undgå en hyppigt forekommende barriere, som hun beskrev således:

"IPK: (...) så kommer man ikke på hold med sådan en eller anden lille tynd sild, og det er nogle af de barrierer, som kraftige og fede mennesker de møder i det hele taget i forhold til at tage for eksempel i fitnesscenter. De har ikke lyst til at være der som stor og tyk person, når alle de andre de er sådan nogle små labre larver, så har man ikke lyst til det, og det har vi forsøgt at imødegå på den måde." (s. 28-29)

Medarbejderne blev således rekrutteret til vægttabskurset med afsæt i deres specifikke forudsætninger i form af fysisk tilstand. Der kunne i en etisk optik være fordele og ulemper forbundet med dette inklusionskriterium. En fordel kunne være, at tiltagets sundhedseffekter hos medarbejderne medvirkede til at mindske den sociale ulighed i sundhed. (Holtug et al., 2009) En anden fordel kunne være, at der inden for tiltagets rammer var begrænsede muligheder for, at stigmatisering kunne opstå. Stigmatisering kunne på den anden side tænkes at udgøre en ulempe, da inklusionskriteriet medførte en skelnen mellem overvægtige og normalvægtige medarbejdere, der henholdsvis deltog og ikke deltog i tiltaget. (Goffman, 2009; Holtug et al., 2009; Sundhedsstyrelsen, 2008) Foruden fysisk tilstand som et inklusionskriterium syntes motiverende forhold i form af motivation for at lære ligeledes at have en betydning som led i rekrutteringsprocessen, da vægttabskurset var et tilbudsrettet tiltag (Sundhedsstyrelsen, 2009), hvor deltagelse var frivillig (s. 12, 27). Frivilligheden i vægttabskurset blev vægtet højt af kontaktpersonen:

"IPK: (...) hvis man skal deltage på et hold af en eller anden slags, så bliver det nødt til at være frivillighedens vej, vi får ikke noget ud af at hive nogen ind til bordet og sige, at her skal I så være, så det er frivilligt." (s. 27)

Implementeringen af dette frivillige sundhedstiltag var i uoverensstemmelse med Sundhedscenter Aalborgs fokus på at rådgive virksomheder om at indføre miljørettede tiltag frem for tilbudsrettede tiltag. Kontaktpersonens krav om, at tiltaget skulle være frivilligt, kunne være et udtryk for, at hun vægtede medarbejdernes autonomi i et ellers paternalistisk tiltag (Holtug et al., 2009). Det, at væggtabskurset var tilbudsrettet, kunne imidlertid udgøre en problematik for tilslutningen til og resultatet af tiltaget, da målgruppen herfor i kraft af medarbejdernes uddannelsesniveau var kendetegnet ved at være vanskelig at påvirke herigennem. For at påvirke denne målgruppe var miljørettede tiltag brugbare. (Iversen, 2011) Dette understregede interviewperson 1 ved at sige, at tvang i tiltaget ville hjælpe ham med at ændre sin sundhedsadfærd (s. 7). I relation hertil beskrev interviewperson 1, at han ikke havde opnået sit mål gennem væggtabskurset:

"F: Hvordan kan det være, at du ikke gjorde det?"

IP1: Det er jo nok fordi, at det er nok, det er ikke fordi, at sådan lysten, eller jo lysten er der, men det er ikke altid, man får det gjort jo.

F: Nej.

IP1: Så synes jeg heller ikke, det er SÅ galt. Men det ved jeg jo godt, tallene de viser jo det modsatte." (s. 5)

Interviewperson 1 udtrykte her en vis grad af demotivation for at deltage, som han henførte til en skelnen mellem hans eget kontra tallenes syn på hans vægt. Dette kunne være et udtryk for en skelnen mellem et relativistisk og fundamentalistisk sundhedsperspektiv på interviewpersonens vægt, hvor interviewpersonen besad et relativistisk syn, mens tallene og de sundhedsprofessionelle, der fremlagde dem, besad et fundamentalistisk syn (Wackerhausen, 1995). Disse divergerende sundhedsperspektiver kunne bære en del af skylden for, at interviewperson 1 ikke opnåede sit mål gennem væggtabskurset, da han ikke anså et væggtab som en nødvendighed og derfor ikke var tilstrækkeligt motiveret herfor.

Af ovenstående analyse blev det udledt, at læringens *hvem* i Sundhedscenter Aalborgs indsats på Virksomhed X blev udgjort af virksomhedens medarbejdere. Denne målgruppe var kendetegnet ved deres generelle og specifikke forudsætninger. Medarbejdernes deltagerforudsætninger bestod i deres uddannelsesniveauer, deres fysiske tilstand og motivation for at lære. En drivkraft for Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og deraf påvirkningen af Virksomhed X's medarbejdere og disses sundhedsadfærd, relateret til læringens *hvem*, var motivation for at lære, mens en barriere var divergerende sundhedsperspektiver mellem Sundhedscenter Aalborg og medarbejderne.

Ekstern validering af læringens *hvem*

Ovenstående analyse af udsagn vedrørende hvem-spørgsmålet fra specialets interviewundersøgelse kunne sammenholdes med resultater fra den systematiske litteratursøgning, hvorved der blev foretaget ekstern validering af resultaterne. Tiede et al. (2007) beskrev, at arbejdsgivere, som ikke ville blande sig i medarbejdernes sundhedsadfærd, var en barriere for medarbejdernes deltagelse i sundhedstiltag. (Tiede et al., 2007) På Virksomhed X forsøgte kontaktpersonen at påvirke medarbejdernes sundhedsadfærd, da hendes rolle indebar håndtering af arbejdsmiljøet, hvilket hun søgte forbedret gennem Sundhedscenter Aalborgs indsats (s. 25). Kontaktpersonen havde dog et fokus på, at sundhedstiltaget skulle være frivilligt (s. 27) og dermed tilbudsrettet (Sundhedsstyrelsen, 2009), hvorfor det krævede, at medarbejderne ønskede at arbejde med deres sundhedsadfærd, da de ellers formentlig ikke deltog i det. Begrænset tilslutning til sundhedstiltaget fra medarbejdernes side kunne skyldes, at de i kraft af deres uddannelsesniveau var vanskelige at påvirke til adfærdsændringer gennem tilbudsrettede tiltag (Iversen, 2011)

Andersen et al. (2013) dokumenterede, hvordan en manglende interesse og motivation kunne være en barriere for deltagelse (Andersen et al., 2013). Dette parameter kom til udtryk ved interviewperson 1, da han udtalte, at selvom han vidste, at de foretagende målinger indikerede en risiko for at udvikle sundhedsmæssige problemer, var han af den opfattelse, at det trods alt ikke var så galt (s. 5). Han havde derfor en anden opfattelse af sin sundhed, end hvad målingerne viste ham, og ifølge Fletcher, Behrens og Domina (2009) udgjorde en forskellig opfattelse af sundhed en barriere i forhold til at få lavtuddannede medarbejdere til arbejde med deres sundhed (Fletcher, Behrens & Domina, 2009). Manglende motivation blandt medarbejdere og divergerende sundhedsperspektiver mellem medarbejdere og sundhedsprofessionelle syntes at komme til udtryk som begrænsende faktorer for væggtabskurset på Virksomhed X. I tråd med interviewperson 1's udtalelse, beskrev en lavtuddannet medarbejder i Fletcher, Behrens og Domina (2009) en barriere i forhold til at deltage i sundhedstiltag på arbejdspladsen:

"What is fit? Are we all supposed to be an Ironman? I personally don't want that..." (Fletcher, Behrens & Domina, 2008, s. 424)

Medarbejderens sundhedssyn, der kunne tolkes som værende relativistisk, udgjorde således en barriere for vedkommende i forhold til at deltage i sundhedstiltag på arbejdspladsen. Udsagnets sundhedsrelativistiske aspekt kom til udtryk ved, at medarbejderen vægtede sine subjektive holdninger højt, da ønsket ikke var at blive en ironman og dermed ligge under for andres kropsidealer. Dette kunne være et udtryk for manglende motivation for sundhedstiltaget. Udsagnet kunne indikere, at

medarbejdere på Virksomhed X, som besad et relativistisk sundhedssyn, kunne være tilbøjelige til ikke at deltage i sundhedstiltaget, da de ikke var motiverede for forandring af sundhedsadfærd.

Resultaterne fra den systematiske litteratursøgning understøttede herved interviewundersøgelsens resultater om, at motivationen for at lære udgjorde en drivkraft for sundhedstiltags påvirkning af medarbejderes sundhedsadfærd. Sundhedstiltagets frivillighed kunne derfor tænkes at være medvirkende til, at nogle medarbejderne på Virksomhed X fravalgte deltagelse. Dette kunne derfor forklare, hvorfor der var en begrænset tilslutning til sundhedstiltaget i form af de ti procent medarbejdere, som deltog (s. 28).

9.2.2. Hvad skal læres?

I interviewundersøgelsen fandtes der svar på vægttabskursets hvad-spørgsmål i relation til undervisningens indhold, kriterier for udvælgelse af indhold, ansvarlige beslutningstagere. Indholdet i vægttabskurset tog udgangspunkt i sundhedsadfærd relateret til henholdsvis fysisk aktivitet (s. 5, 10, 12, 13, 19, 21) og kost (s. 10, 11, 12, 21). Undervisningen bestod således af to elementer, der vedrørte sundhedsadfærd i forhold til fysisk aktivitet og kost. Med reference til formålene med Sundhedscenter Aalborgs indsats (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013) og medarbejdernes ønsker om at tabe sig i forbindelse med vægttabskurset (s. 1, 11, 20) skulle medarbejderne gennem undervisning i fysisk aktivitet og kost som led i vægttabskurset tillære sig en sund adfærd på disse punkter, hvorigennem de skulle opnå et mål om vægttab. De kriterier, der lå til grund for udvælgelse af vægttabskursets indhold, kunne henføres til de ansvarlige beslutningstageres funktionsudfoldelser. Sundhedstiltagets ansvarlige beslutningstagere var på den ene side Sundhedscenter Aalborg og på den anden side Virksomhed X og dennes kontaktperson, fordi disse parter indgik i et samarbejde, hvor de delte ansvaret for at indføre sundhedstiltag på arbejdspladsen (s. 26). I kraft af formålene med Sundhedscenter Aalborgs indsats (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013) var denne aktørs funktion at bedrive sundhed på arbejdspladsen (Hagen, 2006). I kraft af kontaktpersonens job som sikkerhedsrådgiver (s. 12), arbejdede hun med arbejdsmiljøet på Virksomhed X og derunder medarbejdernes sundhed (s. 25), hvorfor hendes funktion umiddelbart syntes at være tilsvarende Sundhedscenter Aalborgs. Imidlertid foregik hendes arbejde med udgangspunkt i Virksomhed X's funktion om ressourcefordeling (s. 25) (Hagen, 2006; Qvortrup, 1998), hvorfor dette kunne anses som sikkerhedsrådgiverens funktion. Slutmålet med sikkerhedsrådgiverens arbejde med medarbejdernes sundhed var således ikke at bedrive sundhed på arbejdspladsen. Sundhedsfremme var et middel til at mindske virksomhedens omkostninger forbundet med sygefravær og øge dens produktivitet og deraf dens omsætning (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2005). Kontaktpersonen

havde en rolle som sikkerhedsrådgiver med henblik på at tjene virksomhedens funktion (Vardinghus-Nielsen, 2014). Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse lå på denne måde under for Virksomhed X's funktion om ressourcefordeling (s. 25) (Hagen, 2006; Qvortrup, 1998). Aktørernes funktionsudfoldelser vedrørende sundhed og ressourcefordeling var afgørende for kriterierne for udvælgelse af indhold til vægttabskurset. Dette afspejlede sig dels i samarbejdet mellem Virksomhed X og Sundhedscenter Aalborg, hvis sundhedsrådgivning var gratis (Jakobsen, 2014), dels i vægttabskursets orientering mod KRAM-faktorerne om henholdsvis fysisk aktivitet (s. 5, 10, 12, 13, 19, 21) og kost (s. 10, 11, 12, 21). Måske kunne tiltagets beslutningstagere og disses forskellige funktionsudfoldelser have forårsaget, at vægttabskurset ikke resulterede i langtidseffekter, da medarbejderne, selvom de tabte sig under kursusforløbet, tog på igen efter kursets afslutning (s. 14, 21). Kurset foregik over en tidsafgrænset periode (s. 8, 28), og i løbet af denne periode udgjorde en motivator en vigtig drivkraft for medarbejderne (s. 3, 20). Medarbejderne efterlyste en motivation efter kursets afslutning men uden at specificere, hvem der skulle varetage denne funktion (s. 11, 13, 16). Virksomhed X's funktion om ressourcefordeling bar givetvis en del af skylden for, at vægttabskurset var tidsafgrænset, da afvikling af et sådant sundhedstiltag forbindes med ressourceforbrug. Medarbejdernes oplevelser antydede, at der kunne være gået på kompromis med sundhedstiltagets kvalitet til fordel for virksomhedens funktionsudfoldelse om ressourcefordeling. Det, at tiltaget rummede forskellige funktioner, hvor Virksomhed X's funktion dominerede over Sundhedscenter Aalborgs funktion, kunne således tænkes at udgøre en begrænsende faktor for påvirkningen af medarbejdernes sundhedsadfærd gennem vægttabskurset.

Af ovenstående analyse blev det udledt, at læringens *hvad* i Sundhedscenter Aalborgs indsats på Virksomhed X bestod af to undervisningselementer, der vedrørte sundhedsadfærd i forhold til fysisk aktivitet og kost. Læringsindholdets bestemtes af ansvarlige beslutningstageres funktionsudfoldelser, herunder Sundhedscenter Aalborg og Virksomhed X og dennes kontaktperson. Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse om at bedrive sundhed på arbejdspladsen lå under for Virksomhed X's funktion om ressourcefordeling. Medarbejdere og disses sundhedsadfærd skulle således påvirkes i forhold til fysisk aktivitet og kost gennem indsatsen. En barriere for Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og deraf påvirkningen af Virksomhed X's medarbejdere og disses sundhedsadfærd, relateret til læringens *hvad*, var Virksomhed X's funktion om ressourcefordeling, der dominerede over Sundhedscenter Aalborgs funktion om at bedrive sundhed.

9.2.3. Af hvem skal læres?

Organiseringen af vægttabskurset involverede undervisning på flere niveauer med flere aktører med forskellige funktioner. For det første foregik der en vekselvirkning mellem Sundhedscenter Aalborg og

den enkelte virksomhed og en ansvarshavende repræsentant herfor. For det andet foregik der en vekselvirkning mellem sundhedsprofessionelle og den enkelte virksomheds medarbejdere. Med henblik på at kortlægge vægttabskursets underviserroller analyseres de forskellige aktørers funktioner i det følgende med reference til Virksomhed X som case.

Virksomhed X's funktion kommer til udtryk i følgende citat, hvor kontaktpersonen på virksomheden beskriver sin rolle, hvordan virksomhedens samarbejde med Sundhedscenter Aalborg opstod:

"IPK: Jamen det opstod meget af det, fordi jeg blev ansat i sin tid og skulle tage mig af arbejdsmiljø, og arbejdsmiljø det er jo mange ting, herunder så er det også medarbejdernes sundhed, og det var ikke blevet plejet særligt meget, så skulle jeg jo finde ud af, hvordan man kunne gøre det GODT, men også for en fornuftig PENGE, fordi riget fattes penge, og det er jo uanset, om man er en privat eller en kommunal virksomhed, så skulle man gerne have så meget som muligt for så lidt som muligt, og den vej igennem, var jeg inde på kommunens egen hjemmeside og sidde og kigge lidt om, hvad det var, og fik på den måde kontakt til sundhedscenteret." (s. 25)

Som sikkerhedsrådgiver (s. 12) er kontaktpersonens funktion på Virksomhed X at øge virksomhedens omsætning gennem varetagelse af arbejdsmiljøet og herunder medarbejdernes sundhed. For at udfolde sin rolle søgte kontaktpersonen prisbillig hjælp udefra (Vardinghus-Nielsen, 2014). Dette hænger sammen med, at Virksomhed X forholdte sig til og prioriterede i relation til koden betale/ikke betale (Hagen, 2006; Qvortrup, 1998). Kontaktpersonen tog derfor for at udfolde sin rolle og som følge af sin funktion kontakt til Sundhedscenter Aalborg (Vardinghus-Nielsen, 2014), hvis sundhedsrådgivning til virksomheder er en gratis indsats. Samarbejdet foregik som følger:

"IPK: Jamen der er en rigtig god sparringspartner i /navn/ derinde, SPECIELT, hun er jo en ildsjæl på området, kan man sige, og hun har fingeren på pulsen med rigtig mange ting, og nogle af de ting hun så tænker, det kunne være rigtig godt for vores virksomhed, dem sender hun så en mail omkring TIL MIG, fordi mange af vores medarbejdere, de har faktisk ikke adgang til IT, så derfor så er det begrænset, hvad hun kan sende ud til den enkelte medarbejder, så jeg bliver sådan en slags modtagecentral, der så skal formidle det videre ud til den enkelte medarbejder, og der kommer mange gode forslag den vej igennem, så har vi haft nogle specifikke ønsker og behov, hvor vi så har kontaktet dem og spurgt, kan I hjælpe os i den ene eller den anden retning, det kunne være rygestopkursus for eksempel, og den vej igennem har vi så haft en ti stykker igennem på et rygestopkursus, og vi har kørt nogle fedmeprojekter og sådan nogle ting ikke, så det har været super godt." (s. 26)

Sundhedscenter Aalborg fungerede i kraft af dets funktion som en inspirator for at bedrive sundhed på arbejdspladsen. Dette skete ved, at Sundhedscenter Aalborg på baggrund af en analyse opstillede forslag til sundhedstiltag på eget initiativ eller afhængigt af virksomheden og dens medarbejderes specifikke ønsker og behov, som oplystes af kontaktpersonen på Virksomhed X. Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse forblev på et rådgivende niveau, eftersom at denne aktør var underlagt virksomhedens vilkår og betingelser. Sundhedscenter Aalborg havde derfor begrænset rækkevidde, der blev defineret af Virksomhed X's funktion og organisationsstruktur. Sundhedstiltag implementeredes kun på virksomheden i den udstrækning, at dens funktion og organisationsstruktur tillod det (s. 25). På denne måde var Sundhedscenter Aalborg og dets funktionsudfoldelse afhængig af Virksomhed X. Sundhedscenter Aalborgs rådgivning formidledes til virksomhedens kontaktperson, der herefter havde til opgave at videreformidle denne til virksomhedens medarbejdere. Således fungerede kontaktpersonen som en mediator mellem Sundhedscenter Aalborg og virksomheden og dens medarbejdere.

Det konkrete sundhedstiltag, som medarbejderne omtalte i interviewundersøgelsen, blev varetaget af forskellige sundhedsprofessionelle. Sundhedscenter Aalborgs opgave bestod i at udforme sundhedstiltaget og sammensætte dets delelementer ved at uddelegere dets funktion om at bedrive sundhed til sundhedsprofessionelle. De sundhedsprofessionelles opgave bestod i at varetage undervisningen af virksomhedens medarbejdere med henblik på at forandre disses sundhedsadfærd (s. 1, 11, 20). Herunder varetog fysioterapeuter sundhedstiltagets element med fysisk aktivitet (s. 1, 21), mens en diætist varetog elementet med kostvejledning (s. 12, 21). Eksempler på medarbejdernes oplevelser af henholdsvis fysioterapeuternes og diætistens rolle i væggtabskurset fremgår af følgende citater:

"IP1: Jamen, det har været noget sammen med de her, hvad hedder de, fysioterapeuter nede fra /stedsangivelse/, og har deltaget i noget træning dernede, motionstræning, taget alle trapperne og med nogle bolde og nogle ringe og nogle vægte og noget." (s. 1)

"IP3: (...) Vi havde også en kostvejleder tilknyttet, kan jeg huske. Også hun var så kommunalt ansat, altså hun rådgav jo om nogle kostråd (...)." (s. 21)

I forløbet med sundhedstiltaget opnåede medarbejderne væggtab, men på trods af synlige effekter og intentioner om at fortsætte deres nye sundhedsadfærd, skete dette ikke. Interviewperson 1 gav et eksempel, hvor dette kom til udtryk. Under væggtabskurset sørgede fysioterapeuterne for, at motivere medarbejderne (s. 3), men efter tiltagets afslutning, hvor medarbejderne ikke længere havde kontakt med fysioterapeuterne, kunne medarbejderne ikke opretholde motivationen for væggtabet, hvilket kom til udtryk ved, at de fleste deltagere her tog på igen (s. 3, 21, 29). I den udstrækning, sundhedstiltaget

varede, formåede Sundhedscenter Aalborg således at udfolde sin funktion og påvirke medarbejderne på Virksomhed X til at udvise en sundere adfærd, men effekten af påvirkningen ophørte efter tiltagets afslutning. Dette kan med henvisning til flere af medarbejdernes udtalelser tilskrives elementer i organiseringen af Sundhedscenter Aalborgs indsats, hvilket analyseres i det følgende.

En af medarbejderne påpegede gentagne gange, at der manglede en funktion på virksomheden:

"IP2: (...) selvom vi lovede egentligt hinanden her i virksomheden, uanset om der var eksperter på, altså proffer på, så ville vi stadigvæk kunne løbe en tur. Der var vi nogle få, der løb lidt. Og så ebbede det ud bagefter. Så jeg tror, at sådan en virksomhed som den her skal måske nok holdes lidt i ørerne, for at vi får det gjort. Vi snakker så meget om det, men der skal noget til. En tovholder om ikke andet. (...)

F: Der skal være sådan en til ligesom at sætte det i gang?

IP2: Ja, en eller anden med en lille pisk, nu skal vi afsted, ikke?" (s. 10-11)

Interviewperson 2 efterspurgte en motivator- eller tovholderfunktion til at tage ansvar for koordinering og opfølgning af arbejdet med medarbejdernes sundhedsadfærd efter sundhedstiltagets afslutning. Selvom medarbejderne havde en intention om at fortsætte med at være fysisk aktive efter tiltagets afslutning, manglede de en ikke nærmere specificeret person til at tjene den funktion, som de sundhedsprofessionelle tidligere havde udfyldt. Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder manglede ifølge medarbejderne en aktør, der efter tiltagets afslutning kunne varetage en funktion om at bedrive sundhed på arbejdspladsen. Interviewperson 2 uddybede tovholderens rolle som følger:

"IP2: (...) det kunne måske være det, der var afgørende, at der var en tovholder på virksomheden, hvor du siger, hver onsdag og hver fredag, så løber vi lige en tur samlet, ikke? For at holde tingene ved lige, holde hinanden lidt op på det, jo." (s. 13)

Tovholderens opgave skulle, ifølge interviewperson 2, være at opretholde medarbejdernes opmærksomhed på deres sundhedsadfærd ved at igangsætte sundhedsaktiviteter, eksempelvis fysisk aktivitet (s. 16). Denne tovholder kunne tænkes at spilles af Sundhedscenter Aalborg, hvor medarbejderne efter tiltagets afslutning kunne søge hjælp til at fortsætte deres nye sundhedsadfærd. Imidlertid virkede ingen af de interviewede medarbejdere til at være bevidste om Sundhedscenter Aalborgs deltagelse i forbindelse med det sundhedstiltag på arbejdspladsen, de medvirkede i. En af medarbejderne udtrykte dog med en vis usikkerhed, at sundhedstiltaget blev udbudt af Aalborg Kommune (s. 12). Uden eller med begrænset kendskab til Sundhedscenter Aalborgs funktion kendte medarbejderne ikke deres fremadrettede muligheder for at opretholde deres nye sundhedsadfærd med

hjælp fra denne instans. Dette kunne tænkes at have resulteret i, at de fralagde sig den sunde adfærd. Medarbejderne var til gengæld bevidste om tiltagets aktivt involverede aktører, herunder sikkerhedsrådgiveren på Virksomhed X (s. 12, 20), fysioterapeuter (s. 1) og diætister (s. 12, 21). Medarbejderne havde således mulighed for at søge hjælp hos disse instanser til at opretholde deres sundhedsadfærd. Denne mulighed benyttede medarbejderne imidlertid ikke, hvilket interviewperson 1 forklarede som følger:

"IP1: Du har det her BMI, du får tilbudt det her, og, når det så er ovre, så er det så det."
(s. 8)

Sundhedstiltagets varighed blev her betragtet som værende en afgrænsningstid for, i hvilken periode medarbejderen skulle arbejde med sin sundhedsadfærd. Dette syntes også at gøre sig gældende for interviewperson 3:

"IP3: (...) Det tror jeg også, der var, men jeg tror så også samtidigt med at det sluttede, så døde det ud. Motivationen forsvandt, når ikke der står en eller anden og råber ad dig."
(s. 20)

Sundhedstiltagets varighed ansås således som en tidsramme for medarbejdernes arbejde med deres sundhedsadfærd. Interviewperson 1 gav dog udtryk for, at medarbejderne havde mulighed for at fortsætte hos fysioterapeuterne, hvis de selv betalte for dette (s. 8). I og med at ingen af interviewpersonerne benyttede sig af denne mulighed og tog på igen efter vægttabskursets afslutning (s. 13, 14, 21), kunne ressourceforbrug udgøre en barriere for Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse om at bedrive sundhed på arbejdspladsen. Dette syntes imidlertid ikke at gøre sig gældende for alle medarbejderne, da interviewperson 2 mente, at den enkelte medarbejder var ansvarlig for at passe på sig selv og derfor selv måtte ofre ressourcer herpå (s. 13). Sundhedstiltagets tidsafgrænsede varighed og ressourceforbrug forbundet med at fortsætte herefter forårsagede sandsynligvis, at nogle medarbejdere fralagde sig deres nye sundhedsadfærd, hvorfor der var ulemper forbundet med at lade Sundhedscenter Aalborg eller sundhedsprofessionelle varetage rollen som tovholder. Herved udgjorde organiseringen af vægttabskurset en begrænsning for Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse. For at udføre sin funktion på Virksomhed X var Sundhedscenter Aalborg afhængig af, at virksomheden selv overtog den funktionelle rolle og dermed tog sig af medarbejdernes sundhed (Vardinghus-Nielsen, 2014). Gennem Sundhedscenter Aalborgs afhængighedsforhold til Virksomhed X kom det til udtryk, at funktionsudfoldelsen havde nogle vilkår, som ikke var underlagt Sundhedscenter Aalborgs betingelser, hvor Virksomhed X nødvendigvis måtte afsætte ressourcer. Dette understøttede interviewperson 2's idé om at indføre en tovholder til at tjene en funktion, hvormed medarbejderne kunne hjælpes med at vedligeholde deres nye sundhedsadfærd. Tovholderfunktionen

kunne således implementeres for at videreføre det arbejde, som de sundhedsprofessionelle havde påbegyndt. Tovholderfunktionen kunne håndteres af en medarbejder på Virksomhed X:

"IP2: (...) [vi har snakket meget om det, men der er ikke rigtigt nogen af os, der har, har taget teten og så fået det fulgt ud]]. Så det kunne jo være en fin måde måske, man lige brugte en, de første par dage til sådan også lige at finde en tovholder til, [det behøver ikke at være en tovholder, den samme tovholder hele året, altså der kan man så skiftevis gøre det, ikke]? Det kunne være et af tiltagene, ja. For at holde tingene i kog, ikke?" (s. 17)

Som interviewperson 2 foreslog, kunne tovholderfunktionen overdrages til en eller flere medarbejdere før sundhedstiltagets begyndelse. Hvis en medarbejder skulle agere tovholder, kunne en oplagt kandidat hertil være virksomhedens sikkerhedsrådgiver, hvis arbejde allerede involverede arbejdsmiljø og derunder sundhed (s. 25). Alternativt kunne virksomheden ansætte en ny medarbejder til at agere tovholder for indførte sundhedstiltag, men dette kunne tænkes at forstyrre virksomhedens funktionsudfoldelse om ressourcefordeling (Hagen, 2006; Qvortrup, 1998) Hvis flere medarbejdere skulle agere tovholder på skift, kunne der lægges en plan for, hvordan ansvaret blev fordelt over tid. Ideen om at lade en eller flere medarbejdere varetage rollen som tovholder kunne understøttes af, at fællesskabet udgjorde en gennemgående motivationsfaktor for virksomhedens medarbejdere (s. 4, 7, 14, 15, 20, 21, 22, 23). Ved på denne måde at opretholde en sundhedsskabende funktion kunne det tænkes, at medarbejderne følte, at sundhedstiltaget fortsatte, og at de dermed fortsatte arbejdet med deres sundhedsadfærd, hvorved det kunne undgås, at medarbejdernes sundhed forringedes efter væggtabskursets afslutning.

Af ovenstående analyse blev det udledt, at læringens *af hvem* i Sundhedscenter Aalborgs indsats på Virksomhed X bestod af flere aktører, herunder Sundhedscenter Aalborg, der påvirkede medarbejderne og deres sundhedsadfærd indirekte ved at rådgive Virksomhed X og dennes kontaktperson om sundhedstiltag på arbejdspladsen, og sundhedsprofessionelle, der påvirkede medarbejderne og deres sundhedsadfærd direkte gennem undervisning. Medarbejderne og disses sundhedsadfærd skulle således påvirkes af sundhedsprofessionelle gennem indsatsen. Sundhedscenter Aalborg og de sundhedsprofessionelles roller var i kraft af deres funktion at hjælpe kontaktpersonen på Virksomhed X med at bedrive sundhed på virksomheden, hvis funktion foreskrev at dette skulle ske med hensyn til ressourcefordeling. På denne måde var organisationerne gensidigt afhængige. En barriere for Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og deraf påvirkningen af Virksomhed X's medarbejdere og disses sundhedsadfærd, relateret til læringens *af hvem*, var organiseringen af sundhedstiltaget, der udsprang af sundhedstiltagets tidsafgrænsede varighed og ressourceforbrug forbundet med at fortsætte herefter. For at styrke Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og påvirkning af medarbejdere og

disses sundhedsadfærd kunne organiseringen forandres, således at der blev implementeret en tovholderfunktion til at videreføre de sundhedsprofessionelles arbejde med medarbejdernes sundhedsadfærd efter sundhedstiltags afslutning.

Ekstern validering af læringens af hvem

Ovenstående analyse af udsagn vedrørende af hvem-spørgsmålet fra specialets interviewundersøgelse kunne sammenholdes med resultater fra den systematiske litteratursøgning, hvorved der blev foretaget ekstern validering af resultaterne. Ifølge Middlestadt et al. (2012) udgjorde forventning om ressourceforbrug en barriere for at deltage i sundhedstiltag på arbejdspladsen (Middlestadt et al., 2012). Resultaterne fra den systematiske litteratursøgning understøttede herved interviewundersøgelsens resultater om, at ressourceforbrug forbundet med sundhedstiltag på arbejdspladsen kunne udgøre en barriere for visse medarbejdere (s. 8), hvilket i sidste ende kunne begrænse Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse.

9.2.4. Hvornår og hvor skal der læres?

I interviewundersøgelsen fandtes der flere svar på, hvornår og hvor læringen i vægttabskurset fandt sted. Hvornår-spørgsmålet besvaredes i længere og kortere tidstermer. Set i et langsigtet perspektiv foregik vægttabskurset over en tidsafgrænset periode (s. 8, 28) på 10-15 uger (s. 21). Set i et kortsigtet perspektiv bestod vægttabskursets undervisningsaktiviteter af en indledende individuel samtale med en diætist (s. 12) og to ugentlige træningspas (s. 19), der udelukkende foregik uden for arbejdstiden (s. 3, 13). Hvor-spørgsmålet besvaredes i relation til vægttabskursets underliggende elementer med fysisk aktivitet og kost. Elementet med fysisk aktivitet fandt sted på to forskellige lokaliteter: dels ude i naturen nær arbejdspladsens rammer, dels i et fitnesscenter uden for arbejdspladsens rammer (s. 1, 3, 10, 19). Elementet med kost fandt sted i Sundhedscenter Aalborgs lokaler og dermed uden for arbejdspladsens rammer (s. 10). Sundhedstiltagets tidsramme uden for arbejdstiden og fysiske rammer med hovedplacering uden for arbejdspladsen gav anledning til praktiske problemer, hvilket blev påpeget af kontaktpersonen:

"IPK: (...) de medarbejdere, vi har her, de er lidt besværlige, sagt lidt i gåseøjne, fordi vi har fri på forskellige tidspunkter, og vi vil faktisk gerne lave nogle flere sundhedstiltag, men de skulle gerne ligge i umiddelbar forlængelse af arbejdsdagen, men det er lidt svært, når man har forskellige tidspunkter, man har fri på, men vi kan se, at når der er nogle tiltag, hvor man kan nå at komme hjem først og så skal afsted igen, så er der altså mange, som ikke kommer, det var noget nemmere, hvis man kunne køre det lige umiddelbart efter arbejdstid.

F: Har det så en betydning for, om de gider bruge dem eller de ikke vil?

IPK: Ja, det har det. Hvis det er sådan, [nu mange er på en fyraftensakkord, og det vil sige, de er klar til at tage hjem kl. elleve for eksempel], og hvis man er det, og det, man nu skal gå til, først starter kl. to, så er det svært at komme hjem og så komme afsted igen til kl. to, det er der ikke ret mange, der har lyst eller tid eller planlægger sig til at gøre.” (s. 27-28)

En af de medarbejdere, for hvem forskellige arbejdstider virkede som en barriere for at deltage i væggtabskurset, var interviewperson 3. Eftersom at han havde tidligere fri end andre medarbejdere og havde en væsentlig transporttid mellem arbejdet og hjemmet, deltog han ikke i aktiviteter efter fyraften (s. 20). Medarbejdere, der havde tidligt fri i forhold til aktiviteternes starttidspunkt og tog hjem, mødte altså ikke op til disse aktiviteter (s. 28). Som følge af forskellige arbejdstider udgjorde væggtabskursets tids- og stedmæssige ramme på denne måde en begrænsende faktor for visse medarbejdere. Dermed udgjorde væggtabskursets tids- og stedmæssige ramme en begrænsende faktor for Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse om at bedrive sundhed på arbejdspladsen. For at afhjælpe denne begrænsning kunne Sundhedscenter Aalborg udforme væggtabskurset efter Virksomhed X's organisatoriske opbygning ved at opdele væggtabskursets deltagere i to hold, således at det kørende og administrative personale og disses forskellige arbejdstider (s. 27, 28) blev adskilt. En problematik ved at løse problemet på denne måde kunne være, at den sociale ulighed i sundhed, der formodedes at eksistere mellem medarbejdergrupperne som følge af forskellige uddannelsesniveauer (s. 25) (Christensen et al., 2014; Diderichsen, 2011; Juel, 2011), blev forøget. Dette kunne skyldes, at deltagelse i tiltaget var frivilligt (s. 27) og dermed tilbudsrettet (Sundhedsstyrelsen, 2009), og at lavtuddannede er vanskelige at påvirke med sådanne tiltag (Iversen, 2011). Endvidere kunne denne løsning tænkes at forstyrre Virksomhed X's funktionsudfoldelse, da en opdeling af tiltaget krævede mere tid og deraf flere ressourcer. En anden løsning på begrænsningen i væggtabskursets tids- og stedmæssige ramme kunne være at udnytte potentialet i at placere sundhedstiltag inden for medarbejdernes arbejdstid og på arbejdspladsen. Et sådan potentiale kunne understreges af, at Virksomhed X's frugtordning, der foregik i arbejdstiden, havde tilslutning fra hele medarbejderstaben (s. 27). Interviewperson 2 gav udtryk for, at sundhedstiltag placeret i arbejdstiden ville have fuld tilslutning, men kritiserede samtidigt denne tidsramme:

”IP2: (...) hvis du vil passe på dig selv, så må du selv også ofre lidt tid på det. Ja. Jeg synes, det er en dårlig ting at gøre det i arbejdstiden, fordi så er man ikke bevidst om det, så er det fordi, at man måske vil have lidt frihed i arbejdstiden. Det tror jeg i hvert fald hurtigt ville komme. Ja, men det kunne jo se. For ellers så ville der jo nok være 100 procent opbakning, hvis det var i arbejdstiden.” (s. 13)

Vægttabskursets tidsramme uden for arbejdstiden skulle, ifølge interviewperson 2, opretholdes, selvom han mente, at der ville være fuld tilslutning blandt medarbejderne til sundhedstiltag placeret i arbejdstiden. På trods af interviewperson 2's holdning om at sundhedstiltaget skulle foregå uden for arbejdstiden, var der andre forhold i sundhedstiltagets tids- og stedramme, der kunne indikere et forandringsbehov. Ved at anvende arbejdstiden og arbejdspladsen som sundhedsarena opstod der en mulighed for at påvirke sundhedsadfærden hos borgergrupper, der ellers var vanskelige at påvirke (Sund By Netværket, 2010). Dette syntes relevant på Virksomhed X, hvoraf en væsentlig andel af medarbejderne var lavtuddannede (s. 25) og dermed repræsenterede disse grupper af borgere (Sundhedsstyrelsen, 2013). I kraft af tiltagets afgrænsede tidsperiode og placering uden for arbejdstiden og arbejdspladsen syntes det ikke umiddelbart at være i overensstemmelse med Sundhedscenter Aalborgs mål om at gøre det sundt at gå på arbejde (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013). For at opfylde dette mål ville transfer være påkrævet, således at deltagerne kunne overføre den tillærte viden fra læringssituationen uden for arbejdstiden og arbejdspladsen til andre situationer i arbejdstiden og på arbejdspladsen (Illeris et al., 2004). Kontaktpersonen argumenterede for, at transfer var indtænkt i vægttabskurset, således at deltagerne på kurset blev i stand til at anvende det tillærte både inden og uden for kursets rammer:

"IPK: Altså det vi gjorde i forbindelse med det specifikke projekt her, det var jo, at vi blandt andet havde en diætist med inde over, sådan at man fik nogle opskrifter og nogle gode ideer, og hvad er det LIGE, man skal være opmærksom på, når man er ude at handle og sådan nogle ting, så vi synes egentligt, vi har sådan klædt dem lidt godt på til at følge op og bruge det også, når kurset var slut, kan man sige." (s. 30)

Samtlige medarbejdere følte, at de var i stand til at forstå og anvende de informationer, de fik i selve undervisningssituationerne (s. 5, 15, 22), og de følte også – flere kun i en vis udstrækning – at de var i stand til at overføre det tillærte til andre rammer (s. 3, 15, 16, 21), eksempelvis i hjemmet (s. 21). Flere af interviewpersonerne gav eksempler på, at de havde anvendt eller så muligheder for at anvende det, de havde lært om fysisk aktivitet, uden for vægttabskursets rammer. Begge eksempler omhandlede udendørsaktiviteter. (s. 3, 16). Interviewperson 3 gav et eksempel på, hvordan medarbejder havde anvendt det, de havde lært om kost, på arbejdspladsen:

"IP3: Altså, jeg tror da nok, at efter vi kom i gang med det der, jamen så, nu har vi noget, der hedder torsdagsmøde, og på en halv time, vi allesammen vi er samlet, ligesom for at få ugens nyheder, og der blev det sådan, at der blev der lige indført, at så var det måske mere i stedet for at det var rundstykker og kage eller brød og kage, så var det lige pludselig frugt og vandmelon og alt muligt andet. Kage blev bandlyst og sådan, så man fik jo hele huset med.

Men jeg tror, at dengang der var gået et års tid efter, så var det ligesom, så var vi sgu nok lidt tilbage i den gamle skole (...).” (s. 22-23)

Anvendelsen af det tillærte uden for kursets rammer syntes således at være begrænset, hvilket interviewperson 2 også gav udtryk for:

”IP2: Ja, det har jeg, men det er jo ikke i den grad, som man egentligt burde. Vi er da allesammen bevidste om, at en tur på mountainbike eller noget, det er bedre end at ligge herinde på divanen, ikke? Så jeg tror ikke, der var nogen af os, der var i tvivl om, at det er jo på frivillighedens basis, det er jo for at passe på os selv og for at gøre noget. At så kiloene de er kommet på igen, jamen, det er så noget helt andet jo.” (s. 13)

Selvom medarbejderne følte, at de informationer, de fik som led i undervisningen, var forståelige, anvendelige og i en vis udstrækning overførbare til andre situationer, formåede de ikke at opretholde brugen deraf efter tiltagets afslutning. Det være sig på trods af vished om, at fortsat brug af det tillærte ville have hjulpet deltagerne med at opnå deres mål om at tabe sig (s. 13, 21). Dette kunne betyde, at medarbejderne reelt ikke tilegnede sig de kompetencer gennem væggtabskurset, som var tiltænkt, hvorfor langtidseffekter af Sundhedscenter Aalborgs indsats er begrænsede. Der kunne således eksistere et transferproblem i væggtabskurset, der kunne udgøre en begrænsning for Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse. En løsning på transferproblemet kunne være at organisere væggtabskurset i rammer, der var tættere på eller lig med de rammer, hvortil læringen ønskedes overført efter tiltagets afslutning. Medarbejdernes oplevelser af, at især elementet med fysisk aktivitet ude i naturen nær arbejdspladsens rammer var brugbart (s. 3, 16), kan understrege, at transfer af det tillærte er en vanskelig proces (Illeris et al., 2014), der kan hjælpes på vej ved at placere undervisningssituationen i situationer, hvor sundhedsadfærden ønskes udlevet efterfølgende. Ved at lade sundhedstiltaget foregå inden for arbejdstiden og på arbejdspladsen kunne transfer tænkes at styrkes.

Af ovenstående analyse blev det udledt, at læringens *hvornår og hvor* i Sundhedscenter Aalborgs indsats på Virksomhed X foregik uden for arbejdstiden og arbejdspladsens rammer. Medarbejdernes og disses sundhedsadfærd skulle således påvirkes uden for Virksomhed X's tids- og stedmæssige rammer gennem indsatsen. En drivkraft og barriere for Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og deraf påvirkningen af Virksomhed X's medarbejdere og disses sundhedsadfærd, relateret til læringens *hvornår og hvor*, var sundhedstiltagets tidsramme uden for og inden for arbejdstiden og en fysisk placering uden for og inden for arbejdspladsen, der givetvis medførte en barriere i form af et transferproblem i at overføre den tillærte sundhedsadfærd til andre situationer. For at styrke Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og påvirkning af medarbejdere og disses

sundhedsadfærd kunne sundhedstiltagets tids- og stedmæssige ramme ændres til at være arbejdstiden og arbejdspladsen. Dette kunne tænkes at afhjælpe transferproblemet, da tiltaget i så fald foregik inden for rammer, der repræsenterede situationer, hvor læringen ønskedes overført efter tiltagets afslutning.

Ekstern validering af læringens hvornår og hvor

Ovenstående analyse af udsagn vedrørende hvornår- og hvor-spørgsmålet fra specialets interviewundersøgelse kunne sammenholdes med resultater fra den systematiske litteratursøgning, hvorved der blev foretaget ekstern validering af resultaterne. Tiede et al. (2007) skildrede, hvordan arbejdsgivere så en række barrierer i forhold til at iværksætte sundhedstiltag på arbejdspladsen, da praktiske og tidsmæssige forhold udgjorde begrænsninger for implementeringen (Tiede et al., 2007). Kontaktpersonen og medarbejderne på Virksomhed X gav også udtryk for at opleve disse begrænsninger (s. 20, 27, 28). Problematikken fremstod i flere studier, hvor medarbejdere havde tilkendegivet, at sundhedstiltags praktiske og tidsmæssige placering kunne virke begrænsende for deres deltagelse heri. (Andersen et al., 2013; Fletcher, Behrens & Domina, 2008; Middlestadt et al., 2012) Lavtuddannede medarbejdere sagde eksempelvis i Fletcher, Behrens og Domina (2008), at sundhedstiltag på arbejdspladsen ikke passede med deres unormale arbejdstider:

“Our schedule is weird, what we do is weird, our hours are weird, so it’s like putting a square peg into a round hole. It just does not work for us.” (Fletcher, Behrens & Domina, 2008, s. 424)

I tråd med at nogle af Virksomhed X’s medarbejdere opfattede væggtabskursets tids- og stedmæssige ramme som en begrænsende faktor for at deltagelse heri, fandt flere studier, at placering af sundhedstiltag uden for arbejdstiden kunne udgøre en barriere for medarbejderen deltagelse heri (Middlestadt et al., 2012; White, Conrad & Branney, 2008). I relation hertil fandt Andersen et al. (2013), at et sundhedstiltag med fysisk aktivitet udløste perspiration hos medarbejderne i sådan en grad, at det generede dem. Planlægning af sundhedstiltag i arbejdstiden og på arbejdspladsen virkede i dette tilfælde uhensigtsmæssigt, fordi det medførte et irritationsmoment for medarbejderne. (Andersen et al., 2013) Fordi placering af sundhedstiltag uden for arbejdstiden udgjorde en barriere for deltagelse i sådanne tiltag, udgjorde placering af sundhedstiltag inden for arbejdstiden en motivationsfaktor herfor (Middlestadt et al., 2012; White, Conrad & Branney, 2008), ligesom medarbejderne på Virksomhed X gav udtryk for (s. 7, 13, 23). På den anden side understøttedes interviewperson 2’s holdning om, at arbejdstiden ikke skulle danne ramme om sundhedstiltag, da nogle medarbejdere anså dette som en motivationsfaktor at deltage i sådanne tiltag (Middlestadt et al., 2012). Medarbejderne oplevede således,

at placering af sundhedstiltag inden og uden for arbejdstiden optrådte som både motivationsfaktorer og barrierer for at deltage.

I relation til det mulige transferproblem forbundet med vægttabskurset fandt Fletcher, Behrens og Domina (2008), at medarbejdere forbandt manglende viden og instruktion som en barriere for medvirken i sundhedstiltag på arbejdspladsen. (Fletcher, Behrens & Domina, 2008). Manglende viden og instruktion kunne tænkes at udgøre den tilgrundliggende barriere for, at medarbejderne på Virksomhed X ikke formåede at opretholde deres sundhedsadfærd efter sundhedstiltagets afslutning (s. 3, 21, 29). Dette være sig på trods af at medarbejderne på Virksomhed X gav udtryk for, at de informationer, de fik gennem undervisningen, var forståelige, anvendelige (s. 5, 15, 22) og i en vis udstrækning overførbare til andre situationer (s. 3, 15, 16, 21). Manglende opretholdelse af sundhedsadfærden kunne skyldes, at medarbejderne reelt ikke havde fået den viden og instruktion, de havde behov for. Undervejs i vægttabskurset havde medarbejderne en støtte i de sundhedsprofessionelle, der varetog undervisningen (s. 1, 12, 21), men efter kursets afslutning ophørte denne støtte (s. 8, 28), hvilket tilsyneladende bidrog negativt til medarbejdernes sundhedsadfærd og dermed kursets langtidseffekter (s. 3, 21, 29). Dette understregede igen, at medarbejderne kunne have behov for en tovholder, der kunne udfylde de sundhedsprofessionelle rolle og dermed bidrage med viden og instruere medarbejderne efter sundhedstiltagets afslutning.

Resultaterne fra den systematiske litteratursøgning understøttede herved interviewundersøgelsens resultater om hvornår- og hvor-spørgsmålet. For det første viste det sig, at praktiske og tidsmæssige forhold udgjorde barrierer for sundhedstiltags påvirkning af medarbejderes sundhedsadfærd. For det andet optrådte placering af sundhedstiltag inden og uden for arbejdstiden som både motivationsfaktorer og barrierer for, at medarbejderne deltog i og dermed blev påvirket gennem tiltagene. For det tredje udgjorde manglende viden og instruktion barrierer for sundhedstiltags påvirkning af medarbejderes sundhedsadfærd. Dermed styrkedes formodningen om, at praktiske og tidsmæssige problematikker samt manglende viden og instruktion var medvirkende til, at nogle medarbejderne på Virksomhed X henholdsvis fravalgte deltagelse i sundhedstiltaget og ophørte opretholde deres tillærte sundhedsadfærd. Dette kunne derfor forklare, hvorfor der var en begrænset tilslutning til sundhedstiltaget i form af de ti procent af medarbejdere, som deltog i vægttabskurset (s. 28), og tilbagegangen i resultaterne (s. 3, 21, 29).

9.2.5. Med hvem skal læres?

Vægttabskurset foregik i fællesskab mellem kollegaer på Virksomhed X (s. 3, 14), der besad ensartede deltagerforudsætninger, som blev beskrevet under hvem-spørgsmålet. Medarbejderne udtrykte

forskellige holdninger til, at væggtabskurset var et fællesprojekt. Interviewperson 1 og 2 følte ikke, at de var afhængige af andre for at ændre deres sundhedsadfærd men tilkendegav samtidigt, at fællesskabet bidrog til entusiasme omkring og motivation for sundhedstiltaget (s. 3, 4, 15). Interviewperson 3 følte sig til gengæld både afhængig og motiveret af fællesskabet:

"IP3: Ja, ja, det tror jeg, fordi der er jeg nok ikke en af dem, der bare kører på alene, der tror jeg, altså der skal man blive presset, måske ikke presset men, der skal lige være en sparringspartner, man kan komme afsted med, så tror jeg, det er nemmere." (s. 22)

Medarbejderne syntes således at være motiverede af fællesskabet i væggtabskurset, fordi fællesskabet om væggtabskurset bevirkede, at medarbejderne fulgte og støttede hinanden i løbet af væggtabskurset (s. 14, 22, 23). Medarbejdernes motivation for at arbejde med deres sundhedsadfærd styrkedes således, når arbejdet foregik i fællesskab, hvor medarbejderne sørgede for at motivere, støtte og piske hinanden til at fastholde arbejdet (s. 4, 21, 22). Interviewperson 2 nævnte flere situationer, hvor fællesskabet havde en motiverende virkning. Herunder sagde han følgende:

"IP2: Jamen det gjorde jo sådan, at i dagligdagen med alt det, som vi også snakkede om kaffe og kage, som er her på virk..., der holdte vi hinanden lidt oppe, hvor at vi kunne egentligt godt springe kagen over i dag. Altså, det var den sådan, at jo motivationen det var simpelthen, at det var ens kollegaer, man også omgik, altså snakkede med i dagligdagen, hvor man egentligt, det er fint nok at tage en rugbrød, men skulle du ikke lade kagen være? Altså man pingpongede lidt på en anden måde frem for det der med, at det var en, man bare mødtes, ligesom man spiller badminton, man mødtes med en gang om ugen. Her var man tæt på hinanden, og kunne egentligt følge hinanden lidt at kiloene kom på igen, og vi fulgte også hinanden, da kiloene de røg af, jo. Den der lidt daglige mobberi, som man siger, ikke?" (s. 14)

Det fællesskab, som medarbejderne oplevede i væggtabskurset, havde således en særlig dynamik, der syntes vanskelig at opdrive andetsteds. Fællesskabets understøttende virkning på medarbejderne blev understreget af interviewperson 2 gentagne gange:

"IP2: (...) Det gør det lidt nemmere, fordi man kommer ud at løbe den dag, selvom det regner, fordi vi er nogle stykker, der gerne vil ud at løbe, ikke? Og så hiver man måske en to med frem for, at hvis man skal ud at løbe alene i regnvej, så ved man godt, hvad der er det nemmeste, ikke? For mit eget vedkommende, jeg tager ikke cyklen en dag, jeg ved, det regner. Altså, sådan er det jo. Men var man et par stykker til det, jamen så mødtes vi nede på hjørnet der, så cyklede vi, og så var vi i samme båd. (...)" (s. 15)

Interviewperson 2 tillagde således fællesskabet afgørende betydning for deltagelse i vægttabskurset og fastholdelse af tillært sundhedsadfærd. Samtidigt tillagde han selvmotivation afgørende betydning for sundhedstiltaget, da han mente, at den enkelte medarbejder havde et ansvar for sig selv og derfor måtte afsætte tid til at arbejde med sin sundhedsadfærd (s. 13). Den enkelte medarbejder skulle således besidde selvmotivation, og denne motivation kunne givetvis styrkes gennem fællesskabet. Fællesskabet gjorde på denne måde medarbejdernes arbejde med deres sundhedsadfærd mere overkommeligt, da de kunne hjælpe hinanden med at komme afsted – uanset hvordan vejret var. Medarbejdernes sammenhold og fællesskab om vægttabskurset syntes at påvirke medarbejderne og have afgørende betydning for deres sundhedsadfærd (s. 14). Således oplevede medarbejderne, at fællesskabet i sundhedstiltaget styrkede deres motivation for at arbejde med deres sundhedsadfærd.

Af ovenstående analyse blev det udledt, at læringens *med hvem* i Sundhedscenter Aalborgs indsats på Virksomhed X bestod af kollegaer til virksomhedens medarbejdere, der besad ensartede deltagerforudsætninger. Medarbejderne og disses sundhedsadfærd skulle således påvirkes sammen med deres kollegaer gennem indsatsen. Drivkræfter for Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og deraf påvirkningen af Virksomhed X's medarbejdere og disses sundhedsadfærd, relateret til læringens *med hvem*, var selvmotivation og fællesskab.

Ekstern validering af læringens *med hvem*

Ovenstående analyse af udsagn vedrørende med hvem-spørgsmålet fra specialets interviewundersøgelse kunne sammenholdes med resultater fra den systematiske litteratursøgning, hvorved der blev foretaget ekstern validering af resultaterne. Interviewpersonernes holdning til fællesskabets betydning for at deltage i sundhedstiltag blev bekræftet i Fletcher, Behrens og Domina (2008), hvor kontorarbejdere og lavtuddannede medarbejdere angav, hvordan det var fordelagtigt at være en del af et team og altid have en person til at hjælpe sig og motivere til fysisk aktivitet i et sundhedstiltag på arbejdspladsen. Fællesskabet kunne motivere kontorarbejdere og de lavtuddannede medarbejdere til at fortsætte deres fysiske aktivitet, fordi det ikke var ønskeligt at skuffe fællesskabet. (Fletcher, Behrens & Domina, 2008) Ligeledes beskrev Fletcher, Behrens og Domina (2008), hvordan en lavtuddannet medarbejder tilkendegav en holdning i forhold til motivere sig selv:

"If you're not willing to do it, it doesn't matter who you are with, what type of a group; you've got to have that motivating factor. It comes down to you are responsible for yourself."
(Fletcher, Behrens & Domina, 2008, s. 425)

Denne medarbejder pointerede således vigtigheden af selvmotivation i tråd med interviewperson 2. Resultaterne fra den systematiske litteratursøgning understøttede herved interviewundersøgelsens

resultater om, at fællesskabet og selvmotivation udgjorde en drivkraft for sundhedstiltags påvirkning af medarbejderes sundhedsadfærd.

9.2.6. Hvordan og ved hjælp af hvad skal der læres?

Vægttabskursets undervisningselementer med henholdsvis fysisk aktivitet og kost udgjorde læringens *hvordan*, mens forskellige læremidler indeholdt i hvert element udgjorde læringens *ved hjælp af hvad*. Undervisningselementet med fysisk aktivitet, foregik i et fællesskab mellem deltagerne på kurset. Medarbejderne fik udarbejdet et træningsprogram (s. 5, 21) med vejledninger og tegninger med øvelser (s. 21), som den fysiske aktivitet tog udgangspunkt i. De læremidler, der blev anvendt i elementet med fysisk aktivitet, var forskellige former for motionsudstyr, herunder balancebrætter, bolde og naturen (s. 5, 12, 13). Medarbejderne syntes at være engagerede i og motiverede for dette element i vægttabskurset, hvilket interviewperson 2 gav udtryk for i følgende beskrivelse af elementet:

"IP2: (...) Vi havde jo nogle fine instruktører der, da vi var inde på /stedsangivelse/ og noget, hvor vi rullede på de bolde, der var og spillede noget hockey og på måtten og altså, hvor hun egentligt, ja, ikke kun hende, men [dem, som var at undervise der, de havde sgu virkelig godt fat i både med rygøvelser og noget, ja]. Den del syntes jeg egentligt også godt om. Ja. For vi kan allesammen løbe en tur i skoven. Det behøver ikke meget viden på det. Men det andet der med at bruge de der øvelser for at få de rigtige ting på kroppen, så man ikke ødelægger sig selv også, de var rigtig gode." (s. 12-13)

Interviewperson 2's motivation for elementet med fysisk aktivitet syntes således at udspringe af, at undervisningsindholdet forekom ham at være relevant og brugbart. De andre interviewpersoner lagde vægt på, at fysisk aktivitet skulle være sjovt:

"IP3: (...) Fordi det inde i lokalet, det var jo sådan set, det var ene af leg, tror jeg, hvor du ikke tænker over, at du sådan pølede afsted." (s. 23)

Når den fysiske aktivitet fremtrådte som en leg, tænkte interviewperson 3 således ikke over, at han bevægede sig. På denne måde blev medarbejderne motiveret af sjove og legende aspekter i den fysiske aktivitet. De aktive lege i elementet med fysisk aktivitet kan derfor betragtes som værende motivationsfaktorer for medarbejderne. Dette gav interviewperson 1 også udtryk for og tilføjede konkurrence til det legende aspekt:

"IP1: (...) Man kan heller ikke afvise at, nu ved jeg godt, vi har et motionsrum, men et eller andet UDENFOR. Sådan at når de nu lige alligevel kommer forbi, gutterne dernede, så kan

de lige jages til at gøre det, og så vil de gøre lidt sjovt ud af det, og så er det jo, det er jo super genialt. Du kan ikke. Jo det kan jeg. Vil du se? Ja ja. Sådan noget.” (s. 7)

Foruden sjov, leg og konkurrence blev interviewperson 1 motiveret til fysisk aktivitet, hvis undervisningen foregik udenfor. Interviewperson 3 oplevede til gengæld udendørs aktiviteter som et demotiverende aspekt, hvis der var dårligt vejr. Vejret påvirkede stemningen og gejsten for at være fysisk aktive i fællesskabet. (s. 23) Netop fællesskab syntes desuden at være en gennemgående motivationsfaktor for medarbejderne i forbindelse med væggtabskurset (s. 4, 7, 14, 15, 20, 21, 22, 23). Motivationen for undervisningselementet med fysisk aktivitet syntes således at bestå i relevans, brugbarhed, sjov, leg, konkurrence, udendørsaktivitet og fællesskab, mens en af interviewpersonerne anså en begrænsning i form af vejret i relation til dette element.

Undervisningselementet med kost foregik individuelt for den enkelte deltager på kurset. Ved væggtabskursets begyndelse var medarbejderne til samtale med en diætist i Sundhedscenter Aalborg (s. 12), hvor de blev introduceret for en række grundlæggende kostprincipper (s. 11), herunder tallerkenmodellen (s. 10) og kostrådene (s. 21), der udgjorde undervisningselementets læremidler. Flere af medarbejderne, herunder interviewperson 2, syntes at være utilfredse med dette element i væggtabskurset:

”IP2: Ja, ja, og så meldte vi os så til. Så og som jeg siger der, da vi så skulle starte op, så var vi inde til en fælles eller en individuel samtale med diætisten inde på DGI-huset derinde, som jeg egentligt godt kunne undvære, jeg synes ikke, at der var så meget hold i det. Jeg synes, at det var den ringeste del af det. Ja.

F: Hvordan kan det være?

IP2: Det var hende, som vi troede, der ville komme med nogle opskrifter, der ville komme med nogle øvelser, der ville komme med et eller andet. Jeg synes egentligt [det hun deltog med, det var, at hun havde sin vægt med, der kunne regne BMI, der kunne tage BMI-testen]. Det kan man godt mærke, hvis man, [BMI-testen den kan du sgu godt mærke på dig selv, om den er, som den skal være eller i hvert fald, om den er for nedadgående, ikke]? Den synes jeg ikke var.” (s. 12)

Interviewperson 2 havde således nogle uforløste forventninger til væggtabskursets undervisningselement med kost:

”IP2: Ja, det havde jeg i hvert fald. Jeg havde lidt, at jeg kunne få lidt med i rygsækken, når jeg var færdig, at jeg selv egentligt kunne gøre nogle ting bagefter, ja. Ikke for at give hende 100 procent skylden for det. Det var selvfølgelig det koncept, der var der. Det syntes jeg ikke

var, [det passede ikke lige til os]. Jeg tror ikke, at der er nogen af os, der har brugt noget af det, hun kom med, fordi der var ikke rigtigt noget kød på.” (s. 12)

Interviewperson 3 forholdt sig ligeledes uforstående over for en del af indholdet i kostundervisningen. Han troede dog på, at sundhedstiltaget højst sandsynligt ville medføre vægttab, hvis medarbejderne havde opretholdt den sundhedsadfærd, de blev undervist i. Dette formåede de, som tidligere diskuteret, ikke at gøre. (s. 21) Medarbejderne syntes således i højere grad at være motiverede for undervisningselementet med fysisk aktivitet, end det gjorde sig gældende for undervisningselementet med kost. Forskellene mellem undervisningselementerne kunne indikere, at fællesskabet, der udgjorde en motivationsfaktor i forhold til fysisk aktivitet (s. 4, 7, 14, 15, 20, 21, 22, 23), manglede for medarbejderne i forhold til kost. Dette efterlyste interviewperson 2:

”IP2: (...) vi efterlyste lidt, om vi kunne få noget, jeg havde faktisk troet, at man fik nogle opskrifter, hvordan man laver frikadeller på den gode måde og hvordan og hvorledes, altså. Det ved vi jo allesammen jo godt, hvordan man gør, men vi søgte sådan allesammen sådan med at få en god opskrift med hjem, og så var det egentligt det, man gik lidt efter, og så var der barberet alt det af, der skulle barberes af. Den manglede vi, og den kom ikke rigtigt. Hun mente, at det kunne vi selv søge på nettet, og det er selvfølgelig rigtigt, det kunne vi også. Men så behøver man egentligt ikke at have den der cirkel der med, at vi allesammen var i samme båd (...).” (s. 11)

Interviewperson 2 gav udtryk for en forventning og et ønske om, at diætisten udleverede opskrifter til medarbejderne, således at de alle sammen fik mulighed for at afprøve disse. Diætisten opfordrede dog medarbejderne til at finde opskrifter selvstændigt, hvilket interviewperson 2 syntes var i modstrid med ideen om, at vægttabskurset foregik i fællesskab mellem virksomhedens medarbejdere. På trods af kostelementets individuelle karakter indgik medarbejderne i et fællesskab om at ændre deres sundhedsadfærd angående kost, hvilket kom til udtryk ved, at medarbejderne bandlyste kage og indførte frugt til deres torsdagsmøde i stedet (s. 22, 23). Medarbejdere besad givetvis et ønske om, at undervisningselementet med kost skulle foregå i fællesskab på samme måde som elementet med fysisk aktivitet. Der kunne således tænkes at eksistere en barriere i sundhedstiltagets påvirkning af medarbejderne på dette område. For at imødekomme denne barriere kunne undervisningselementet med kost struktureres i stil med elementet med fysisk aktivitet, således at undervisningen foregik i fællesskab mellem medarbejderne.

Af ovenstående analyse blev det udledt, at læringens *hvordan* og *ved hjælp af hvad* i Sundhedscenter Aalborgs indsats på Virksomhed X bestod af aktiviteter og læremidler relateret til henholdsvis fysisk aktivitet og kost. Undervisningselementet med fysisk aktivitet tog afsæt i et træningsprogram, hvor

forskelligt motionsudstyr blev anvendt. Undervisningselementet med kost tog afsæt i grundlæggende kostprincipper, hvor blandt andet kostrådene blev anvendt. Medarbejderne og disses sundhedsadfærd skulle således påvirkes af et træningsprogram og kostprincipper med dertilhørende læremidler. Drivkræfter for Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og deraf påvirkningen af Virksomhed X's medarbejdere og disses sundhedsadfærd, relateret til læringens *hvordan* og *ved hjælp af hvad*, var relevans, brugbarhed, sjov, leg, konkurrence, udendørsaktivitet og fællesskab, mens en barriere var vejret. Medarbejderne syntes i højere grad at være motiveret af undervisningselementet med fysisk aktivitet, hvor ovenstående drivkræfter indgik, end det gjorde sig gældende for elementet med kost. Derfor kunne manglende fællesskab om elementet med kost udgøre en barriere. For at styrke Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og påvirkning af medarbejdere og disses sundhedsadfærd kunne undervisningselementet med kost struktureres i stil med elementet med fysisk aktivitet, således at undervisningen foregik i fællesskab mellem medarbejderne.

9.2.7. Hvorfor skal der læres?

Interviewundersøgelsen kortlagde flere forskellige formål med vægttabskurset. Vægttabskurset tog afsæt i formålene med Sundhedscenter Aalborgs indsats, der var dels at reducere social ulighed i sundhed, dels at motivere virksomheder til at implementere tiltag på arbejdspladsen (Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013). Disse formål afspejlede tydeligt Sundhedscenter Aalborgs funktion om at bedrive sundhed (Hagen, 2006). Formålet med at indføre vægttabskurset på Virksomhed X var, ifølge kontaktpersonen, at der skulle tages hånd om virksomhedens arbejdsmiljø, herunder medarbejdernes sundhed (s. 25). Formålet skulle opfyldes under forudsætning af Virksomhed X's funktion om ressourcefordeling (s. 25) (Hagen, 2006; Qvortrup, 1998) Ovenstående formål kunne henledes til en række organisatoriske perspektiver, der relaterede sig til de aktivt involverede aktørers funktioner, herunder Sundhedscenter Aalborgs, Virksomhed X's og dennes kontaktpersons. Ifølge kontaktpersonen tog sundhedstiltag på arbejdspladsen ofte udgangspunkt i medarbejderes ønsker (s. 26, 29). Medarbejderne syntes dog i højere grad at begrunde deres formål med deltagelse i vægttabskurset med udgangspunkt i tiltagets inklusionskriterium frem for mere personlige ønsker (s. 1, 11, 20). Dette kom blandt andet til udtryk hos interviewperson 1, der beskrev og uddybede sin begrundelse for at deltage som følger:

”IP1: Jamen det var fordi, jeg lå inden for den grænse, hvor det var, at man tilbød det i forhold til størrelse.

F: Hvad var dit mål så med at medvirke?

IP1: Ja, det var selvfølgelig på at tabe mig og komme lidt bedre i form.

F: Hvad har du ønsket at forandre ved din sundhedsadfærd, men det er jo nok lidt det samme, som du sagde før med, at du gerne ville i bedre form, eller?

IP1: Jo, men jeg har jo et dårligt knæ, du ved, så det ville jeg gerne styrke lidt.” (s. 1)

Interviewperson 1 begrundede indledningsvist sit formål med deltage i tiltagets inklusionskriterium, og først da der blev spurgt yderligere ind til emnet, fremlagde han mere personlige ønsker om vægttab og håndtering af et dårligt knæ. Samtlige interviewpersoner nævnte, at de ønskede at tabe sig i forbindelse med væggtabskurset (s. 1, 11), hvor interviewperson 3 eksempelvis nævnte, hvordan det kunne være sjovt at medvirke, hvis det endte med det ønskede resultat og heraf et væggtab (s. 20). Medarbejderne på Virksomhed X kunne derfor siges at besidde en forventning om at forbedre sundhedsmæssige forhold ved deres deltagelse i Sundhedscenter Aalborgs indsats, hvilket virkede som en motivationsfaktor. Der skete imidlertid ikke en sådan forbedring, da sundhedstiltagets langtidseffekter var begrænsede (s. 13, 22, 23). Dette skyldtes for interviewperson 1's vedkommende, at han mistede sine forventninger om at forbedre sundhedsmæssige forhold og dermed sin motivation for at deltage. Dette kom til udtryk, da interviewperson 1 relaterede grunden til, at han stoppede med at benytte væggtabskurset til et dårligt knæ:

”IP1: (...) Så var jeg nødt til at gå til min egen læge, du ved, og så blev jeg så undersøgt i alle ender og kanter der i forhold til det, og SÅ kom jeg så frem til at, [jeg blev bare ved, fordi jeg ville ikke forstå, jeg skjulte det for mig selv, fordi jeg jo elskede det job der, ikke? Så til sidst så sagde han, nu må du altså snart forstå det, der er INTET at stille op med det der, og du får først et nyt knæ, når du ikke kan holde det ud LÆNGERE, og vi kan ingenting gøre, det er FÆRDIGT, så tænkte jeg, hvad skal jeg så ligge og lave de der trælse øvelser for?] (...)” (s. 8)

Interviewperson 1 så ingen grund til at fortsætte på væggtabskurset, da hans læge gav udtryk for, at det ikke kunne afhjælpe knæproblemerne, og at interviewperson 1 dermed ikke kunne opnå sit mål gennem deltagelse i kurset. Interviewperson 1 havde herved ikke længere en forventning om at kunne forbedre sundhedsmæssige forhold, hvorfor han mistede motivationen for at fortsætte med at arbejde med sin sundhedsadfærd. Dette virkede således som en barriere for medarbejderens deltagelse i sundhedstiltaget. For at imødekomme denne barriere kunne sundhedstiltag indledes med at udforme målsætninger for medarbejderne. Der kunne udformes individuelle målsætninger og et sæt af fælles målsætninger for medarbejderne, da forventning om forbedring af sundhedsmæssige forhold (s. 1, 20), selvmotivation (s. 13) og fællesskab (s. 4, 7, 14, 15, 20, 21, 22, 23) udgjorde motivationsfaktorer for dem. For at undgå tilbagegang i resultaterne efter sundhedstiltagets afslutning (s. 3, 21, 29) kunne der foretages løbende evalueringer af disse målsætninger. Evalueringresultaterne kunne fremadrettet anvendes på andre virksomheder, der implementerede tilsvarende tiltag som følge rådgivning fra

Sundhedscenter Aalborg, med henblik på at skabe forventninger om forbedring af sundhedsmæssige forhold og dermed styrke medarbejdernes motivation for at deltage i sundhedstiltaget.

Af ovenstående analyse blev det udledt, at læringens *hvorfor* i Sundhedscenter Aalborgs indsats på Virksomhed X bestod af en række formål, formuleret af henholdsvis Sundhedscenter Aalborg, kontaktpersonen på Virksomhed X og medarbejderne. Ifølge Sundhedscenter Aalborg var formålet at reducere social ulighed i sundhed og motivere virksomheder til at implementere sundhedstiltag. Ifølge kontaktpersonen var formålet at tage hånd om virksomhedens arbejdsmiljø. Disse formål skulle opfyldes under forudsætning af Virksomhed X's funktion om ressourcefordeling, hvorved samtlige aktørers funktioner afspejledes i indsatsen. Ifølge medarbejderne var det primære formål, at de levede op til sundhedstiltagets inklusionskriterium, og dertil kom personlige ønsker om vægttab. Medarbejderne og disses sundhedsadfærd skulle således påvirkes med udgangspunkt i forskellige formål. En drivkraft for Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og deraf påvirkningen af Virksomhed X's medarbejdere og disses sundhedsadfærd, relateret til læringens *hvorfor*, var en forventning om at forbedre sundhedsmæssige forhold gennem deltagelse i sundhedstiltag, mens en barriere var mangel af en sådan forventning. For at styrke Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse og påvirkning af medarbejdere og disses sundhedsadfærd kunne der udformes individuelle og fælles målsætninger for medarbejderne, der var genstand for løbende evaluering.

Ekstern validering af læringens *hvorfor*

Ovenstående analyse af udsagn vedrørende hvorfor-spørgsmålet fra specialets interviewundersøgelse kunne sammenholdes med resultater fra den systematiske litteratursøgning, hvorved der blev foretaget ekstern validering af resultaterne. Middlestadt et al. (2012) beskrev, hvordan en række medarbejdere havde forventninger om forbedring af sundhedsmæssige forhold, hvilket de anså som værende en drivkraft for deltagelse i sundhedstiltag (Middlestadt et al., 2012) Disse forventninger mindede om interviewperson 1's forventning om, at deltagelse i væggtabskurset kunne afhjælpe hans knæproblemer. Resultaterne fra den systematiske litteratursøgning understøttede herved interviewundersøgelsens resultater om, at forventninger om forbedring af sundhedsmæssige forhold udgjorde en drivkraft for sundhedstiltags påvirkning af medarbejderes sundhedsadfærd.

10. Konklusion

I dette kapitel opsamles hovedresultaterne fra specialet. Gennem analyse af resultaterne fra interviewundersøgelsen og ekstern validering heraf ved hjælp af en systematisk litteratursøgning besvares følgende problemformulering:

Hvordan forandres påvirkningen af medarbejdere i Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder, således at Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse styrkes?

Med afsæt i Jank og Meyers didaktiske spørgsmål opnåedes en forståelse af, hvordan Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder som undervisning var tilrettelagt og påvirkede medarbejderne på Virksomhed X. Overvægtige medarbejdere skulle tillære sig en sund adfærd i forhold til fysisk aktivitet og kost. Undervisningen foregik i flere niveauer. Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgiver rådgav Virksomhed X og dennes kontaktperson om at indføre sundhedstiltag, mens fysioterapeuter og en diætist varetog undervisningen af virksomhedens medarbejdere. Læringen fandt sted uden for arbejdstiden og arbejdspladsen i fællesskab med kollegaer på virksomheden. Undervisningselementet med fysisk aktivitet foregik med udgangspunkt i et træningsprogram, mens undervisningselementet med kost foregik med udgangspunkt i kostprincipper. Undervisningen tog afsæt i forskellige formål, som Sundhedscenter Aalborg, kontaktpersonen på Virksomhed X og medarbejderne formulerede. Sundhedscenter Aalborgs formål, der udsprang af dets funktion om at bedrive sundhed, skulle opfyldes under forudsætning af Virksomhed X's formål og funktion om ressourcefordeling. Dette bevirkede, at Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse havde en begrænset rækkevidde inden for virksomhedens rammer, hvorfor sundhedstiltag kun implementeredes i den udstrækning virksomhedens funktion og organisationsstruktur tillod det.

Indsatsens didaktiske og organisatoriske forhold medførte en række drivkræfter og barrierer for påvirkningen af virksomhedens medarbejdere og disses sundhedsadfærd og deraf Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse. En række af disse drivkræfter og barrierer blev understreget med fund fra den systematiske litteratursøgning. Blandt drivkræfterne var: motivation for at lære, sundhedstiltagets tidsramme uden for og inden for arbejdstiden og en fysisk placering uden for og inden for arbejdspladsen, selvmotivation, fællesskab samt en forventning om at forbedre sundhedsmæssige forhold gennem deltagelse i sundhedstiltaget. Blandt barriererne var: tiltags organisering, ressourceforbrug, praktiske og tidsmæssige forhold og placering af sundhedstiltag uden for arbejdstiden.

Med udgangspunkt i en række af ovenstående drivkræfter og barrierer forbundet med indsatsens didaktiske og organisatoriske forhold blev følgende forandringsforslag opstillet med henblik på at

påvirke medarbejdere og disses sundhedsadfærd og derigennem styrke Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse:

- Organiseringen af indsatsen kunne forandres, således at der blev implementeret en tovholderfunktion i virksomheden til at videreføre de sundhedsprofessionelles arbejde med medarbejdernes sundhedsadfærd efter sundhedstiltags afslutning.
- Indsatsens tids- og stedmæssige ramme kunne forandres til at være arbejdstiden og arbejdspladsen. Dette kunne tænkes at afhjælpe problemer med at transferere tillært sundhedsadfærd fra en situation til en anden, da tiltaget i så fald foregik inden for rammer, der repræsenterede situationer, hvortil læringen ønskedes overført efter tiltagets afslutning.
- Undervisningselementet med kost kunne forandres, således at det foregik i fællesskab mellem medarbejderne i stil med elementet med fysisk aktivitet.
- Der kunne udformes individuelle og fælles målsætninger for medarbejderne, der var genstand for løbende evaluering.

Ovenfor præsenterede resultater skal ses i lyset af, at de stammer fra en enkeltstående undersøgelse. For at forandre sundhedsfremme og forebyggelse på arbejdspladsen med henblik på at tilvejebringe sundhedseffekter kræves fremtidig forskning på området – dette være sig i kvalitativ såvel som kvantitativ form.

11. Perspektivering

I dette kapitel belyses specialets undersøgelsesresultater og disses betydning og relevans i et bredere, samfundsmæssigt perspektiv. Herunder anskueliggøres det, af hvem og i hvilken kontekst resultaterne kan anvendes, og hvilke muligheder og begrænsninger der forbindes hermed.

Specialets undersøgelsesresultater kan anvendes af sundhedsprofessionelle i kommuner, sundhedscentre og lignende instanser, som arbejder med sundhed på arbejdspladsen. Resultaterne kan give indsigt i og inspiration til, hvordan sundhedstiltag på arbejdspladsen kan opbygges og struktureres under hensynstagen til didaktiske og organisatoriske forhold samt drivkræfter og barrierer, som medarbejdere forbinder hermed. Tilsvarende kan aktører på virksomheder, der varetager arbejdsmiljø- og sundhedsopgaver, anvende resultaterne til at tilrettelægge sundhedstiltag på arbejdspladsen.

En begrænsning relateret hertil er, at specialets resultater hovedsageligt fremkommer i kvalitativ form. For at opnå indblik i kvantitative effektresultater af sundhedstiltag på arbejdspladsen vil det være fordelagtigt, at sådanne tiltags kort- og langtidseffekter gøres til genstand for evaluering. Der eksisterer således et behov for at foretage systematisk dokumentation af effekterne af sundhedstiltag på arbejdspladsen. Kommuner og andre instanser kan med fordel gennemføre effektevalueringer af disse tiltag, således at der skabes et vidensgrundlag for, hvordan der kan arbejdes med sundhed på arbejdspladsen.

Specialets resultater kan give anledning til en videre undersøgelse af problemfeltet. Det vil i relation hertil være interessant at anvende samme metodiske fremgangsmåde til at undersøge, hvordan medarbejdere og disses sundhedsadfærd påvirkes gennem et sundhedstiltag, hvor en eller flere af konklusionens forandringsforslag indføres. Herigennem kan der opnås indsigt i, hvordan implementering af eksempelvis en tovholderfunktion påvirker medarbejdernes sundhedsadfærd.

12. Litteraturliste

- Andersen, L. L., Sundstrup, E., Boysen, M., Jakobsen, M. D., Mortensen, O. S. & Persson, R., 2013. "Cardiovascular Health Effects of Internet-Based Encouragements to Do Daily Workplace Stair-Walks: Randomized Controlled Trial", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 15, nr. 6.
- Antoft, R. & Salomonsen, H. H., 2007. "Det kvalitative casestudium – introduktion til en forskningsstrategi" i: Antoft, R., Jacobsen, M. H., Jørgensen, A. og Kristiansen, S. (red.), *Håndværk og Horisonter – tradition og nytænkning i kvalitativ metode*, Syddansk Universitetsforlag, Odense, kap. 1, s. 29-57.
- Birkler, J., 2005. *Videnskabsteori: en grundbog*, 1. udgave, Munksgaard, København.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L., 2010. "Interviewet: Samtalen som forskningsmetode" i: Brinkman, S. & Tanggaard, L (red.), *Kvalitative metoder – En grundbog*, 1. udgave, Hans Reitzels Forlag, København, kap. 1, s. 29-53.
- Christensen, A. I., Davidsen, M., Ekholm, O., Pedersen, P. V. & Juel, K., 2014. *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Christensen, A. I., Severin, M., Holmberg, T., Eriksen, L., Toftager, M., Zachariassen, A., Ekholm, O., Tolstrup J. S., Grønbæk, M. & Curtis, T., 2009. *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Trygfonden smba (TryghedsGruppen smba), København.
- Dagens Medicin, 2012. *Social skævhed i sundhedsvæsenet koster et kæmpe milliardbeløb*. Tilgængelig på: <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/social-skavhed-i-sundhedsvasenet-koster-et-kampe-milliardbelob/> (08/03-2015).
- Dahlgren, G. & Whitehead, M., 1991. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Institute for future studies, Stockholm.
- Diderichsen, F., 2011. "Ulighed i sundhed" i: Lund, R., Christensen, U. & Iversen, L. (red.), *Medicinsk sociologi – sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*, 2. udgave, Munksgaard Danmark, København, kap. 2, s. 23-41.
- Diderichsen, F., Andersen, E. & Manuel, C., 2011. *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Fletcher, G. M., Behrens, T. K. & Domina, L., 2008. "Barriers and Enabling Factors for Work-Site Physical Activity Programs: A Qualitative Examination", *Journal of Physical Activity and Health*, s. 418-429.

- Goffman, E., 2009. *Stigma – Om afvigerens sociale identitet*, 2. udgave, Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Hagen, R., 2006. *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Holm, A. B., 2011. *Videnskab i virkeligheden – En grundbog i videnskabsteori*, 1. udgave, Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S. & Nielsen, M. E. J., 2009. *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Hvass, L. R., Manghezi, A., Folker, A. P. & Sandø, N., 2012. *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Højgaard, B., 2008. *Effekten af sundhedsfremme på arbejdspladsen – Hvor meget dokumentation er der?*, Dansk Sundhedsinstitut, København.
- Højrup, T., 1984. "Begrebet livsform. En formspecificerende analysemetode anvendt på nutidige vesteuropæiske samfund", *Fortid og nutid*, 31, s. 194-218.
- Illeris, K., Andersen, V., Bottrup, P., Clematide, B., Dirckinck-Holmfeld, L., Elkjær, B., Elsborg, S., Højrup, S., Jørgensen, C. H., Kanstrup, A. M., Kjær, C., Liveng, A., Pedersen, K., Stoltenberg, G., Warring, N. & Aarkrog, V., 2004. *Learning in Working Life*, 1. udgave, Learning Lab Denmark, Roskilde University Press, Frederiksberg.
- Iversen, L., 2011. "Livsstil og helbred" i: Lund, R., Christensen, U. & Iversen, L. (red.). *Medicinsk sociologi – sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred*, 2. udgave, Munksgaard Danmark, København, kap. 5, s. 85-104.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J., 2008. *Hvordan Organisationer fungerer – Indføring i organisation og ledelse*, 2. udgave, Hans Reitzels Forlag, København.
- Jakobsen, J. C., 2014. *Aktivitet og effekt på Sundhedscenter Aalborg 2013*, Aalborg Kommune.
- Jank, W. & Meyer, H., 2010. *Didaktiske modeller. Grundbog i Didaktik*, 1. udgave, Gyldendal, København.
- Jensen, J. M., 2013. "Everyday life and health concepts among blue-collar female workers in Denmark: implications for health promotion aiming at reducing health inequalities", *Global Health Promotion*, vol. 20, nr. 2, s. 13-21.
- Juel, K., 2011. "Dødelighed og sygelighed i Danmark" i: Lund, R., Christensen, U. & Iversen, L. (red.), *Medicinsk sociologi – sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred*, 2. udgave, Munksgaard Danmark, København, kap. 13, s. 263- 287.

- Juul, S., 2012. *Epidemiologi og evidens*, 2. udgave, Munksgaard, København.
- Kjøller, M., Juel, K. & Kamper-Jørgensen, F., 2007. *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
- Kvale, S. & Brinkmann S., 2009. *InterView – Introduktion til et håndværk*, 2. udgave, Hans Reitzels Forlag, København.
- Kvale, S., 1997. *InterView: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Launsø, L., Olsen, L., & Rieper, O., 2011. *Forskning om og med mennesker – Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*, 6. udgave, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.
- Loef, M. & Walach, H., 2012. "The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis", *Preventive Medicine*, 55 (3), s. 163-170.
- Mandag Morgen & TrygFonden, 2008. *Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne*, Nyhedernes Tænketank, København.
- Middlestadt, S. E., Sheats, J. L., Geshnizjani, A., Sullivan, M. R. & Arvin, C. S., 2011. "Factors Associated With Participation in Work-Site Wellness Programs: Implications for Increasing Willingness Among Rural Service Employees", *Health Education & Behavior*, vol. 38, nr. 5, s. 502-509.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014. *Sundere liv for alle – Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.
- Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen, 2005. *Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladsen. Sådan kan kommunen leve op til sit nye myndighedsansvar*, København.
- Qvortrup, L., 1998. *Det hyperkomplekse samfund – 14 fortællinger om informationssamfundet*, Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S, København.
- Ramian, K., 2007. *Casestudiet i praksis*, 1. udgave, Academica, Århus.
- Rasmussen, J., 2004. *Undervisning i det refleksivt moderne – Politik, profession, pædagogik*, 1. udgave, Hans Reitzels Forlag, København.
- retsinformation.dk, 2014. *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. Tilgængelig på: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=152710#Afs9> (24/02-2015).

Rose, G., 2001. "Sick individuals and sick populations", *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, nr. 3, s. 427-432.

Sund By Netværket, 2010. 9 skridt til sundhed og trivsel på arbejdspladsen – den gode kommunale model. Anbefalinger, strategier og redskaber til kommunens forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Sundhedsstyrelsen, 2005. *Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*, Center for Forebyggelse, Scanprint A/S, København.

Sundhedsstyrelsen, 2006. *Borgerrettet forebyggelse i kommunen – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen*, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, København.

Sundhedsstyrelsen, 2007. *Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter*, Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen, 2008. Stigmatisering – debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen, Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen, 2009. *Sundhed og trivsel på arbejdspladsen 2010*, Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen, 2013. *Social ulighed i sundhed*. Tilgængelig på: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesundhed/social-ulighed> (05/02-2015).

Tiede, L. P., Hennrikus, D. J., Cohen, B. B., Hilgers, D. L., Madsen, R. & Lando, H. A., 2007. "Feasibility of promoting smoking cessation in small worksites: An exploratory study", *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 9, suppl. 1, s. 83-90.

Udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, 2013. *Status for rådgivning for virksomheder 2012*, Udskrift af beslutningsprotokollen, Mødet den 13.03.2013, Punkt 8.

van Dam, R. M., Li, T., Spiegelman, D., Franco, O. H. & Hu, F. B., 2008. "Combined impact of lifestyle factors on mortality: prospective cohort study in US women", *British Medical Journal*, 337: a1440, s. 1-8.

Vardinghus-Nielsen, H., 2014. *Organisatorisk Læring – Et bidrag til en organisationsdidaktik*. Aalborg Universitetsforlag.

Vedtofte, D. I., 2009. "Didaktik – tilrettelæggelse af undervisning" i: Vedtofte, D. I. (red.), *Pædagogik – for sundhedsprofessionelle*, 1. udgave, Gads Forlag, København.

Wackerhausen, S., 1995. "Et åbent sundhedsbegreb" i: Jensen, U. J., *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*, 1. udgave, Forlaget Philosophia, Århus, s. 43-74.

White, A., Conrad, D. og Branney, P., 2008. "Targeting men's weight in the workplace", *Journal of Men's Health*, vol. 5, nr. 2, s. 133-140.

Yin, R. K., 2009. *Case Study Research: Design and Methods*, 4. udgave, SAGE Publications Inc., Thousand Oaks, California.

Aalborg Kommune a. *Sundheds- og Kulturforvaltningen*. Tilgængelig på: <http://www.aalborg.dk/om-kommunen/organisation/sundheds-og-kulturforvaltningen> (24/04-2015).

Aalborg Kommune b. *Sundhedstjek på arbejdspladsen ved Aalborg Kommunes sundhedscenter*. Tilgængelig på: <http://sundhedscenter.aalborg.dk/livsstil/sundhed-paa-arbejdspladser> (04/03-2015).

Aalborg Kommune, 2015. *Aktivitet og effekt på Sundhedscenter Aalborg 2014, Årlig status til Sundheds- og Kulturudvalget*.

13. Bilag

Dette kapitel indeholder en liste over bilag, der vedlægges projektet.

Bilag 1 – Informationspapir til virksomheder

Bilag 2 – Informationspapir og samtykkeerklæring til medarbejdere

Bilag 3 – Informationspapir og samtykkeerklæring til kontaktperson

Bilag 4 – Interviewguide til interviews med medarbejdere

Bilag 5 – Interviewguide til interview med kontaktperson

Bilag 6 – Søgebilag

Indholdsfortegnelse over bilag

Bilag 1 – Informationspapir til virksomheder.....	2
Bilag 2 – Informationspapir og samtykkeerklæring til medarbejdere	3
Bilag 3 – Informationspapir og samtykkeerklæring til kontaktperson	5
Bilag 4 – Interviewguide til interviews med medarbejdere.....	7
Bilag 5 – Interviewguide til interview med kontaktperson.....	9
Bilag 6 – Søgebilag	10

Bilag 1 – Informationspapir til virksomheder

Undersøgelse af sundhedsrådgivning til virksomheder i Aalborg Kommune

Vi er to specialestuderende på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Vi ønsker at undersøge, hvordan Sundhedscenter Aalborgs sundhedsrådgivning til virksomheder virker og er opbygget med henblik på at få viden om, hvordan tiltag med sundhed på arbejdspladsen kan organiseres. Derfor har vi brug for hjælp fra virksomheder, som har fået denne sundhedsrådgivning.

Jeres virksomhed kan hjælpe os ved at lade os interviewe 2-3 medarbejdere. Hvert interview vil tage ca. 30 minutter. Interviewene vil handle om medarbejderens mening om og oplevelse af sundhedsrådgivningen. Herved kan jeres virksomhed og medarbejdere være med til at give ny viden om organisering af sundhed på arbejdspladsen. For dem, der har lyst, tilbyder vi at komme ud og holde et oplæg om resultaterne fra vores speciale for jer.

Interviewene bruges i anonym form, og hverken virksomheden eller medarbejderne nævnes ved navn i opgaven. Det er frivilligt, om man ønsker at deltage, og man kan altid framelde sig.

Det aftales med virksomheden og medarbejderne, hvor og hvornår interviewene finder sted. Interviewene behøver ikke at foregå i arbejdstiden.

Hvis I har spørgsmål eller ønsker at deltage, bedes I skrive eller ringe til:

Mathias Risgaard Jensen
Email: mrje10@student.aau.dk
Mobil: XX XX XX XX

På forhånd mange tak for hjælpen.

Med venlig hilsen

Christine Lund Broe og Mathias Risgaard Jensen

Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Bilag 2 – Informationspapir og samtykkeerklæring til medarbejdere

Undersøgelse af sundhedsrådgivning til virksomheder i Aalborg Kommune

Vi er to specialestuderende på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, som ønsker at undersøge, hvordan tiltag med sundhed på arbejdspladsen kan organiseres. Til dette formål belyses det, hvordan Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder påvirker medarbejderes sundhedsadfærd.

Dette undersøges ved hjælp af interviews som metode. Metoden foregår ved, at vi stiller dig en række spørgsmål om Sundhedscenter Aalborgs indsats, som du har mulighed for at besvare ved at fortælle om dine meninger om og oplevelser af sundhedstiltag, der er indført på arbejdspladsen. Vi kommer ind på din deltagelse i sundhedstiltag på arbejdspladsen, hvordan det er foregået og hvordan din vurdering heraf er. Vi er interesserede i, at du begrundet dine svar på spørgsmålene.

Ved at deltage i undersøgelsen kan du være med til at give ny viden om organisering af sundhed på arbejdspladsen. Hvis du har lyst, tilbyder vi at komme ud på din arbejdsplads og holde et oplæg om resultaterne fra vores speciale.

Et interview tager cirka 20 minutter.

Vi lydoptager interviewet med henblik på senere behandling af data, hvor vi transskriberer interviewet til skriftlig tekst. Lydoptagelsen slettes efter endt databehandling. Interviewene bruges i anonym form, og dit navn nævnes derfor ikke i specialet. Projektet offentliggøres i Aalborg Universitets projektbibliotek. Det er frivilligt, om du ønsker at deltage, og du kan til enhver tid melde fra.

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen, bedes du skrive eller ringe til:

Mathias Risgaard Jensen
Email: mrje10@student.aau.dk
Mobil: XX XX XX XX

Med venlig hilsen

Christine Lund Broe og Mathias Risgaard Jensen

Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Samtykkeerklæring

Informeret samtykke til deltagelse i et folkesundheds-videnskabeligt projekt

Jeg erklærer hermed, at jeg giver mit samtykke til at deltage i et interview i forbindelse med et folkesundhedsvidenskabeligt projekt om sundhedsrådgivning til virksomheder.

Jeg er informeret om og indforstået med:

- At alt materiale, ud over transskriberinger, destrueres efter anvendelse
- At mit navn anonymiseres
- At projektet offentliggøres gennem Aalborg Universitets projektbibliotek
- At det er frivilligt at deltage i undersøgelsen, og at jeg til enhver tid kan trække mit samtykke tilbage og udgå af undersøgelsen

Jeg har modtaget både mundtlig og skriftlig information om anvendelsen af de udsagn, jeg giver i interviewet, og jeg ved nok om formål og metode til at sige ja til at deltage.

Ønsker du at blive informeret om forskningsprojektets resultater?

Ja _____ (sæt x)

Nej _____ (sæt x)

Dato: _____

Informantens underskrift: _____

Forskers underskrift: _____

Bilag 3 – Informationspapir og samtykkeerklæring til kontaktperson

Undersøgelse af sundhedsrådgivning til virksomheder i Aalborg Kommune

Vi er to specialestuderende på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, som ønsker at undersøge, hvordan tiltag med sundhed på arbejdspladsen kan organiseres. Til dette formål belyses det, hvordan Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder påvirker medarbejderes sundhedsadfærd.

Forud for denne undersøgelse ønsker vi baggrundsviden om virksomheden, den sundhedsrådgivning den har fået og de sundhedstiltag den har indført. Dette undersøges ved hjælp af interviews som metode. Metoden foregår ved, at vi stiller dig en række spørgsmål om disse emner.

Ved at deltage i undersøgelsen kan du være med til at give ny viden om organisering af sundhed på arbejdspladsen. Hvis du har lyst, tilbyder vi at komme ud på din arbejdsplads og holde et oplæg om resultaterne fra vores speciale.

Vi lydoptager interviewet med henblik på senere behandling af data, hvor vi transskriberer interviewet til skriftlig tekst. Lydoptagelsen slettes efter endt databehandling. Interviewene bruges i anonym form, og dit navn nævnes derfor ikke i specialet. Projektet offentliggøres i Aalborg Universitets projektbibliotek. Det er frivilligt, om du ønsker at deltage, og du kan til enhver tid melde fra.

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen, bedes du skrive eller ringe til:

Mathias Risgaard Jensen
Email: mrje10@student.aau.dk
Mobil: XX XX XX XX

Med venlig hilsen

Christine Lund Broe og Mathias Risgaard Jensen

Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Samtykkeerklæring

Informeret samtykke til deltagelse i et folkesundheds-videnskabeligt projekt

Jeg erklærer hermed, at jeg giver mit samtykke til at deltage i et interview i forbindelse med et folkesundhedsvidenskabeligt projekt om sundhedsrådgivning til virksomheder.

Jeg er informeret om og indforstået med:

- At alt materiale, ud over transskriberinger, destrueres efter anvendelse
- At mit navn anonymiseres
- At projektet offentliggøres gennem Aalborg Universitets projektbibliotek
- At det er frivilligt at deltage i undersøgelsen, og at jeg til enhver tid kan trække mit samtykke tilbage og udgå af undersøgelsen

Jeg har modtaget både mundtlig og skriftlig information om anvendelsen af de udsagn, jeg giver i interviewet, og jeg ved nok om formål og metode til at sige ja til at deltage.

Ønsker du at blive informeret om forskningsprojektets resultater?

Ja _____ (sæt x)

Nej _____ (sæt x)

Dato: _____

Informantens underskrift: _____

Forskers underskrift: _____

Bilag 4 – Interviewguide til interviews med medarbejdere

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Hvordan påvirker indsatsen medarbejdernes sundhedsadfærd?	Deltagelse i sundhedstiltag på arbejdspladsen
	<ul style="list-style-type: none">▪ Hvilke sundhedstiltag på arbejdspladsen, har du deltaget i?▪ Hvorfor har du deltaget i dette/disse sundhedstiltag? Hvad har dit mål været? Hvad har du ønsket at forandre ved din sundhedsadfærd?
	Sundhedstiltaget
	<ul style="list-style-type: none">▪ Hvordan er du blevet præsenteret for dette/disse sundhedstiltag? Hvem har præsenteret dig for det/dem? Hvad har du fået at vide om det/dem?▪ Hvem har styret dette/disse sundhedstiltag og vejledt dig i, hvordan du skulle arbejde med at forandre din sundhedsadfærd?▪ Hvor og hvornår har dette/disse sundhedstiltag foregået? Var det inden for eller uden for arbejdspladsen og arbejdstiden?▪ Har du overført du dit arbejde med at forandre din sundhedsadfærd til andre rammer? Hvordan/hvorfor ikke?▪ Hvem har dette/disse sundhedstiltag foregået sammen med?▪ Har du været afhængig af andre for at ændre din sundhedsadfærd? Hvordan/hvorfor ikke?▪ Hvilke informationer har du fået om, hvordan du skulle arbejde med at forandre din sundhedsadfærd? Har du været i stand til at forstå og anvende disse informationer? Hvorfor/hvorfor ikke?
Vurdering af sundhedstiltaget	
	<ul style="list-style-type: none">▪ Har du gennem deltagelse i dette/disse sundhedstiltag opnået dit mål/forandret din sundhedsadfærd? Hvordan er den forandret?▪ Vil du give eksempler på, hvornår tiltaget har været godt og brugbart for dig i forhold til at opnå dit mål/forandre din sundhedsadfærd? Hvorfor har det været godt og brugbart for dig i disse situationer?

- Vil du give eksempler på, hvornår tiltaget har været mindre godt og mindre brugbart for dig i forhold til at opnå dit mål/forandre din sundhedsadfærd? Hvorfor har det været mindre godt og mindre brugbart for dig i disse situationer?
- Hvilke ændringer kan, efter din mening, gøre sundhedstiltaget bedre med henblik på at forandre din sundhedsadfærd? Hvorfor?

Bilag 5 – Interviewguide til interview med kontaktperson

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
<p>Hvordan påvirker indsatsen medarbejdernes sundhedsadfærd?</p>	<p>Virksomheden</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvor mange medarbejdere er der på virksomheden? ▪ Hvilke stillinger har medarbejderne?
	<p>Kontakt og samarbejde med Sundhedscenter Aalborg</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan har virksomheden været i kontakt og samarbejdet med Sundhedscenter Aalborg? ▪ Hvad har Sundhedscenter Aalborgs rolle været i dette samarbejde? ▪ Hvad har virksomhedens (beslutningstagernes) rolle været i dette samarbejde? ▪ Hvad har medarbejdernes rolle været i dette samarbejde?
	<p>Sundhedstiltag på virksomheden</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvilke sundhedstiltag er der indført på virksomheden som følge af kontakten og samarbejdet med Sundhedscenter Aalborg? ▪ Hvorfor er netop disse sundhedstiltag indført på virksomheden? ▪ Hvordan foregår de enkelte sundhedstiltag? ▪ Hvornår er sundhedstiltagene indført? Hvad er tidshorisonten på sundhedstiltagene? ▪ Hvor mange medarbejdere på virksomheden gør brug af sundhedstiltagene? ▪ Hvordan er dit indtryk af medarbejdernes holdninger til sundhedstiltagene? 	

Bilag 6 – Søgebilag

I dette bilag foreligger der en redegørelse for og dokumentation af en systematisk litteratursøgning, foretaget som led i bearbejdningen af nærværende speciales problemformulering. Den systematiske litteratursøgning beskrives i det følgende ved hjælp af det interessante spørgsmål, der ønskedes besvaret gennem søgningen, anvendte facetter, søgetermer, afgrænsninger og informationskilder, søgeresultater, kritisk læsning, kriterier for udvælgelse af relevant information, og dato og identifikation.

Problemformulering

Specialets problemformulering lød som følger:

Hvordan forandres påvirkningen af medarbejdere i Sundhedscenter Aalborgs indsats med sundhedsrådgivning til virksomheder, således at Sundhedscenter Aalborgs funktionsudfoldelse styrkes?

For at besvare problemformuleringen blev der opstillet en række underspørgsmål, hvoraf følgende dannede genstandsfeltet for den systematiske litteratursøgning:

- Hvordan påvirker indsatsen medarbejdernes sundhedsadfærd?

Facetskema

Formålet med den systematiske litteratursøgning var at tilvejebringe viden om, hvordan medarbejderes sundhedsadfærd blev påvirket af sundhedstiltag på arbejdspladsen, der mindede om dem, som Sundhedscenter Aalborg rådgav virksomheder om at indføre. For at besvare dette spørgsmål blev følgende søgefacerter opstillet med udgangspunkt i problemformuleringens underspørgsmål:

- Facet 1: Workplace
- Facet 2: Intervention
- Facet 3: Narratives
- Facet 4: Health Behavior

Facetterne blev omsat til konkrete søgetermer og søgeord i en række engelsksprogede databaser, hvorfor de var angivet på engelsk ovenfor. For at omsætte facetterne til søgetermer og søgeord for hver enkelt relevant database blev de, som tydeliggjort i Tabel 1, indsat i blokke i et facetskema, der blev anvendt som et værktøj til at strukturere den systematiske litteratursøgning.

		AND			
		Facet 1	Facet 2	Facet 3	Facet 4
		Workplace	Intervention	Narratives	Health Behavior
OR	Cinahl	Work Environment [MH]	Health Promotion [MH] Preventive Health Care [MH]	Attitude to Health [MH] Narratives [MM] Qualitative Studies [MH]	Health Status Indicators [MM] Health Behavior [MH] Behavioral Change [MM] Outcomes (Health Care) [MH]
	Cochrane	Workplace [MeSH]	Health Promotion [MeSH] Preventive Health Services [MeSH]	Attitude to Health [MeSH] Personal Narratives as Topic [MeSH] Qualitative Research [MeSH]	Health Status Indicators [MeSH] Health Behavior [MeSH] Outcome Assessment (Health Care) [MeSH]
	Embase	Workplace [Emtree term]	Health promotion [Emtree term] Preventive health service [Emtree term]	Attitude to Health [Emtree term] Narrative* [ab, ti] Qualitative research [Emtree term]	Health status indicator [Emtree term] Health behavior [Emtree term] Behavior Change [Emtree term]

					Outcome assessment [Emtree term]
PsycINFO	Workplace* [AB] Worksite* [AB]	Health Promotion [Index Term] Prevention [Index Term]	Health Attitudes [Index Term] Narratives [Index Term] Qualitative Research [Index Term]	“Health Status*” [AB] Health Behavior [Index Term] Behavior Change [Index Term] Treatment Outcomes [Index Term]	
PubMed	Workplace [MeSH]	Health Promotion [MeSH] Preventive Health Services [MeSH]	Attitude to Health [MeSH] Personal Narratives as Topic [MeSH] Qualitative Research [MeSH]	Health Status Indicators [MeSH] Health Behavior [MeSH] Outcome Assessment (Health Care) [MeSH]	

Tabel 1. Facetskema indeholdende anvendte søgefacetter og søgeord i de enkelte databaser.

Som det kommer til udtryk i Tabel 1, bestod søgeordene primært af kontrollerede emneord, der fandtes ved hjælp af de enkelte databasers kontrollerede emneordssystemer. Kontrollerede emneord blev angivet med henholdsvis MH, MM, MeSH og Emtree term og Index Term i parentes efter det enkelte søgeord. Anvendelsen af kontrollerede emneordssystemer i den systematiske litteratursøgning sikrede, at søgeresultaterne matchede den undersøgte problemstilling så specifikt og præcist som muligt, således at omfanget af irrelevant materiale blev begrænset. Afhængigt af database anvendtes en automatisk

eller manuel explode-funktion ved termer, hvor det var muligt. Da nogle studier ikke var indekseret med relevante emneord for søgningen, suppleredes der med fritekstsøgninger, hvortil søgeord blev udtænkt. Fritekstsøgningerne foregik udelukkende i studierne titel og/eller abstract, hvilket blev angivet med ab, ti og AB i parentes efter det enkelte søgeord. Denne specifikation skete med henblik på at indsnævre søgningen og fremfinde de mest relevante studier, da det blev formodet, at et givet søgeord, hvis det fremgik af et studiets titel, abstract eller nøgleord, udgjorde et centralt omdrejningspunkt for studiet. Hvor det var relevant blev fritekstsøgeord trunckeret ved brug af *, således at søgningen resulterede i studier indeholdende det pågældende ord med alle dets mulige endelser. Søgningen foregik ved at kombinere henholdsvis søgetermer eller søgeord og facetter. Inden for hver enkelt facet blev søgetermer og søgeord kombineret ved hjælp af den boolske operator OR. Herved blev den systematiske litteratursøgning nuanceret og udvidet. Mellem facetterne skete der en kombination ved hjælp af den boolske operator AND. Herved blev den systematiske litteratursøgning specificeret og indsnævret, således at den blev tilpasset problemformuleringens underspørgsmål.

Afgrænsninger

Det var nødvendigt at benytte afgrænsninger til at specificere den systematiske litteratursøgning, således at resultaterne heraf i højere grad blev tilpasset problemformuleringen. Til dette formål blev databasernes afgrænsningsfunktioner anvendt, således at antallet af søgehits blev begrænset, og resultaternes relevans for problemformuleringen blev højnet. Af Tabel 2 fremgår det, hvilke afgrænsninger der blev anvendt i de enkelte databaser i forbindelse med den systematiske litteratursøgning.

Database	Afgrænsninger
Cinahl	Published Date: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2000-2014 Age: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adult: 19-44 years ▪ Middle aged: 45-64 years
Cochrane	-
Embase	Age: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adult ▪ Middle aged Publication years:

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2000-2014
PsycINFO	Published: <ul style="list-style-type: none"> ▪ From 2000
PubMed	Publication dates: <ul style="list-style-type: none"> ▪ From 2000/01/01 Ages: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adult: 19-44 years ▪ Middle Aged: 45-64 years

Tabel 2. Afgrænsninger anvendt i de enkelte databaser.

I Tabel 2 ses det, at der blev anvendt afgrænsninger vedrørende udgivelsesår og alder i databaser, hvor der var mulighed for dette. Udgivelsesår blev afgrænset til at strække sig fra 2000 til nu eller nyeste resultat i søgningen. Denne afgrænsning blev anvendt med henblik på at tilvejebringe den nyeste viden om problemfeltet. Alder blev afgrænset til at afdække voksne og midaldrende. Denne afgrænsning blev anvendt med henblik på at tilvejebringe søgeresultater, der afspejlede målgruppen for Sundhedscenter Aalborgs indsats, som var personer i den arbejdsdygtige alder.

Valg af informationskilder

Den systematiske litteratursøgning foregik i en række udvalgte databaser. Databaserne blev udvalgt med udgangspunkt i en forventning om, at de kunne bidrage med litteratur, der var relevant for problemformuleringen. I Tabel 3 begrundes det, hvorfor de enkelte databaser blev udvalgt til at indgå i den systematiske litteratursøgning.

Database	Begrundelse for valg af kilde
Cinahl	Cinahl er en omfattende database indeholdende studier fra sygeplejefaglige og sundhedsfaglige tidsskrifter.
Cochrane	Cochrane er kendetegnet ved at indeholde evidens af høj kvalitet i form af systematiske oversigtsartikler inden for blandt andet sundhedsvidenskab.
Embase	Embase er verdens største database inden for medicin, biomedicin og dertil relaterede områder.

PsycINFO	PsycINFO er en database indeholdende studier omkring flere aspekter af psykologi heriblandt sundhedsvidenskab.
PubMed	PubMed er verdens største database inden for samtlige områder af medicin. I databasen afdækkes hovedsagligt området som biomedicin og sundhed.

Tabel 3. Valg af informationskilder og begrundelse herfor.

Som det kommer til udtryk i Tabel 3 blev databaserne Cinahl, Cochrane, Embase, PsycINFO og PubMed udvalgt til at foretage den systematiske litteratursøgning i. Databaserne blev udvalgt som følge af disses karakteristika. Udvælgelsen skete primært med udgangspunkt i, hvilke områder de enkelte databaser afdækkede, og hvordan disse områder forventedes at kunne bidrage med viden, der kunne indgå i besvarelsen af problemformuleringens underspørgsmål, som den systematiske litteratursøgning var bygget op om. Det forventedes således, at samtlige udvalgte databaser i kraft af disses afdækningsområder kunne anvendes til at fremfinde litteratur om sundhedstiltags påvirkning på medarbejdere på arbejdspladsen.

Resultat af søgning

Resultatet af den systematiske litteratursøgning i form af antal søgehits ud fra de enkelte facetter i de enkelte databaser anskueliggøres i Tabel 4. Den samlede og endelige søgning for hver database angives nederst. Heraf fremstår antal søgehits efter afgrænsning, antal relevante søgehits efter gennemgang af titel og abstract (angivet ved ()) og antal relevante søgehits efter kritisk læsning (angivet ved []).

Søgefacetter og kombinationer	Cinahl	Cochrane	Embase	PsycINFO	PubMed
Facet 1	16.249	523	26.424	23.486	14.307
Facet 2	167.670	23.165	92.900	38.158	448.061
Facet 3	141.766	25.403	126.260	28.846	317.592
Facet 4	233.441	119.070	564.566	66.024	994,219
Facet 1, 2, 3 og 4	39	23	119	14	101
Med afgrænsninger	22 (2) [0]	23 (2) [1]	49 (10) [4]	10 (1) [1]	54 (8) [2]

Tabel 4. Resultat af søgning.

I Tabel 4 kommer det til udtryk, at der efter gennemgang af titel og abstract fandtes 23 relevante studier. Da nogle af de samme studier blev fundet i flere databaser, var det reelle antal af relevante studier 16. Efter kritisk læsning fandtes otte relevante studier. Da nogle af disse studier blev fundet i flere databaser, var det reelle antal af relevante studier fem. Disse studier angives i Tabel 5.

Studie	Database(r)
Andersen, L. L., Sundstrup, E., Boysen, M., Jakobsen, M. D., Mortensen, O. S. & Persson, R., 2013. "Cardiovascular Health Effects of Internet-Based Encouragements to Do Daily Workplace Stair-Walks: Randomized Controlled Trial", <i>Journal of Medical Internet Research</i> , vol. 15, nr. 6.	Cochrane
Fletcher, G. M., Behrens, T. K. & Domina, L., 2008. "Barriers and Enabling Factors for Work-Site Physical Activity Programs: A Qualitative Examination", <i>Journal of Physical Activity and Health</i> , s. 418-429.	Embase, PubMed
Middlestadt, S. E., Sheats, J. L., Geshnizjani, A., Sullivan, M. R. & Arvin, C. S., 2011. "Factors Associated With Participation in Work-Site Wellness Programs: Implications for Increasing Willingness Among Rural Service Employees", <i>Health Education & Behavior</i> , vol. 38, nr. 5, s. 502-509.	Embase, PubMed
Tiede, L. P., Hennrikus, D. J., Cohen, B. B., Hilgers, D. L., Madsen, R. & Lando, H. A., 2007. "Feasibility of promoting smoking cessation in small worksites: An exploratory study", <i>Nicotine & Tobacco Research</i> , vol. 9, suppl. 1, s. 83-90.	Embase
White, A., Conrad, D. & Branney, P., 2008. "Targeting men's weight in the workplace", <i>Journal of Men's Health</i> , vol. 5, nr. 2, s. 133-140.	Embase, PsycINFO

Tabel 5. Studier, der indgik i bearbejdningen af specialets problemformulering.

I specialets Afsnit 8.2 blev de enkelte udvalgte studier, angivet i Tabel 5, beskrevet i forhold til forfatter og årstal, titel, formål med det enkelte studie, dets metode, dets resultater og konklusion samt studiets anvendelighed for speciale.

Kriterier for udvælgelse af relevant information

Efter gennemgang af titel og abstract i de fremfundne studier blev der foretaget kritisk læsning af studierne i deres helhed. Den kritiske læsning omfattede en række kriterier for godkendelse af studier,

der skulle indgå i undersøgelsen. Kriterierne, der relaterede sig til den forstående forskningstypes kvalitetskriterier, var som følger:

- Reliabilitet: Studierne skulle være i overensstemmelse med relevante tjeklisters krav om gennemsigthed.
- Validitet: Studierne skulle være i overensstemmelse med relevante tjeklisters krav om gyldighed. Studierne skulle være anvendelige i relation til den systematiske litteratursøgnings undersøgelsesformål, der kom til udtryk i problemformuleringens underspørgsmål.
- Overførbare: Studierne skulle være overførbare og omhandle tiltag, der mindede om dem, som Sundhedscenter Aalborg rådgav virksomheder om at indføre. Det ville sige, at der skulle være tale om borgerrettede, KRAM-relaterede tiltag, hvis målgruppe var lavtuddannede. Studiernes resultater skulle være overførbare til nutidige, danske forhold.

Som det kom til udtryk ovenfor, blev der anvendt tjeklister til at sikre studierne reliabilitet og validitet. Af de 16 studier, der var genstand for kritisk læsning, var der to randomiserede kontrollerede studier, hvortil CASP's tjekliste til denne studietype blev anvendt, syv kvalitative studier, hvortil VAKS blev anvendt, tre tværnsnitsstudier, hvortil STROBE's tjekliste til denne studietype blev anvendt, tre kohortestudier, hvortil STROBE's tjekliste til denne studietype blev anvendt, og et studie med mixed methods som design, hvortil STROBE's tjekliste til kohortestudier og VAKS blev anvendt.

Dato og identifikation

Den systematiske litteratursøgning blev udført i perioden fra 04/05-2015 til 06/05-2015 af Christine Lund Broe og Mathias Risgaard Jensen, studerende på 4. semester på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet.