

# Rekruttering af gravide til indsatsen *Gravid og Glad*

- Et forandringsforslag med afsæt i et bruger- og professionelt perspektiv

Kandidatspeciale 4. semester



**Specialegruppe 10313:**

Pernille Fleggaard

Anne Tilde Mogensen

Rikke Bundgaard Oddershede

**Vejleder:**

Tine Mechlenborg Kristiansen

**Afleveringsdato:** 31.06.2016

**Antal anslag:** 286.560

# RESUMÉ

**Introduktion:** Det graviditetsbetingede sygefravær i Danmark er stigende, og det største fravær ses i landets kommuner. Årsagerne til sygemeldingerne kan blandt andet tilskrives graviditetsgener, socioøkonomisk status, fysisk inaktivitet og arbejdsforhold. Sygefravær forårsaget af graviditet kan resultere i stress og frustration blandt de gravide, såfremt de, grundet fraværet, udelukkes fra arbejdspladsen ligesom det er forbundet med store økonomiske udgifter for arbejdspladsen og samfundet.

*Gravid og Glad* er en indsats i Aarhus Kommune, som har til hensigt at øge trivslen og reducere det graviditetsbetingede sygefravær blandt gravide kvinder i MSO. Indsatsen udspiller sig i arbejdstiden og tilbyder fysisk træning af en fysioterapeut og samtaler med en jordemoder. Deltagerne rekrutteres gennem flere forskellige rekrutteringsmetoder, verbale som nonverbale, men tilslutningen til indsatsen synes ikke at være tilstrækkelig.

**Formål:** Formålet i nærværende speciale er at udforske rekrutteringsmetoderne i *Gravid og Glad* ud fra et bruger og et professionelt perspektiv, med henblik på at øge deltagelsen til indsatsen fremadrettet, således målet om en øget trivsel og reducere af graviditetssygemeldinger i MSO bedre kan opnås.

**Metoder:** Specialet tager afsæt i en hermeneutik tilgang, hvor formålet undersøges i et kvalitativt casestudie, baseret på interviews af henholdsvis de gravide og de sundhedsprofessionelle, som er tilknyttet indsatsen. De gravides oplevelser og forslag til forandringer af rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad* udforskes i et fokusgruppeinterview. De sundhedsprofessionelles oplevelser af rekrutteringen og deres holdninger til de gravides forslag undersøges efterfølgende i et dyadisk interview. Strukturen i empiriindsamlingen gennem interviewene er opbygget med udgangspunkt i BIKVA-modellen.

**Resultater:** Interviewene resulterede i 11 temaer, som er dannet på baggrund af de gravide og de sundhedsprofessionelles oplevelser. Temaerne indeholder aspekter af hvad der motiverer de gravide, hvad der udfordrer de gravide og de sundhedsprofessionelle samt begge parter forslag til forbedringer. Altsammen med fokus på rekrutteringsprocessen. De gravide mener, at udfordringerne baseres på en utilstrækkelig promovring og manglende italesættelse af *Gravid og Glad* på deres arbejdspladser. De sundhedsprofessionelle baserer udfordringerne på et mere organisatorisk plan, som vanskeliggør et samarbejde med den øverste ledelse på arbejdspladserne.

**Konklusion:** Synligheden og dermed promovringen af *Gravid og Glad* synes at have en afgørende betydning for rekruttering af deltagere til *Gravid og Glad*. En øget synlighed kræver et fokus på de anvendte kommunikative processer og et øget kendskab til organisationskulturen i *Gravid og Glad* samt på arbejdspladserne.

Med afsæt i den empiriske analyse og diskussion fremsættes følgende forandringsforslag til *Gravid og Glad*: *Styrk koalitionen, foretag formative evalueringer, øge synligheden ved gentagende promovring og fokus på mund-til-mund metoden*

## ABSTRACT

**Introduction:** Pregnancy-related absence from work in Denmark is increasing, most notably in the Danish municipalities. Major causes of such absence includes discomfort, socio-economic status, physical inactivity and the work environment. Absence caused by pregnancy may cause stress and frustration if women are excluded from the workplace as a result. Furthermore, pregnancy-related absence carries significant economic cost for employers and for society.

**Purpose:** The purpose of this report is to explore the recruiting methods in *Glad og Gravid* in a user- and a professional perspective, with scope to increase participation in the effort going forward, so that they objective of increased well-being and reduction of pregnancy-related absences in MSO may be achieved.

**Methods:** This report has been written based on a hermeneutical approach in which the purpose as defined above is investigated through a qualitative case study, which is based on interviews of the pregnant individuals and the health care professionals that are involved in the effort. The experiences of the pregnant women and suggestions for changes in the recruitment process of *Gravid og Glad* are explored in a focus group interview. The experiences of the healthcare professionals related to recruitment, and their opinions on the suggestions collected from the pregnant participants, are explored through a dyadic interview. The structure in the collection of empirical data through interviews is based on the BIKVA-model.

**Results:** The interviews resulted in 11 themes that have been formed on the basis of the experiences of the pregnant participants and healthcare professionals. The themes include aspects of what motivates the pregnant women, the challenges faced by both pregnant women and healthcare professionals and suggestions for improvements from both parties. All of this focuses on the recruitment process. The pregnant women are of the opinion that the challenges present are related to insufficient promotion and insufficient articulation of *Gravid og Glad* in the workplace. The healthcare professionals find the challenges at hand to be more related to organization, which complicates collaboration with senior management in the workplace.

**Conclusion:** The visibility and thereby the promotion of *Gravid og Glad* seems to be of pivotal importance for recruitment of participants for *Gravid og Glad*. Increased visibility requires focus on the communication processes employed in the initiative as well as knowledge of the organizational cultures present in both *Gravid og Glad* and in the workplaces. Based on the empirical analysis and subsequent discussion in this report, we propose the following change to *Gravid og Glad*: *Strengthen the coalition, conduct formative evaluations, increase visibility through repeat promotion and focus on word-of-mouth.*

## FORORD

Dette speciale er udarbejdet af gruppe 10313 i perioden 1. februar til 1. juni 2016 på 4. semester af kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab under det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. Specialet er udført i samarbejde med Folkesundhed Aarhus og har haft fokus på hvilke barrierer der forekommer i relation til rekrutteringen af gravide kvinder til indsatsen *Gravid og Glad*. Specialets forandringsperspektiv omhandler hvorledes de projektansvarlige kan søge at forbedre netop rekrutteringsprocessen i indsatsen.

Der skal lyde en stor tak for samarbejdet til fysioterapeut og Can. Scient. San. Publ. Pernille Møller Jensen, som har vist stor engagement og hjælpsomhed i forbindelse med indsamling af empiri. Derudover skal lyde en tak til de gravide kvinder som takkede ja til at deltage i undersøgelsen.

Slutteligt skal der lyde en særlig tak til vores vejleder Tine Mechlenborg Kristiansen, som under hele forløbet har bidraget med inspirerende og konstruktiv vejledning. En tak for at have udfordret os fagligt og ikke mindst troet på vores ambitioner. Tak!

God læselyst!

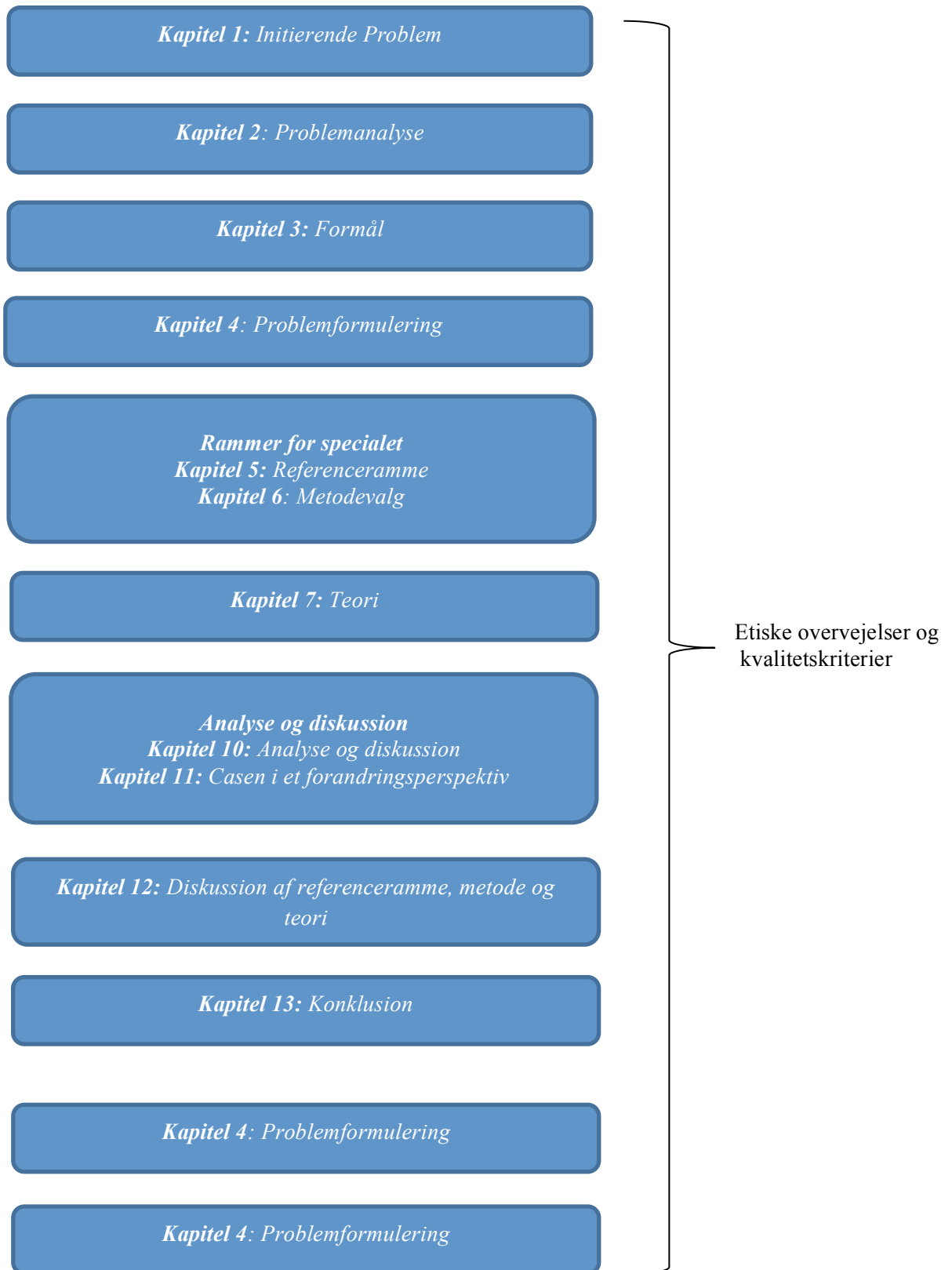
## LÆSEVEJLEDNING

Nærværende speciale er bygget op omkring Aalborgmodellen, der tager udgangspunkt i problemorienteret projektarbejde.

Specialet indledes med en præsentation af det initierende problem, som findes i *kapitel 1*. Det initierende problem fremstår som en afgrænset problemstilling, der ligger op til en grundigere analyse, kaldet problemanalysen, som udgør *kapitel 2*. Problemanalysen, som starter ud med at udfolde problemet fra flere vinkler ender ud med en afgrænsning af problemet og bevæger sig dernæst over i specialets formål, *kapitel 3* samt en konkret problemformulering, *kapitel 4*.

I *kapitel 5* redgøres for specialets referenceramme, herunder den den epistemologiske og teoretiske positionering, specialets valg af design samt anvendte struktureringsredskaber. Redegørelse af specialets metodevalg findes dernæst i *kapitel 6*. I *kapitel 7* findes en beskrivelse af specialets teori, der anvendes til at besvare dele af specialets problemformulering. Til denne besvarelse anvendes også videnskabelige studier, som er fundet ved en systematisk litteratursøgning. Søgningen beskrives i *kapitel 8* og efterfølges af en beskrivelse af specialets analyseproces, *kapitel 9*. Selve analysen og diskussionen præsenteres i *kapitel 10* og *kapitel 11*. Med afsæt i analyse og diskussionens resultater fremsættes konkrete forandringsforslag til forbedring af rekrutteringsprocessen, disse er at finde i slutningen af *kapitel 11*. I *kapitel 12* diskuteres i *kapitel 13*. Specialets etiske overvejelser samt kvalitetskriterier har ikke sit eget kapitel, men er beskrevet undervejs i specialet, hvor overvejelserne har fundet sted.

Nedenstående figur illustrerer specialets opbygning:



# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>INITIERENDE PROBLEM</b>	<b>3</b>
<b>PROBLEMANALYSE</b>	<b>5</b>
2.1 SYGEFRAVÆR I DANSK KONTEKST	6
2.1.1 OMKOSTNINGER FORBUNDET MED SYGEFRAVÆR	8
2.2 SAMFUNDSTENDENSER DER PÅVIRKER DET GRAVIDITETSBETINGEDE SYGEFRAVÆR	10
2.2.1 SAMFUNDETS INDFLYDELSE PÅ GRAVIDES SUNDHEDS- OG SYGDOMSOPFATTELSE	10
2.2.2 ALDERSGRÆNSEN FOR FØRSTEGANGSFØDENDE	11
2.2.3 FERTILITETSBEHANDLING	13
2.3.1 OVERVÆGT	14
2.3.2 FYSISK INAKTIVITET	14
2.3.3 ARBEJDSFORHOLD	15
2.4 SUNDHEDSPOLITIKKER MÅLRETTET SYGEFRAVÆR	16
2.5 INDSATSEN <i>GRAVID OG GLAD</i>	16
2.5.1 REKRUTTERING AF DELTAGERE TIL INDSATSEN <i>GRAVID OG GLAD</i>	18
2.6 LIGNENDE INDSATSER MÅLRETTET GRAVIDE	19
2.6.1 <i>GRAVID PÅ JOB</i> I ODENSE KOMMUNE	19
2.6.2 GRAVIDSAMTALER I REGION SJÆLLAND	20
2.7 BARRIERER FOR DELTAGELSE I SUNDHEDSINDSATSER	20
2.7.1 RESULTATER AF SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING	21
2.8 BRUGER- OG PROFESSIONELT PERSPEKTIV	25
2.9 PROBLEMAFGRÆNSNING	27
<b>FORMÅL OG PROBLEMFOMULERING</b>	<b>28</b>
<b>SPECIALETS REFERENCERAMME</b>	<b>30</b>
5.1 EPISTEMOLOGISK POSITIONERING	31
5.2 TEORETISKE PERSPEKTIV	31
5.3 DESIGN	33
5.3.1 CASESTUDIE	33
5.3.2 BIKVA-MODELLEN	35
<b>METODE</b>	<b>38</b>
6.1 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVIEW	39
6.1.1 FOKUSGRUPPEINTERVIEW	39
6.1.2 DYADISK INTERVIEW	45
6.1.3 TRANSSKRIPION	47
6.3 PILOTTEST AF INTERVIEWGUIDES	48
6.4 ANALYSESTRATEGI	48
6.5 FORSKNINGSETIK	51
6.7 LITTERATURSØGNING	52
6.7.1 INDLEDENDE LITTERATURSØGNING	52
6.7.2 SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING	52
<b>TEORI</b>	<b>56</b>

<b>LITTERATURSTUDIE</b>	<b>67</b>
<b>ANALYSEPROCESSEN</b>	<b>73</b>
9.1 FOKUSGRUPPEINTERVIEW	74
9.2 DYADISK INTERVIEW	77
<b>ANALYSE OG DISKUSSION</b>	<b>80</b>
10.1.1 REKRUTTERINGSPROCESSEN	82
10.1.2 MOTIVERENDE FAKTORER	89
10.1.3 BARRIERER (GRAVIDES)	93
10.1.4 SUNDHEDSPROFESSIONELLES UDFORDRINGER	97
10.1.5 FORANDRINGSFORSLAG	98
10.1.6 SAMMENFATNING AF ANALYSE OG DISKUSSION	103
<b>CASEN I ET FORANDRINGSPEKSTIV</b>	<b>105</b>
<b>DISKUSSION AF REFERENCERAMME, METODE OG TEORI</b>	<b>119</b>
12.1 SPECIALETS REFERENCERAMME	120
12.1.1 HERMENEUTIKKEN	120
11.1.2 DESIGN	121
12.2 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVIEW	123
12.2.1 UDVÆLGELSE AF DELTAGERE	123
12.2.2 UDFØRELSE AF INTERVIEWS	124
12. 3 LITTERATURSØGNING	126
12.4 DISKUSSION AF ANVENDT TEORI	127
12.4.1 KOTTERS 8-TRINSMODEL	127
12.4.3 SCHEINS TEORI OM KULTURNIVEAUER	128
12.5 SPECIALETS VIDENSHULLER	129
<b>KONKLUSION</b>	<b>131</b>
<b>REFERENCELISTE</b>	<b>134</b>
<b>BILAGSFORTEGNELSE</b>	<b>141</b>





# Kapitel 1

## INITIERENDE PROBLEM

## 1.0 INITIERENDE PROBLEM

Der ses en øget opmærksomhed på det generelle sygefravær herunder også sygefravær blandt gravide kvinder. Undersøgelser fremhæver blandt andet, at der i dag er opbygget en kultur, hvor vi bekræftes i, at det er hårdt at være gravid, og at det er blevet normalt at være sygemeldt under graviditeten, på trods af at det at være gravid ikke opfattes som værende en sygdom. Dertil glemmes det at graviditetsgener ofte er naturlige og ufarlige. Således ser det ud til, at de gravide lader sig sygemelde ved de mindste smerter (1-3).

En undersøgelse af Det Nationale Forskningscenter for Velfærd viser, at 65,4% af de gravide i 2002-2004 havde et fravær fra arbejdspladsen på mere end fire uger, dette er steget til 67,5% i perioden 2005-2007 (2). I gennemsnit havde de gravide et fravær på 48 dage udover de fire uger, som gravide i den private sektor har ret til før termin, hvilket svarer til et fravær på i alt 9,6 uger. Som ansat i det offentlige, herunder kommunalt og regionalt, har den kvindelige gravide ret til barsel otte uger før terminsdato (4). Således overstiger fraværet også de otte uger for offentlige ansatte.

Graviditetsbetinget sygefravær er et problem for både samfundet, arbejdspladsen og den gravide selv. For samfund og arbejdsplads er der økonomiske udgifter forbundet med dette fravær, mens det for den enkelte kan være sværere at komme tilbage til arbejdet, jo længere tid denne er fraværende (5). Der er forskellige årsager til at gravide kvinder sygemeldes før barsel. Disse årsager er blandt andet socioøkonomisk status, helbred, arbejdsbyrde og -forhold samt mængden af fysisk aktivitet (3,6,7). I en undersøgelse af Beskæftigelsesministeriet (2010) ses det, at det graviditetsbetingede fravær er størst i kommunerne efterfulgt af den private sektor. Ydermere ses der en sammenhæng i fravær og arbejdsopgaver inden for det kommunale, hvortil fraværet er størst, blandt gravide, der blandt andet arbejder med rengøring, plejearbejde og sygepleje (3). I Aarhus kommune er der et ønske om at nedbringe sygefraværet blandt de gravide kvinder, som er ansat i Magistraten for Sundhed og Omsorg, hvorfor Folkesundhed Aarhus i 2014 igangsatte indsatsen *Gravid og Glad*. I 2014 og 2015 var der 725 registrerede barsler, der skal dog tages højde for, at dette tal også inkluderer mænd. Eftersom ansættelsen af mænd i MSO kun udgør en tredjedel af den samlede andel, vurderes størstedelen af de registrerede barsler at udgøre kvinder. Ud af de registrerede barsler er der kun 54 kvinder, der har deltaget i indsatsen, hvilket er en deltagelsesprocent som Folkesundhed Aarhus ønsker at højne.

Eftersom det stigende graviditetsbetingede fravær har konsekvenser for folkesundheden i Aarhus Kommune, findes det problematisk, at der ikke er en større tilslutning til indsatsen *Gravid og Glad*. Nærværende speciale ønsker derfor at undersøge rekrutteringsprocessen, med fokus på, om denne kan have betydning for den lave tilslutning.



# Kapitel 2

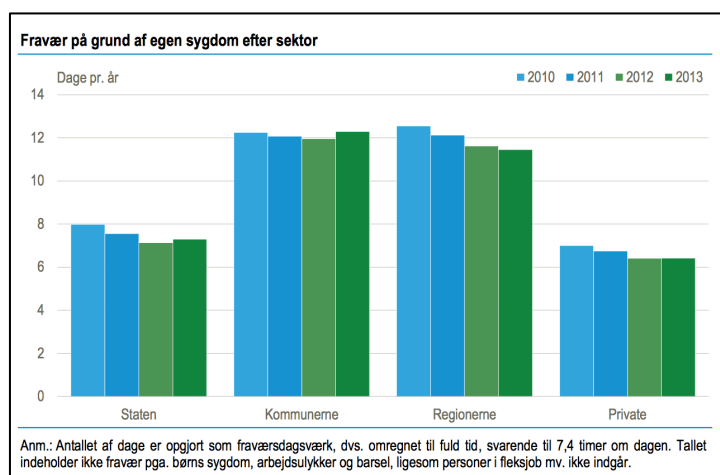
## PROBLEMANALYSE

## 2.0 PROBLEMANALYSE

Følgende kapitel har til hensigt at belyse de folkesundhedsmæssige konsekvenser, der kan relateres til sygefraværet i Danmark samt omfanget heraf. Ydermere afdækkes potentielle samfundsmæssige forklaringer på og risikofaktorer for det stigende sygefravær. Herefter beskrives hvilke sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, der findes på nuværende tidspunkt, som har til hensigt at reducere sygefraværet, samt hvilke udfordringer der opleves i forbindelse med rekrutteringen til disse indsatser. Slutteligt afgrænses til specialets problemformulering, som danner baggrund for specialets videre undersøgelse.

### 2.1 Sygefravær i dansk kontekst

Efter flere års stigning i det generelle sygefravær i Danmark har sygefraværet de seneste år været langsomt faldende (8,9). Dette er gældende for både den statslige, kommunale, regionale og private sektor. Det er dog ikke lykkedes at bibeholde dette fald eftersom tal fra 2013 viser, at sygefraværet i staten og kommunerne endnu engang er stigende, og at det samlede sygefravær er størst i kommunerne og regionerne sammenlignet med de to øvrige sektorer, hvilket har været tilfældet siden 2010. I figur 1 ses det, at antallet af sygefraværdsdage i gennemsnit er cirka 12 og 11 dage for henholdsvis den kommunale og regionale sektor, hvorimod antallet af sygedage i den statslige sektor ligger på omtrent syv dage, og fem dage i den private sektor (8). Tallene i figuren er fra 2010 til 2013, da det ikke har været muligt at lokalisere nyere tal.



Figur 1. Sygefravær fordelt på sektorer (10).

Noget af det der kan være en forklaring på forskellen i sygefraværet mellem sektorerne er kønsfordelingen, idet kvinder generelt har et højere sygefravær end mænd, og kvinder udgør en stor andel af de ansatte i kommuner og regioner. Cirka tre fjerdedele af de kommunale og regionale medarbejdere er kvinder, hvorimod de kun udgør mindre end halvdelen i den statslige

sektor (10,11). Dette understøttes af et norsk review, som finder, at kvindedominerede arbejdspladser i højere grad er præget af en kultur, hvor det er mere accepteret, at man melder sig syg (12). Det, at der er færre antal sygefraværsdage på mandsdominerede arbejdspladser, kan skyldes, at holdningen til at sygemelde sig er strengere, hvilket kan resultere i, at de kvindelige medarbejdere på disse arbejdspladser forbliver i arbejde i længere tid. I nogle situationer kan det dog få u hensigtsmæssige konsekvenser, hvis der er et reelt behov for at kvinderne sygemelder sig, men undlader dette grundet den lidt strengere holdning (13).

Ydermere ses der generelt et højere sygefravær i branchen Sundhed og Socialvæsen uanset sektor, hvorfor branchesammensætningen også kan bidrage til forklaringen af det høje sygefravær i den kommunale og regionale sektor. Dette skyldes, at 95 % af medarbejderne i regionerne og 59 % af de kommunale medarbejdere netop arbejder inden for denne branche (9).

Ifølge seniorforsker i sygefravær, Merete Labriola, er der både biologiske og sociale årsager, der kan forklare det signifikant højere sygefravær blandt kvinder end mænd (14). Under biologiske årsager påpeger hun det fysiske og psykiske helbred (14), som hos kvinder blandt andet kan påvirkes af graviditet. Med fokus på graviditet, som en forklaring på det højere sygefravær blandt kvinder, finder en rapport fra Beskæftigelsesministeriet (2010) at det graviditetsbetingede sygefravær ligeledes er stigende, hvilket kan være en medvirkende forklaring på det højere sygefravær blandt kvinder. Dette understøttes i det norske review af Myklebø (2007), hvor sygefraværet mellem mænd og kvinder ligeledes er opgjort, og hvor det viser sig, at kønsforskellen i fraværet reduceres betydeligt ved at udelukke gravide kvinder fra analysen.

Foruden de biologiske årsager er kvinder også socialiseret til bedre at tage vare på sig selv og reagere på symptomer, hvilket også kan influere på sygefraværet, eftersom de dermed hurtigere lader sig sygemelde (14). Denne tendens ses også blandt gravide kvinder, som ofte lader sig sygemelde inden barsel grundet graviditetssymptomer. Gravide har som privatansat ret til fire ugers barsel før termin, og som offentlig ansat ret til otte uger før termin (4). På baggrund af det stigende antal sygemeldinger blandt gravide, hvor cirka en tredjedel af de gravide kvinder er fraværende mere end de berettigede ugers barsel, har Dagbladet Politiken bragt en artikel, hvor følgende citat fremgår:

*“Kvalme, bækkenløsning, iskiassmerter, svimmelhed, vand i kroppen, graviditetssukkersyge, madlede, plukveer og træthed – generne forbundet med en graviditet kan være mange og svære at håndtere. Især hvis man samtidig skal passe et fuldtidsjob.” (1).*

Det kan diskuteres, hvorvidt madlede og træthed danner grundlag for en sygemelding, men hos gravide i dag ses en tendens til at lade sig sygemelde ved mindre symptomer sammenlignet med tidligere generationer (1,2,15,16). På trods af at graviditet ikke opfattes som en sygdom i samfundet, er det mere normalt, at den gravide sygemeldes, frem for at der fokuseres på at forblive i arbejde under graviditeten (1).

I forhold til omfanget af det graviditetsbetingede sygefravær fremgår det i en rapport fra beskæftigelsesministeriet fra 2010, at cirka en tredjedel af sygefraværet er mere end otte uger inklusiv de fire til otte ugers barsel før termin (3). Rapporten skelner ikke mellem langtids- og korttidssygemeldinger<sup>1</sup>. Omfanget af sygefraværet for gravide, der har ret til otte ugers barsel, kan dog være undervurderet, eftersom det ikke er muligt at modtage sygedagpenge i barselsperioden. Dette hænger sammen med at kun fravær, hvor der er knyttet udbetaling af sygedagpenge, bliver registreret (4). I et registerbaseret studie blandt medarbejdere på et dansk hospital findes hertil, at 31 % af de deltagende gravide kvinder, var fraværende fra arbejdet mindst 10 % af deres skemalagte arbejdstid og 22 % mindst en femtedel af tiden. Dermed finder dette studie et sygefravær på gennemsnitlig 6.1 dage pr. måned sammenholdt med ikke-gravide kvinder, som havde et gennemsnitlig fravær på 0.95 pr. måned (17).

Grundet det højere sygefravær blandt kvinder sammenlignet med mænd, og grundet den stigende andel af sygemeldte gravide, vil dette speciale afgrænse sig til sygefraværet blandt gravide kvinder, som ligger ud over den berettigede barsel.

### **2.1.1 Omkostninger forbundet med sygefravær**

Et sygefravær er ofte forbundet med omkostninger for både samfundet, arbejdspladsen og den sygemeldte (2,8). De omkostninger, der generelt er forbundet med et sygefravær, formodes at være tilstede, uanset om det er et graviditetsbetinget sygefravær ud over de fire til otte ugers barsel, eller om det er et sygefravær blandt ikke-gravide medarbejdere. Disse omkostninger er ikke nødvendigvis økonomiske, men kan også være mere personlige, og en beskrivelse af disse skal medvirke til at forstå problemet ved, at sygefraværet blandt danske gravide kvinder er stigende.

I Danmark er der cirka 150.000 personer sygemeldt dagligt, hvilket svarer til 5 % af den samlede arbejdsstyrke (2,8). Af de 150.000 personer udgør gravide 4000 (8). Økonomisk set skønnes det

---

<sup>1</sup> Korttidssygemeldinger svarer til sygefravær < 2 uger og langtidssygemeldinger svarer således til > 2 ugers sygefravær (5).

<sup>2</sup> Risikogruppe dækker over individer som er særligt udsatte for at udvikle sygdom (38)

samlede sygefravær at koste samfundet 37 milliarder kroner årligt, hvilket er udregnet på baggrund af udgifter til sygedagpenge og løn under sygdom. I disse beregninger er der ikke medregnet udgifter til sundhedsvæsenet, hvorfor det formodes, at tallet ville være større, såfremt dette blev medregnet (8). Heraf betaler arbejdsgiverne 27 milliarder kroner uanset årsagen til sygdommen, hvorfor et sygefravær også er forbundet med store omkostninger for de pågældende arbejdspladser. Hovedparten af arbejdspladsens udgifter ligger inden for de første to ugers sygdom, også betegnet som korttidssygemeldinger, idet arbejdspladserne ikke får refusion for sygedagpenge i denne periode (5).

Inden for det kommunale regi, refunderes udgifter til sygedagpenge fra Staten de første fire uger, men ved sygefravær mellem fem og 52 uger, refunderes kun 50 % af udgifterne, og ved sygefravær >52 uger finansierer kommunerne alle udgifterne selv (5). Foruden udgifter forbundet med sygefravær er der også andre omkostninger for arbejdspladsen, da sygefraværet kan medføre en øget personaleudskiftning, lavere produktivitet og forringet kvalitet i arbejdet (8).

For den enkelte medarbejder forekommer omkostningerne primært på det personlige plan, da sygefraværet blandt andet kan medføre, at den enkelte oplever social isolation fra arbejdspladsen og kollegerne samt et tab af selvværd og identitet (2,18,19). Dette vurderes at være hårde odds for de gravide kvinder, som i forvejen skal forberede sig på den store og krævende rolle som nybagt mor.

I dagens Danmark arbejdes der ikke længere blot for at få økonomien til at løbe rundt, arbejdslivets grænser har ændret sig, og der ses en tendens til, at den enkelte i højere grad identificerer sig med sit arbejde, hvorfor konsekvenserne ved en sygemelding også berører flere aspekter (20). Et nyere dansk survey finder netop, at danske gravide kvinder oplever personlige og helbredsmæssige konsekvenser ved at være sygemeldt, da de i højere grad oplever at være stresset under graviditet, såfremt de udelukkes fra arbejdspladsen grundet sygdom (21). Ydermere har en kvalitativ undersøgelse fra Sverige vist hvorledes gravide kvinder, der sygemeldes grundet risiko for at føde for tidligt, føler sig stressede og frustrerede, eftersom de ikke kan bidrage aktivt til deres hverdags- og arbejdsliv (22).

Eftersom det samlede sygefravær er højere i kommuner og regioner (10), sammenlignet med staten og de private arbejdspladser, formodes disse sektorer at være plaget af større omkostninger og konsekvenser forbundet hermed. Endvidere har sygefraværet i kommunalt regi været stigende de seneste år, hvorfor det vurderes at omfanget af omkostningerne kan stige inden for denne sektor (10). Således er der risiko for, at ovenstående konsekvenser i den kommunale sektor kan resultere i bredere folkesundhedsmæssige problemer som eksempelvis stress, såfremt disse ikke tages alvorligt.

Nærværende speciale afgrænser dermed fokus til gravide medarbejdere inden for kommunalt regi, da det på baggrund af ovenstående afsnit vurderes, at denne sektor er forbundet med de største udfordringer på både det samfundsmæssige-, arbejdsmæssige- og personlige plan.

## **2.2 Samfundstendenser der påvirker det graviditetsbetingede sygefravær**

I følgende afsnit beskrives hvilke kulturforandringer, der kan ligge til grund for det øgede graviditetsbetingede sygefravær. Kulturforandringerne i samfundet belyses i relation til den ændrede tilgang til smerter, herunder den teknologiske udvikling samt stigningen i alderen for førstegangsfødende, hvilken sammenhæng der er mellem alder og sygefravær og stigningen af fertilitetsbehandlinger.

### **2.2.1 Samfundets indflydelse på gravides sundheds- og sygdomsopfattelse**

Der er sket en ændring i den generelle opfattelse af individets helbredsrelaterede problematikker. Tidligere var al autoritet i relation til sundhedsspørgsmål tillagt lægernes ekspertise og kunnen, hvorimod der i dag opleves en mere individorienteret tilgang til sygdom og sundhed, grundet den øgede viden som individet tilegner sig via tv, internet og andre medier (23). Således er der tale om et paradigmeskifte inden for tilgangen til sundhedsoplysninger (24). Der findes flere undersøgelser af det samfund vi lever i dag, og om hvilken indflydelse samfundet har på vores tilgang til sygdom og sundhed (15,16). Hertil fremhæves det, at der i samfundet i dag bliver givet flere diagnoser end tidligere, hvilket har været medvirkende til, at der er opstået en ny kultur (16,25). Individet har udviklet en viden om anatomi og fysiologi, som et resultat af den øgede tilgang til internettet, hvilket har betydning for, at vi lever i en tid, hvor brugen af diagnoser er steget, og hvor det ikke udelukkende er fagpersoner, der anvender begreber som stress, depression og angst. Ofte anvendes disse af individet selv, og det opleves at individet er blevet mere selvdiagnosticerende (15,16,25).

Som nævnt i afsnit 2.1 er der sket en stigning i det graviditetsbetingede sygefravær, hvor en rapport udarbejdet af Det Nationale Forskningscenter SFI (2010) påpeger nogle samfundstendenser, som kan bidrage til at forklare denne stigning. Rapporten bygger på interviews med læger og jordemødre, som er to faggrupper, der besidder en stor viden om gravides sundhed og helbred såvel som de sundheds- og sygdomsmæssige årsager, der kan ligge bag sygemeldinger (2). Dermed bygger denne rapport på et ekspertperspektiv og indfanger dermed ikke de gravides perspektiv. Betydningen af dette beskrives nærmere i afsnit 2.8. Lægerne og jordemødrene oplever blandt andet en tendens til, at smerter hos de gravide ikke accepteres på samme måde som tidligere, lige så vel som de hurtigere ønsker en sygemelding på baggrund af



dette. Som det beskrives i afsnit 2.1 lader gravide sig sygemelde ved symptomer, som vurderes normale under graviditeten, hvortil denne rapport fremhæver, at gravide ofte forbinder smerter og gener med noget unormalt under en graviditet (2). Denne opfattelse af kropsfornemmelsen og smertetærsklen kan ses som et resultat af det samfund vi lever i i dag, og i sammenhæng med samfundsudviklingen (15,16,25).

Hertil finder et svensk survey, at kvinder som har været sygemeldte under graviditeten, vurderer sig selv til ellers at have et godt helbred (7). Dette kan således bakke op omkring det, at der hos nogle gravide kvinder ses en tendens til, at lade sig sygemelde på baggrund af mindre komplikationer, da de føler de ellers har et godt helbred.

Den øgede tilgængelighed af information, som tidligere nævnt, kan derfor have betydning for den øgede sygefravær blandt gravide, da de derved på egen hånd bliver mere bevidste om årsager og risici (2). Udover en tendens til selvdiagnosticering er der ligeledes sket en udvikling i, hvor ofte gravide skal til kontrol og hvor grundigt de undersøges. Dette er sket i takt med en teknologisk udvikling på de danske sygehuse, såsom flere scanninger under graviditetsforløbet samt en mulighed for, at de gravide selv kan tilegne sig små scanningsapparater til hjemmebrug (2,26). De gravides handlinger og opfattelser til det at være gravid har således udviklet sig i takt med blandt andet en teknologisk udvikling og en øget tilgængelighed af information om graviditeten, og den graviditetsbetingede sygefravær kan derfor opfattes som en del af den føromtalte samfundstendens (2,15,16,25).

At de gravide har mulighed for en større indsigt i egen graviditet og mulighed for at sikre, at den forløber efter hensigten, formodes at kunne medvirke til en større forsigtighed blandt de gravide og dermed påvirke deres adfærd under graviditeten. Disse samfundstendenser skal ikke udelukkende ses som negativ, da fokus på graviditetsrelaterede smerter og årsager hertil kan medvirke til en øget kropsfornemmelse, således den gravide i højere grad formår at passe på sig selv, skelne mellem naturlige og unaturlige gener, og dermed ikke udsætte sig selv for risici som kan være til mere skade end gavn (2). Ved at den gravide lytter til egen krop og er bekendt med de risici, der kan forekomme på eksempelvis arbejdspladsen, formodes det, at den gravide kan reducere risikoen for at måtte lade sig sygemelde inden den berettigede graviditetsorlov.

### **2.2.2 Aldersgrænsen for førstegangsfødende**

Endnu en samfundstendens der kan influere på sygefraværet, er den stigende alder for førstegangsfødende som fra 1970'erne til 2013 er steget med godt fem år. Som det fremgår af tabel 1, var den gennemsnitlige alder for førstegangsfødende i 2013, 29 år.

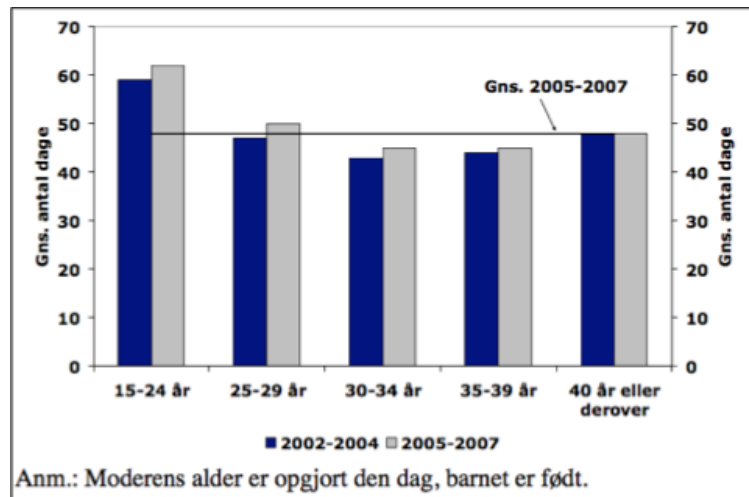
	Enhed	1970	1980	1990	2000	2013
Førstegangsfødende	Alder	23,7	24,6	26,4	28,1	29,1

Tabel 1 Gennemsnitsalder for førstegangsfødende (9).

At førstegangsfødende i dag har en højere alder, sammenlignet med tidligere, kan medføre forskellige komplikationer under graviditeten, eksempelvis opleves svangerskabsdiabetes eller -forgiftning oftere. Disse komplikationer kan resultere i at den gravide må lade sig sygemelde før barsel (27).

Den stigende alder kan være et resultat af, at kvinder i højere grad planlægger hvornår en graviditet passer ind i forhold til karriereplaner. Hertil har kvinderne i højere grad også nogle mere klare forventninger til hvorledes graviditeten skal forløbe. Desforuden er de ældre kvinder ofte mindre autoritetstro over for sundhedssystemet og insisterer derfor ofte på at få egne interesser varetaget, herunder sygemelding, uanset om lægen er enig eller ej (2). Dette understøttes i nogle samfundsundersøgelser, som finder, at individet er blevet mere selvdiagnosticerende og bevidste om egen forståelse for sundhed og sygdom (15,16,25). Den øgede selvdiagnosticering formodes også at gøre sig gældende for gravide. Omvendt er der jordemødre og læger som mener, at en højere alder som førstegangsfødende kan have en positiv betydning for det graviditetsbetingede sygefravær, da disse kvinder har mere livserfaring og dermed er bedre rustet til at tackle de problemer eller udfordringer, der kan opstå under graviditeten (2). Derfor kan stigningen i sygefraværet ikke entydigt pålægges den stigning, der er sket i alderen for førstegangsfødende.

På trods af den øgede risiko for komplikationer jo ældre kvinden er som førstegangsfødende, viser nedenstående figur, at sygefraværet isoleret set er højest blandt kvinder i alderen 15-24, efterfulgt af aldersgruppen 25-29 år (3).



Figur 2 Kvinders sygefravær fordelt på alder (3).

I figur 2 illustreres således at gravide kvinder over 29 år udgør 60 % af sygefraværet.

Eftersom en højere alder for førstegangsfødende øger risikoen for sygefravær under graviditet, men at fraværet ikke udelukkende kan tillægges alderen, formodes det at årsagen til at fraværet i ovenstående figur er højest blandt de 15-24 årige, skyldes andre parametre, som eksempelvis kan tillægges den kultur og de samfundstendenser som denne gruppe er opvokset i, heriblandt holdningen til smerter samt den teknologiske udvikling jf. afsnit 2.2. Udover en stigning i alderen blandt førstegangsfødende er der sket en stigning i antallet af kvinder, der modtager fertilitetsbehandling, hvilket også kan være en samfundsmæssig forandring, som har indflydelse på det graviditetsbetingede sygefravær (2,28).

### 2.2.3 Fertilitetsbehandling

Fra 2006 til 2010 er antallet af fertilitetsbehandlinger steget med 55 %. Denne stigning kan skyldes at flere førstegangsfødende er omkring 30 år, hvilket bevirker en nedsat fertilitet. Derudover nævnes dog at en del af stigningen også kan skyldes en bedre registrering af fertilitetsbehandlinger (28). Sygemeldinger grundet fertilitetsbehandling skyldes, ifølge adspurgte læger og jordemødre i SFI rapporten, nærmere et forsigtighedshensyn end et generelt sygdomsbetinget fravær, da disse kvinder har været igennem et længere forløb, før det er lykket at blive gravid. Desuden har kvinderne ofte været i hormonbehandling forud for insemineringen, som kan medvirke til øget ubehag i starten af graviditeten (2).

Som beskrevet i ovenstående kan samfundsmæssige ændringer, som de graviders sundheds- og sygdomsopfattelse, den stigende alder for førstegangsfødende og en øget forekomst af fertilitetsbehandlinger, forårsage det stigende sygefravær blandt kvinder på arbejdspladser.

Ydermere kan det graviditetsbetingede sygefravær også forklares ud fra nogle mere individuelle risici.

## **2.3 Risikofaktorer for graviditetsbetinget sygefravær**

Nedenfor beskrives nogle af de mere individuelle årsager, som kan påvirke risikoen for at den gravide sygemeldes. Årsagerne er blandt andet overvægt, fysisk inaktivitet og arbejdsforhold. De gravide kan i højere grad selv påvirke disse årsager sammenlignet med de ændringer, der sker i samfundet.

### **2.3.1 Overvægt**

En af de risikofaktorer der kan ligge til grund for et graviditetsbetinget sygefravær, er overvægt. Overvægt kan øge risikoen for graviditetsgener som bækkensmerter, bækkenløsning samt graviditetsdiabetes (2,29,30). Ligeledes fremhæves det i et dansk case-kontrol studie, at bækkensmerter kan påvirke evnen til at udføre dagligdags aktiviteter, hvilket kan hæmme den gravide i at udføre sit arbejde. Eftersom bækkensmerter kan relateres til den gravides vægt, samt at vægten stiger under graviditet, undersøger studiet betydningen af den gravides vægt før graviditeten i forhold til bækkensmerter under graviditeten. Her finder studiet at kvinder, der er overvægtige (BMI >25) forinden graviditeten, er i øget risiko for at opleve bækkensmerter i forhold til normalvægtige kvinder (BMI mellem 18,5-24,9) (31). Udover bækkensmerter kan overvægt også øge risikoen for udvikling af graviditetsdiabetes og svangerskabsforgiftning, hvilket kan medføre hovedpine, synsforstyrrelse og forhøjet blodtryk (32) og dermed være en hindring for at den gravide kan udføre sit arbejde.

Eftersom bækkensmerter er en kendt komplikation blandt mange gravide og den hyppigste årsag til at gravide sygemeldes fra arbejdet, er det vigtigt at forsøge at forebygge smerterne i at opstå, hvilket blandt andet ske ved fysisk aktivitet (33).

### **2.3.2 Fysisk inaktivitet**

For mange gravide er det velkendt, at mængden af fysisk aktivitet og aktivitetsniveauet reduceres i løbet af graviditeten, men det kan være en fordel at forblive fysisk aktiv under graviditeten, da dette netop kan forebygge bækkensmerter (33) og dermed mindske risikoen for et sygefravær under graviditeten. I forhold til mængden af fysisk aktivitet som den enkelte bør udføre, viser et dansk case-kontrol studie, at risikoen for bækkensmerter reduceres jo mere fysisk aktiv den gravide er, hvor den laveste risiko findes hos gravide, der er aktiv tre til fem timer ugentlig (34). Dette interval synes at passe til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 30 minutters fysisk aktivitet dagligt (34,35). Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at den gravide er moderat fysisk aktiv,

hvilket betyder, at man føler sig let forpustet. Sådanne aktiviteter kan eksempelvis være en rask gåtur, svømning eller styrketræning (35).

Fysisk aktivitet i hverdagen kan derudover medvirke til at reducere overvægt, som i ovenstående afsnit beskrives som værende en katalysator for udviklingen af bækkensmerter, samt diabetes (36).

Dermed vurderes fysisk aktivitet at have en god forebyggende effekt på flere af de faktorer, som kan være årsag til et graviditetsbetinget sygefravær, herunder blandt andet arbejdsforhold.

### **2.3.3 Arbejdsforhold**

Ifølge en rapport fra Arbejdstilsynet (2005) fremgår det, at arbejdsforhold kan være endnu en risikofaktor for gravides sygefravær. Dette gælder arbejdsforhold, der indebærer tunge løft, meget gående eller stående arbejde, et højt arbejdstempo og lange arbejdsdage, skiftende arbejdstider samt aftenarbejde (3,6,37). Ifølge Beskæftigelsesministeriet (2010) ses et højere sygefravær end gennemsnittet i offentlig regi, herunder det kommunale, ved pleje- og sygeplejearbejde, rengøring og pædagoger, hvilket alle er typer af arbejde hvor ovennævnte arbejdsforhold ofte finder sted. Dette underbygges i et danske studie af Kærlev et al (2004), som netop undersøger graviditetsrelateret sygefravær på et dansk hospital, hvortil sygefraværet er størst blandt rengøringspersonalet, SOSU-hjælpere og sygeplejersker, grundet arbejdsbyrden i relation til skiftende arbejdstider og de fysisk krævende arbejdsopgaver.

For at reducere dette sygefravær kan det være vigtigt med mulighed for en tilpasning af arbejdsforholdene, hvilket kan betyde, at flere gravide forbliver i arbejde frem til den berettigede barselsorlov (19,37). I SFI-rapporten fremhæver jordemødrene ligeledes, at graden af arbejdstilfredshed i nogle tilfælde kan medvirke til, at et graviditetsbetinget sygefravær bruges som en pause fra arbejde. Dog synes dette ikke at være gældende i mange tilfælde, men kan forekomme. Jordemødrenes opfattelse er, at kvinder med stor arbejdsglæde gerne vil forblive i arbejde så længe som muligt under graviditeten (2).

Som det fremgår af ovenstående risikofaktorer, har overvægt, fysisk inaktivitet og arbejdsforhold en større eller mindre betydning for sygefraværet blandt gravide. Ved ændringer i de betydningsfulde risikofaktorer formodes det, at sandsynligheden for, at den gravide forbliver i arbejde øges.

Således findes det vigtigt at tage højde for ovenstående risici i implementeringen af forebyggende handleplaner og indsatser.

## 2.4 Sundhedspolitikker målrettet sygefravær

I kommunerne er der iværksat handleplaner, som har til hensigt at reducere det generelle sygefravær, men der synes at være en tendens til, at fokus på det graviditetsbetingede sygefravær er mangelfuldt (2).

Forskning udsprunget af regeringens handleplaner har haft fokus på, hvordan forskellige former for sygefravær hænger sammen med arbejdsforhold og livsstilsfaktorer og har identificeret nogle risikogrupper<sup>2</sup> inden for forskellige sociodemografiske grupper. Dog er der i disse handleplaner ikke fokus på de gravide medarbejdere (2,3,39). Velvidende at det graviditetsbetingede sygefravær gennem årene har været stigende i Danmark findes det undrende, at der ikke fokuseres mere på gravide i handleplanerne, eftersom denne gruppe kan betragtes som en risikogruppe jf. afsnit 2.1.

Generelt synes det graviditetsbetingede sygefravær at være et underbelyst område ikke blot i Danmark men også internationalt, i forhold til hvilke faktorer der påvirker dette fravær, og hvorledes sygefraværet kan reduceres (2,30,31,34,37). Det kan dermed siges, at der foreligger et videnshul omkring det graviditetsbetingede sygefravær, og hvad der skal fokuseres på for at reducere dette.

## 2.5 Indsatsen *Gravid og Glad*

Aarhus Kommune er en af de kommuner, der har fokus på at nedbringe det graviditetsbetingede sygefravær. Kommunen arbejder ud fra en vision om, at gøre "*Aarhus til en by for alle, ved at skabe struktur og rammer, der gør det sunde valg lettere og mere attraktivt for den enkelte borger*" (40).

Som en del af Aarhus Kommune, har Folkesundhed Aarhus, igangsat en indsats ved navnet *Gravid og Glad*, som har til hensigt at øge trivlsen blandt gravide og nedbringe det graviditetsbetingede sygefravær. Indsatsen er igangsat i 2014 og udspiller sig til ultimo 2016. Efter aftale er der givet tilladelse til at nævne Folkesundhed Aarhus ved navn i dette speciale, se bilag 3. Dog beskrives indsatsen ud fra fortrolige dokumenter.

*Gravid og Glad* er målrettet gravide medarbejdere i Magistraten for Sundhed og Omsorg (MSO)<sup>3</sup>, som fordeler sig på syv områder i Aarhus Kommune. Som det fremgår af nedenstående tabel 2, har der i en årrække været gennemsnitlig flere sygedage blandt medarbejderne i MSO, end de øvrige magistratsafdelinger, hvilket stemmer overens med det generelle sygefravær i afdelingen Sundhed og Socialvæsen, jf. afsnit 2.1.

---

<sup>2</sup> Risikogruppe dækker over individer som er særligt udsatte for at udvikle sygdom (38)

<sup>3</sup> En magistratsafdeling, der har ansvaret for omsorg til ældre og sundhed til alle borgere i Aarhus kommune. (41)

Kalenderdage pr. ansat					
Magistratsafdelinger	2010	2011	2012	2013	2014
Sociale Forhold og Beskæftigelse	15,9	16,1	14,4	13,6	13,8
Teknik og Miljø	13,2	12,7	13,2	11,4	11,1
Sundhed og Omsorg	19,2	18,8	18,4	17,0	14,8
Kultur og Borgerservice	10,2	9,3	10,5	9,8	8,8
Børn og Unge	16,9	17,0	16,2	15,4	16,0
Borgmesterens Afdeling	8,5	6,5	4,8	4,0	6,5

Tabel 2 Gennemsnits sygefraværsdage blandt magistratsafdelinger i Aarhus Kommune (42).

En del af medarbejderne i MSO arbejder med pleje- og omsorgsarbejde, som indebærer fysisk krævende arbejdsforhold og skiftende arbejdstider, hvilket øger risikoen for sygefravær, jf. afsnit 2.3.3. Ifølge tal fra Folkesundhed Aarhus er SOSU-personalet ligeledes den faggruppe med det største antal fraværsdage grundet graviditetsgener, på 39,8 dage pr. medarbejdere i 2015 efterfulgt af sygeplejersker med 31,2 fraværsdage (Fortroligt dokument).

Til trods for at det generelle sygefravær i MSO er faldet fra 19,2 dage i 2010 til 14,8 dage i 2014, opleves sygefraværet stadig højere end de fleste andre afdelinger, jf. tabel 2, hvilket gør det relevant at rette en indsats, som *Gravid og Glad*, mod medarbejderne i dette magistrat.

Formålet med indsatsen er at øge trivslen blandt de gravide medarbejdere og dermed reducere det graviditetsbetingede sygefravær på arbejdspladsen, samt de omkostninger dette fravær kan medføre (Fortroligt dokument).

Indsatsen blev oprindeligt igangsat i 2012, som et pilotprojekt, under navnet *Gravid på Arbejde* og udarbejdet af Conopar (43), som er en rådgivningsvirksomhed. Efterfølgende valgte Folkesundhed Aarhus at fortsætte indsatsen i Aarhus Kommune og i stedet kalde den *Gravid og Glad*.

I *Gravid og Glad* tilbydes de gravide ugentlig superviseret træning med en fysioterapeut, der blandt andet har til hensigt at øge den fysiske aktivitet jf. afsnit 2.3.2. Endvidere tilbydes der netværksmøder med en jordemoder samt individuelle samtaler med jordemoderen hver fjortende dag. Hvis det ønskes af den gravide, er jordemodersamtalen mulig at afholde lokaliseret på arbejdspladsen. Lederne fra de pågældende områder i MSO orienteres om indsatsen, så der skabes mulighed for et samarbejde mellem den gravide medarbejder og lederen i udarbejdelsen af et løsningsforslag til en tilpasning af den gravides arbejdsfunktioner (Fortroligt dokument). Her er

jordemoderen ligeledes til rådighed som støtte og opbakning for den gravide. Desuden bliver den gravide en del af et socialt netværk med ligesindede medarbejdere, som giver mulighed for erfaringsudveksling på tværs af faggrupper og institutioner indenfor MSO.

### **2.5.1 Rekruttering af deltagere til indsatsen *Gravid og Glad***

Ifølge Conopars evaluering af pilotprojektet blev denne opfattet som en barselsplan, der gav arbejdspladserne mulighed for at sætte ind flere steder i forhold til at bedre gravidens trivsel på arbejdspladsen samt øge opmærksomheden på problematikken omkring graviditetsbetinget sygefravær. Indsatsen var et supplement til de eksisterende arbejdspladsvurderinger (APV). Dermed blev de gravide medarbejdere oplyst om indsatsen ved gennemlæsning af APV'en (Fortroligt dokument).

Efter Folkesundhed Aarhus overtog indsatsen, har rekrutteringsstrategien yderligere haft fokus på at rekruttere deltagere via en intern medarbejderportal for både ledere og medarbejdere i MSO, samt ved udlevering af pjecer på de enkelte arbejdspladser. Endvidere er der publiceret en artikel om indsatsen i medarbejderbladet *Vores*, og slutteligt er det via en arbejdsmiljørepræsentant forsøgt at nå ud til lederne i MSO, eftersom opbakning fra leder og kollegaer vurderes at have stor betydning for den gravides deltagelse (Fortroligt dokument). Selve rekrutteringsstrategien bliver yderligere belyst i analyse- og diskussionskapitlet 10.

En af de udfordringer indsatsen står overfor er rekrutteringen af deltagere, eftersom tilslutningen i den forløbne periode har været begrænset. Dette begrundes med, at der i år 2014 og 2015 var 725 registrerede barsler i MSO, hvoraf kun 54 gravide valgte at tilslutte sig indsatsen. Dette vurderes ikke at svare til *Gravid og Glads* delmål om 50% tilslutning til indsatsen (Fortroligt dokument).

Folkesundhed Aarhus er på nuværende tidspunkt i gang med en effektevaluering af indsatsen, hvorfor det ikke vides, om den begrænsede tilslutning skyldes selve indholdet i indsatsen, eller om det er rekrutteringsstrategien, der ikke formår at tiltrække de gravide. Nærværende speciale vil derfor undersøge, hvordan denne tilslutning kan øges ud fra et fokus på rekrutteringsstrategien.

Da Folkesundhed Aarhus oplever rekrutteringsudfordringer og indsatsen stadig er aktiv, synes *Gravid og Glad* at være en relevant case for dette speciale med mulighed for at udforske et forandringsperspektiv, som kan præsenteres for Folkesundhed Aarhus inden indsatsen er afsluttet. Da *Gravid og Glad* er den eneste indsats af ovenstående karakter, er det ikke muligt at generalisere rekrutteringsprocessen til andre cases, men indsatsen vurderes at kunne anvendes som inspiration til lignende indsatser, ligesom lignende indsatser kan anvendes som inspiration til forandringsperspektivet af *Gravid og Glad*.



## 2.6 Lignende indsatser målrettet gravide

Som nævnt ovenfor findes der ikke indsatser, som er helt sammenlignelige med *Gravid og Glad*, men det har været muligt at finde frem til to indsatser i henholdsvis Odense og Gladsaxe Kommune, som ligeledes er kommunalt styret, og har fokus på at nedbringe gravidens sygefravær på arbejdspladsen. Fælles for indsatserne er, at de på nuværende tidspunkt ikke er aktive, hvilket blandt andet skyldes rekrutteringsudfordringer, som også opleves i *Gravid og Glad*. Ydermere er der fundet frem til en indsats i Region Sjælland, som har til hensigt at fremme dialogen mellem den gravide, lederen og kollegerne på arbejdspladsen.

De tre nævnte indsatser indeholder alle nogle aspekter, der kan sammenholdes med *Gravid og Glad*. Det er dog kun Region Sjællands indsats, der stadig praktiseres. Indsatsen i Gladsaxe kommune handlede om, at udarbejde vejledende materiale til medarbejdere og ledere i forhold til håndtering af medarbejdernes graviditet. Men eftersom der findes begrænset information om denne indsats, vil den ikke anvendes yderligere i nærværende speciale. Indsatsen i Odense Kommune var udarbejdet som en gravidpolitik, men var dog indeholdende nogle af de samme tiltag, som der tilbydes i *Gravid og Glad*,

Nedenfor beskrives indsatserne i Odense Kommune og Region Sjælland nærmere, og som i ovenstående afsnit 2.4, vil der henvises til dokumenter af fortrolig karakter.

### 2.6.1 *Gravid på job* i Odense Kommune

*Gravid på Job* blev i 2006 udbredt i Ældre- og Handicapforvaltningen. Indsatsen var ikke ment som et tilbud, men som et tiltag de enkelte ledere skulle forholde sig til over for deres gravide medarbejdere, og indsatsen resulterede i en reduktion i sygefraværet på 8,2 %. Formålet med indsatsen var, at den gravide blev oplyst om hendes muligheder som gravid på job, fik udformet en handleplan, der tillod fleksible opgaveløsning, og at den gravide tilegnede sig en øget viden om, hvordan hun kunne drage nytte af at lytte til sin krop og reagere på dennes signaler (Fortroligt dokument). Ydermere var fokus ikke udelukkende på den gravide, men på hele arbejdspladsen i forhold til holdningen og kulturen om at arbejde sammen med en gravid medarbejder (Fortroligt dokument). Dette blandt andet ved at lade andre implicerede på arbejdspladsen blive bevidste omkring egne holdninger og få skabt nye og fælles konstruktive holdninger på arbejdspladsen. Dette blev blandt andet praktiseret gennem fælles temadage (Fortroligt dokument). Indsatsen fandt ligesom *Gravid og Glad* sted i arbejdstiden og var et gratis tiltag, hvilket stillede krav til at den gravide forlod sit arbejde. I en sådan situation er det vigtigt, at kulturen på arbejdspladsen finder dette acceptabelt og som en del af arbejdskulturen.

Rekrutteringsstrategien til *Gravid på Job* gik ud på at den gravide medarbejder skulle indgå i en Gravidsamtale med den daglige leder og en arbejdsmiljørepræsentant, når denne indberettede sin

graviditet. Her blev den gravide informeret om indsatsen og fik udleveret en pjece herom (Fortroligt dokument).

### **2.6.2 Gravidsamtaler i Region Sjælland**

I Region Sjælland er det graviditetsbetingede sygefravær ligeledes i fokus. Indsatsen bygger primært på en vejledning som lederne skal forholde sig til, hvilket gør at indholdet i indsatsen ikke kan sammenlignes med *Gravid og Glad*. Rekrutteringsstrategien til denne indsats indebærer, at der uddeles pjecer til både ledelsen og den gravide, for at skabe fokus på de tilbud der udbydes i kommunen. Derudover er der udarbejdet en samtaleguide til lederen, den gravide og hele arbejdspladsen, således dialogen mellem den gravide og lederen hurtigst muligt påbegyndes. Gravidsamtalerne og udarbejdelsen af APV'en, er med til at sikre eventuelle hensyn, således mulige sygemeldinger undgås. Samtalerne indebærer et forebyggende aspekt i relation til risici og arbejdsmiljøforhold, ligesom de indeholder et fremmende aspekt mod udvikling, produktivitet og sundhed (Fortroligt dokument).

Udover fokus på gravidsamtalen er der ligeledes i Region Sjælland oprettet en hotline, hvor de gravide kan ringe og tale med en jordemoder om spørgsmål relateret til graviditetsgener. Ydermere har jordemoderen ved behov, mulighed for at komme ud på arbejdspladserne og vejlede om arbejdsforhold og eventuel samtale med den gravide og lederen, hvis der er behov for tilpasning af arbejdet (Fortroligt dokument). Sidste del af indsatsen i Region Sjælland stemmer mere overens med dele af jordemoderens rolle i relation til *Gravid og Glad*.

Rekrutteringsprocessen er vigtig i forhold til at opnå så mange deltagere som muligt i en indsats, da dette kan have betydning for, om den ønskede effekt opnås, hvilket for ovenstående indsatser er at reducere det graviditetsbetingede sygefravær på arbejdspladsen. Det er derfor nærliggende at undersøge hvilke barrierer, der kan være for at deltage i en sundhedsindsats.

## **2.7 Barrierer for deltagelse i sundhedsindsatser**

For at undersøge hvilke barrierer, der kan påvirke en lav deltagelse i sundhedsindsatser, er der udført en systematisk søgning. Med søgningen er det ønsket at undersøge hvilke elementer, der fungerer som barrierer for deltagelse i sundhedsindsatser, som har til formål at forebygge sygdom. Dette er valgt for at skabe et sammenligneligt grundlag til *Gravid og Glad*. Fund fra denne søgning præsenteres nedenfor, og vil efterfølgende beskrives i sammenhæng med anden litteratur, der påpeger mulige barrierer herfor. En mere dybdegående beskrivelse af den systematiske litteratursøgning kan findes i metoden afsnit 6.7, samt i bilag 1.

### 2.7.1 Resultater af systematisk litteratursøgning

I den systematiske søgning er seks studier fundet relevante at inddrage i nærværende speciale. Typerne af indsatser i de fundne studier omfatter en e-sundhedsindsats (44), en populationsbaseret screening for primært diabetes, hjertekarsygdomme og influenza (45), en livsstilsindsats mod hjertekarsygdom (46,47), en helbredsundersøgelse (48), samt hvilke indsats-relaterede elementer, som påvirker deltagelsen (49).

På trods af at nogle af studierne har fokus på screening og alvorlige sygdomme, hvilket *Gravid og Glad* ikke har, vurderes de alligevel anvendelige. Dette skyldes, at det hovedsageligt er et fokus på livsstilssygdomme i et forebyggende perspektiv og ikke behandlende. Koopman et al (2012) inkluderer undersøgelser, der umiddelbart ville være ekskluderet i specialets systematiske søgning, men alligevel vurderes studiet at være relevant, idet der er stor fokus på rekrutteringsstrategier og deres betydning for deltagelse, hvorfor det inkluderes i nærværende speciale. En nærmere præsentation af studierne kan findes i kapitel 8.0.

Nedenstående tabel 3 viser en oversigt over studierne fund i forhold til hvilke barrierer, der kan hindre deltagelse i en sundhedsindsats.

Resultater fra systematisk litteratursøgning	
Barrierer for deltagelse	Studier
<b>Private barrierer</b>	
Manglende interesse for indsatsen	Bardus et al (2014) Lakerveld et al (2008) Groeneveld et al (2009)
Føler sig allerede sund	Groeneveld et al (2009) Wall & Teeland (2004)
Har anden behandling eller kontakt til sundhedsvæsenet	Groeneveld et al (2009) Wall & Teeland (2004)
Manglende støtte fra supervisor/kollega/leder	Bardus et al (2014)
<b>Praktiske barrierer</b>	
Mangel på tid	Bardus et al (2014) Lakerveld et al (2008) Wall & Teeland (2004)
Økonomiske barrierer	Lakerveld et al (2008)
For stor afstand	Lakerveld et al (2008)
<b>Relateret til indsatsen</b>	
Rekrutteringsstrategi (passiv i form af brev eller pjece)	Koopmans et al (2012) Groeneveld et al (2009)
Tilgængelighed	Abrahamsson et al (2015) Bardus et al (2014)
Mangel på respekt og troværdighed i indsatsen	Abrahamsson et al (2015)
Dårlig organisering og planlægning	Groeneveld et al (2009) Wall & Teeland (2004)

Tabel 3 Oversigt over barrierer for deltagelse i sundhedsindsatser fundet ved den systematiske litteratursøgning.

Som beskrevet i ovenstående afsnit 2.5 omhandlende lignende indsatser kan det være en udfordring at rekruttere tilstrækkeligt med deltagere til en sundhedsindsats. Dette på trods af, at de fleste kan finde indsatsen relevant og være positive omkring sundhedsarbejdet, der tilbydes (50). Rongen et al (2014) undersøger, via spørgeskemaer, sammenhængen mellem intentionen om at deltage i en sundhedsintervention og den faktiske deltagelse. Her findes det, at de der havde positive intentioner og var motiveret, også havde større sandsynlighed for faktisk at deltage i en sundhedsindsats. Således underbygges tidligere formodning om at motivation for deltagelse i en given indsats er af afgørende karakter, jf. afsnit 2.4 sundhedspolitikker. Det er dog vigtigt at have for øje, at spørgeskemaerne er selvregistrerede, hvorfor der kan forekomme informationsbias<sup>4</sup>, som skaber usikkerhed omkring resultaterne. Ydermere findes nogle faktorer, som har betydning for intentionen om at deltage, men knap så stor betydning for den faktiske deltagelse (50). Disse faktorer er private barrierer, som blandt andet omhandler ikke at blande arbejdsliv og privatliv sammen, men fastholde en grænse, idet sundhedsindsatsen sker på arbejdspladsen. Derudover omhandler private barrierer den enkeltes selv vurderede helbred, hvor et dårligt selv vurderet helbred øger sandsynligheden for at have en positiv intention om at deltage (50).

### ***Private barrierer***

At der findes nogle private barrierer for deltagelse understøttes i Lakerveld et al (2008) i forhold til motivation. Her findes det, at en manglende motivation for at ændre adfærd, synes at hænge sammen med en opfattelse af, at den nuværende adfærd er okay, og at der ikke opleves et behov herfor. Ligeledes kan en manglende interesse for selve indholdet i indsatsen være en barriere (44,47).

Oplevelsen af at mangle støtte fra ledelsen og kollegaer har stor betydning for om medarbejderne vælger at deltage i sundhedsinterventioner (44,50). Denne støtte handler blandt andet om at opfordre til og huske medarbejderne på, at de skal tilmelde sig indsatsen (44). I en rapport fra Sundhedsstyrelsen fremgår det, at lederen gerne skal kunne se relevans i indsatsen og have forståelse for den (52), hvilket formodes at have betydning for at lederne vil opfordre til deltagelse.

I forhold til de private barrierer finder både Groeneveld et al (2009) samt Wall & Teeland (2004), at deltagere med en opfattelse af at de allerede er tilstrækkelig sunde, ofte vælger ikke at deltage i sundhedsindsatser. Dette kan blandt andet omhandle personer der forinden invitationen om at deltage, har foretaget en adfærdsændring i en sundere retning, og derfor ikke synes, det er relevant at deltage (47). Endvidere fremhæves det i de samme to studier, at fravælgelse også kan skyldes,

---

<sup>4</sup> Informationsbias betyder at der kan være usikkerhed omkring den information som deltagerne giver i en undersøgelse (51).

at personerne på forhånd er i kontakt med sundhedsvæsenet, og modtager en form for behandling eller rådgivning (47,48). Denne barriere fremgår i studier hvor målgruppen er i øget risiko for hjerte-kar sygdom, hvilket betyder at barrieren muligvis ikke er gældende, hvis målgruppen ikke er i øget risiko for en sygdom.

### ***Praktiske barrierer***

Foruden private barrierer kan der være nogle mere praktiskrelaterede barrierer, som kan resultere i at nogle fravælger at deltage i en sundhedsindsats. Dette kan blandt andet være praktiske forhold, som at skulle finde tid i hverdagen til at deltage (44,46). Særligt kan tiden være en barriere, hvis indsatsen finder sted i arbejdstiden (48). En nærmere uddybelse af hvordan arbejdstiden kan være en barriere, fremgår ikke i studiet. Derudover finder Lakerveld et al (2008) at et økonomisk aspekt kan påvirke deltagelsen, dog skal det påpeges at de fleste ikke-deltagende i dette studie var arbejdsløse, hvilket kan betyde, at økonomien spiller en særlig stor rolle for denne gruppe i samfundet. Det økonomiske aspekt nævnes dog ikke som en barriere i Wall og Teeland (2004), på trods af at deltagerne skal betale cirka 50 kr. for at modtage en helbredsundersøgelse. Selvom adskillig information er indhentet omkring ikke-deltagerne, præsenteres de ikke i studiet, hvilket reducerer gennemsigtigheden.

I Lakerveld et al (2008) findes det yderligere, at afstanden fra eget hjem og til lokationen for indsatsen kan være en grund til at fravælge deltagelse på trods af, at der ikke er signifikant forskel i afstand mellem gruppen, der deltager og de ikke-deltagende. Det kan derfor vurderes, at afstanden udgør en større barriere for nogle personer, eller at ikke-deltagere oplever andre barrierer der påvirker fravalget.

### ***Barrierer relateret til indsatsen***

Deltagelsen kan også påvirkes af elementer ved selve indsatsen, både i forhold til indholdet, de sundhedsprofessionelle og rekrutteringsstrategien (44,47,48,49) . I studiet af Abrahamsson et al (2015) fremhæves elementer ved indsatsen, som har betydning for at deltagerne anbefaler nogle sundhedscentre videre, hvorfor disse elementer formodes at være positive og har betydning for en større deltagelse. Sandsynligheden for at sundhedscentrene anbefales til andre øges ved et godt førstehåndsindtryk, at deltagerne føler sig respekteret og taget alvorligt, lige så vel som indsatsen virker troværdig og er tilgængelig (49). Sådanne anbefalinger formodes at kunne imødekomme barrierer i forhold til manglende støtte og opfordring fra kollegaer, såfremt disse via en anbefaling opfordrer andre til at deltage i den pågældende indsats. I forhold til selve indsatsen kan en dårlig organisering og planlægning af møder være en barriere for deltagelse. I denne planlægning kan det være vigtigt, at tage højde for om afstanden til deltagerne kan imødekommes ved, at de finder en

lokation tættere på deltagernes hjem eller arbejdsplads (47). Som nævnt under praktiske barrierer kan manglende tid eller hindringer på arbejdet netop påvirke, at en deltagelse fravælges (48). Måden møderne planlægges på, kan også have betydning for deltagelsen, hvilket findes i Groeneveld et al (2009), hvor deltagerne kontaktes telefonisk. Her tænkes det, at hvis planlægningen sker ansigt-til-ansigt, vil der være sandsynlighed for en større deltagelse (47).

Rekrutteringsstrategien kan således have betydning for, hvor stor tilslutningen til en indsats er. Hertil synes de mere passive rekrutteringsstrategier at være en barriere og have en dårligere effekt end mere aktive strategier. I Koopman et al (2012) beskrives de passive rekrutteringsstrategier som pjecer, der blot er placeret i et venteværelse samt at invitation til deltagere sendes med brev. Den negative effekt kan skyldes, at brevet blot bliver lagt i en bunke, og dermed glemmes (45). De mere aktive rekrutteringsstrategier beskrives som telefonisk kontakt til deltagerne, at komme ud til deltagerne, i stedet for at de skal komme til de sundhedsprofessionelle og at rekruttere deltagere under en konsultation (45).

Samlet set kan der opstå forskellige typer af barrierer, hvor nogle er mere subjektive, er andre mere indsatsrelaterede, men fælles er, at de alle kan have en negativ betydning for deltagelsesniveauet i en sundhedsindsats og dermed også effekten af den.

Velvidende at deltagelsen til *Gravid og Glad* har været lav, ønskes det således at undersøge hvilke forandringer i rekrutteringsprocessen, der kan medvirke til en øget deltagelse fremadrettet. Således kan disse undersøgelser tilsammen inspirere til en forbedring af rekrutteringsstrategi og dermed øge sandsynligheden for at opnå målet om en reducere af det graviditetsbetingede sygefravær i MSO i Aarhus Kommune.

I relation til at udvikle et forandringsperspektiv til rekrutteringen findes det nærliggende at inddrage både et bruger- og et professionelt perspektiv, da det vurderes at være de personer, der er nærmest indsatsen, der kan give et indblik i, hvorledes en mulig forandring af rekrutteringsstrategierne kan tilpasses deres ønsker og behov på bedste vis.

## **2.8 Bruger- og professionelt perspektiv**

Begrebet lægperspektiv sidestilles i nærværende speciale med begrebet brugerperspektiv, da deltagerne er brugere af *Gravid og Glad*. Begrebet defineres:

*“I modsætning til de professionelle perspektiver kan det generelt karakteriseres ved at være individuelt, oplevelsesorienteret og hverdagslivsbestemt. Det er den syge selv og hans eller hendes oplevelser af, hvad sygdommen betyder psykisk, fysisk og socialt, der er i fokus ... “ (53).*

Som citatet beskriver, handler anvendelsen af dette perspektiv om at få indblik i hvad lægpersonen erfarer og oplever (53), hvilket i relation til dette speciale betyder, at der opnås et indblik i erfaringer, oplevelser og dertil også ønsker fra deltagerne i *Gravid og Glad*, særligt i forhold til rekrutteringsprocessen. Dermed er det muligt at undersøge denne proces med udgangspunkt i deltagerens perspektiv. Deltagerne formodes at have den største viden om, hvordan netop deres hverdag fungerer, hvad der motiverer dem, og hvorfor de har valgt at deltage i *Gravid og Glad*, mens de professionelle har en viden om hvilke krav og ressourcer, der kan medvirke til at forme rammerne og indholdet i indsatsen. Deltagerens perspektiv kan dermed adskille sig fra de sundhedsprofessionelles perspektiv i forhold til oplevelser, hverdagsliv og viden, ligesom perspektiverne samlet set kan åbne op for de ressourcer, de hver især besidder, og sætte dem i spil med hinanden (54).

Med inddragelse af brugernes perspektiv tages der også højde for de etiske dilemmaer, der kan opstå såfremt forandringerne af indsatsen kun appellerer til de sundhedsprofessionelles ønsker. Ved implementeringen eller forandring af et tiltag, der kun tager afsæt i de professionelle perspektiver, risikeres det, at det ikke bliver de gravides egne ønsker og mål der tilgodeses, men derimod udelukkende de sundhedsprofessionelles, hvorfor tiltaget er baseret på de gravides *uægte mål*, som det betegnes af (55). Således kan sundhedsprofessionelle, som varetager *Gravid og Glad* komme til at fremstå som pater, der forsøger at ændre normerne omkring adfærden blandt de gravide ud fra egen optik, hvorfor der ligeledes kan opstå en negativ magtrelation (56). Dette formodes at kunne mindske motivationen blandt de gravide i forhold til at engagere sig i eller tilslutte sig en given indsats, eftersom de kan få sværere ved at finde mening heri (57). Derfor findes det af stor vigtighed, at de gravides perspektiver inddrages, når potentielle forandringer i *Gravid og Glad* skal foretages.

Ovenstående synes dog at kunne fordre etiske udfordringer og dilemmaer, idet forandringerne både skal kunne tilgodeses den enkelte gravide og hendes *ægte* mål og ønsker samtidig med, at de skal kunne rumme samtlige gravide medarbejdere i MSO. Her kan der refereres til nytteetikken, hvor de handlinger der foretages skal skabe mest mulig nytte for flest mulige gravide, hvorved hensynet til den enkelte nedprioriteres (58). Vælger man derimod at tage udgangspunkt i pligtetikken udfordres nytteetikken, idet pligtetikken netop tager udgangspunkt i, at det ses som en pligt at overholde et universelt formuleret regelsæt, hvori den gravides autonomi og værdighed er ukrænkelig (58). Således bør de forskellige handlinger nøje overvejes, når forandringer i *Gravid og Glad* skal foretages, således der tages højde for de etiske dilemmaer.



## 2.9 Problemafgrænsning

Der tages i nærværende speciale afsæt i den eksisterende indsats *Gravid og Glad* i Aarhus kommune, da denne har til hensigt at reducere sygefraværet blandt gravide ansatte i MSO. Derudover er det en af de få forebyggende tiltag med fokus på gravides sygefravær, der på nuværende tidspunkt er igangværende i landets kommuner. En af de store udfordringer forbundet med indsatsen er en lav deltagelsesprocent og dermed rekrutteringen af deltagere. Ud fra et folkesundhedsperspektiv findes det således relevant, at undersøge denne proces og de barrierer, der kan ligge til grund for den lave deltagelse, hvorfor rekrutteringsprocessen er fokus i dette speciale. Til at belyse denne gøres der brug af et bruger- og professionelt perspektiv. Dette med henblik på at fremsætte forandringsforslag således tilslutningen til indsatsen kan øges, og målet om at nedbringe det graviditetsbetingede sygefravær i Aarhus Kommune bedre kan opnås.



# Kapitel 3 & 4

FORMÅL OG

PROBLEMFORMULERING

### **3.0 FORMÅL**

Formålet med dette speciale er at udforske rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad* ud fra et bruger- og sundhedsprofessionelt perspektiv, med henblik på at øge deltagelsen fremadrettet.

### **4.0 PROBLEMFORMULERING**

*Hvordan opleves rekrutteringsprocessen til indsatsen Gravid og Glad, og hvilke forandringer kan medvirke til at forbedre rekrutteringsprocessen - set ud fra et bruger- og professionelt perspektiv?*

Problemformuleringen operationaliseres i nedenstående forskningsspørgsmål:

1. Hvilke motivationsfaktorer har indvirkning på at de gravide vælger at deltage i *Gravid og Glad*?
2. Hvilke barrierer, oplever de gravide, kan ligge til grund for, at nogle fravælger at deltage i *Gravid og Glad*?
3. Hvilke barrierer har de sundhedsprofessionelle erfaret og oplevet i rekrutteringen af deltagere til *Gravid og Glad*?
4. Hvilke forandringsforslag, mener de gravide og de sundhedsprofessionelle, kan forbedre rekrutteringen af deltagere til *Gravid og Glad*?

Forskningsspørgsmålene søges besvaret i en analyse og diskussion af den indsamlede empiri. Endvidere diskuteres det fjerde forskningsspørgsmål i forhold til at fremstille mere konkrete tiltag, som har til hensigt at øge tilslutningen til *Gravid og Glad*.



# Kapitel 5

SPECIALETS

REFERENCERAMME

## 5.0 SPECIALETS REFERENCERAMME

I nedenstående kapitel ekspliciteres nærværende speciales grundlæggende antagelser, som er medvirkende til at begrunde valg og brug af metodologi og metode (59).

Det følgende vil således indeholde en præsentation af specialets epistemologiske antagelser og teoretiske perspektiv, lige så vel som det vil indeholde en redegørelse for valg af design og metode, som anvendes til indsamling af specialets kvalitative empiri.

### 5.1 Epistemologisk positionering

Epistemologi handler om forståelsen af, hvordan og i hvilken udstrækning man som forsker har adgang til viden om verden (59).

Nærværende speciale positionerer sig inden for konstruktivismen, hvis epistemologiske udgangspunkt beror sig på, at der ikke kan opnås en endegyldig og objektiv udlægning af virkeligheden (60). Således søger specialet ikke at finde én sandhed ud fra de gravides udsagn, men er derimod bevidst om, at der kan findes multiple sandheder omhandlende et fænomen, som i dette speciale udgør rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad*. Dette skyldes at de gravide erkender og forstår på forskellige måder, hvormed de kan opfatte og opleve fænomenet forskelligt.

Ud fra den konstruktivistiske tilgang betragtes fænomener som værende historiske og socialt betinget (60), hvormed de gravides oplevelser og vurderinger af rekrutteringsprocessen kan ændre sig over tid, afhængig af hvornår og hvordan de iagttager processen og af den situationelle og kontekstuelle sammenhæng jf. afsnit 2.2 omhandlende samfundstendenser. Idet meningen formes og fortolkes af de gravide i deres sociale interaktioner, anerkendes det vilkår, at forskerens baggrund og forforståelse påvirker fortolkningerne (61). Således arbejdes endvidere ud fra en hermeneutisk tilgang.

### 5.2 Teoretiske perspektiv

Det teoretiske perspektiv forstås overordnet som en tilgang, der anvendes til at forstå og forklare den sociale verden (59). Dette perspektiv medvirker til at sætte præmisser for antagelser, der endvidere præger valg af design og metode (59). Hermeneutikken, som det teoretiske perspektiv i specialet, giver med sit fortolkningselement mulighed for at opnå en dybdegående og indlevende forståelse af de gravides oplevelser, meninger og vurderinger (62,63) .

Med afsæt i den hermeneutiske tilgang fokuseres der på at forstå frem for at forklare (62), og der gøres aktivt brug af den viden og den forståelse specialegruppen på forhånd besidder, når det

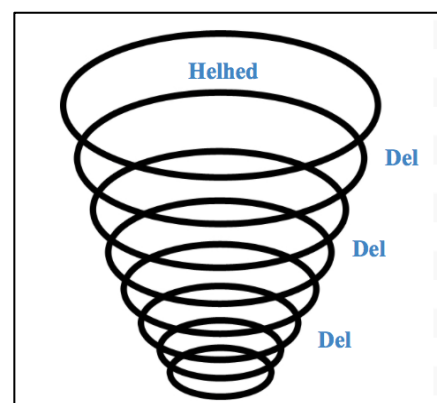
ønskes at undersøge og forstå den manglende tilslutning til *Gravid og Glad* ud fra rekrutteringsprocessen. Ifølge filosofen Hans Georg Gadamer betegnes den viden, der er til stede inden forståelsesprocessen påbegyndes, som forforståelsen (62). Forforståelsen er en nødvendig betingelse for at kunne forstå, og den bidrager med at stille fokuserede forskningsspørgsmål, idet man på forhånd har noget viden om området, som kan sættes i spil (62).

*“Forforståelsen afgrænses i forskningsmæssige sammenhæng til at omfatte det faglige perspektiv, de antagelser (erfarings-, empirisk eller teoretisk baserede), den teoretiske referenceramme, den metodiske tilgang samt den erkendelsesinteresse, som er bestemmende for forskerens forståelsehorisont, og som er relevant i forskerens problemstilling”* (62).

Specialegruppen har forsøgt at gøre sig bevidst om deres forforståelse, eftersom den netop skal sættes i spil i fortolkningsprocessen og i arbejdet med specialets problemstillingen. Dette er velvidende, at en komplet udlægning af forforståelsen ikke er muligt, eftersom specialegruppen allerede er ét med den (62,63).

Specialegruppens forforståelse omfatter i særdeleshed de *antagelser*, som er baseret på teori<sup>5</sup> og empiriske studier anvendt i problemanalysen. Således er der skabt en forståelse om de risici og konsekvenser, der kan være forbundet med et graviditetsbetinget sygefravær. Viden om indsatsen *Gravid & Glad* samt hvilke elementer der kan være en barriere for deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Denne viden er medvirkende til at præge de forskningsspørgsmål der stilles og til at påvirke forståelsehorisonten undervejs i samspil med den epistemologiske-, teoretiske- og metodiske tilgang (62,59).

Forforståelsen kan med udgangspunkt i den hermeneutiske spiral, repræsentere enkelte dele af helheden lige så vel som den empiri, der indsamles undervejs i processen, også fremstår som dele af helheden (24,62). Den hermeneutiske spiral betegner den vekselvirkning, der foregår mellem del og helhed, se figur 3. Delene kan kun forstås, hvis helheden inddrages, og helheden kan kun forstås i kraft af delene, hvorfor det er sammenhængen, der er meningsskabende (63). Således påvirker forforståelsen og forståelsen gensidigt



Figur 3 Illustration af den hermeneutiske spiral.

<sup>5</sup> Teori skal i denne kontekst forstås som repræsentation, der udgør den samlede mængde viden, som specialegruppen har erhvervet sig gennem problemanalysen, herunder videnskabelige studier (64).

hinanden (62), og fortolkningen fortsætter indtil der opnås en dækkende udlægning af indsatsen *Gravid og Glad*, herunder hvad der formodes at kunne skyldes den lave tilslutning til indsatsen med udgangspunkt i rekrutteringsprocessen.

Der prioriteres under hele forståelsesprocessen en åbenhed over for påvirkning, således specialets forforståelse kontinuerligt bliver udforsket og udvidet, hvormed nye forståelser og ny viden opstår. Således tilstræbes der en produktiv aktivitet og ikke en reproduktiv aktivitet, der blot reproducerer viden (62). Dette stemmer godt overens med specialets konstruktivistiske tilgang, hvor der ikke søges at finde en objektiv udlægning af rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad*, men derimod søges at opnå en udlægning, af hvorledes de gravide oplever rekrutteringsprocessen, og hvorledes de ser muligheder for forbedringer, velvidende at deres meninger kan ændres afhængig af tid og sted.

## 5.3 Design

I det følgende præsenteres casestudiet som design, herunder en beskrivelse af dets anvendelse i specialet. Casestudiet er valgt da specialet netop tager udgangspunkt i en specifik case, *Gravid og Glad*, lige så vel som den hermeneutiske tilgang appellerer til, at man skal kende konteksten for fænomenet.

### 5.3.1 Casestudie

Casestudiet som design muliggør en dybdegående tilgang til udforskning af et givent fænomen eller problemstilling (65,66). Fænomenet i nærværende speciale udgør, som tidligere beskrevet, rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad* og problemstillingen består i den begrænsede tilslutning til indsatsen, jf. afsnit 2.5.1.

Specialegruppen har valgt at beskæftige sig med en enkelt case, herunder en *best case*, idet en enkelt case egner sig bedst til besvarelse af specialets problemformulering, der netop beror sig på, at opnå en dybere forståelse for, hvordan rekrutteringsprocessen til *Gravid og Glad* opleves af de gravide deltagere (67,68). Denne forståelse var ikke fremkommet, såfremt valget var faldet på multiple cases, hvor målet er at identificere og teste sammenhænge mellem flere fænomener og deres kontekst. Desuden findes der på nuværende tidspunkt i dansk kontekst ikke indsatser, som i deres indhold er sammenlignelige med *Gravid og Glad*, hvorfor anvendelse af multiple cases ej heller var muligt. At der ikke findes komparative indsatser gør ligeledes *Gravid og Glad* til en *atypisk case*, idet en sådan casetype illustrerer, at man står overfor et ukendt eller antageligt enkeltstående fænomen, der kan ses som særligt problemfyldt eller særlig vellykket i en nærmere defineret forstand (67).

Da det ikke er hensigten med specialet at undersøge hele casen, men kun selve rekrutteringsprocessen i indsatsen, som også udgør casens fænomen, er der ligeledes tale om et *indlejret casestudie*. Herved er der kun fokus på dele i casen (68). I udforskningen af fænomenet inddrages de deltagende gravides- og de sundhedsprofessionelles perspektiver på rekrutteringsprocessen, idet deres oplevelser, meninger og vurderinger har stor betydning for casen.

Med afsæt i specialets forandringsperspektiv tilstræbes det således, via en dybdegående analyse af fænomenet, at tydeliggøre muligheder og barrierer bag tilslutningen til indsatsen, således disse medtænkes i det forbedrende forandringstiltag heraf. Denne dybdegående analyse sker med afsæt i de gravide og de sundhedsprofessionelles perspektiv.

Med casestudie som design, kan der identificeres fire typer af cases hvor nærværende case vurderes som værende primært teorifortolkende kombineret med det ateoretiske casestudie (67).

#### **5.3.1.1 Teorifortolkende casestudie**

Med det teorifortolkende casestudie som ramme er formålet at skabe ny empirisk viden faciliteret af allerede foreliggende teoretisk viden (67). Dette speciale er teorifortolkende, idet der på forhånd er indsamlet viden, som danner baggrund for specialegruppens forforståelse, jf. afsnit 5.2. Denne viden inddrages i skabelsen af ny empirisk viden. Forforståelsen udgør således den foreliggende teoretiske viden, som danner udgangspunkt for hvilke elementer, der ønskes udforsket nærmere, og bidrager til at skærpe fokus i undersøgelsen af rekrutteringsprocessen (67,69).

Velvidende at der primært tages udgangspunkt i et teorifortolkende casestudie, er det dog ligeledes forsøgt at udforske de gravides oplevelser, meninger og vurderinger af rekrutteringsprocessen ud fra en mere åben tilgang, hvorved der også tages afsæt i et ateoretisk casestudie, som styres af empiri frem for teori (67). Således kan det empiriske materiale udvundet gennem det ateoretiske casestudie, medvirke til at udfolde den forforståelse, som specialegruppen på forhånd besidder, yderligere.

Det teorifortolkende casestudie er dog det primære design, idet det skærper opmærksomheden mod særlige vinkler af casen, hvorfor forforståelsen også har en stærk funktion i selve fortolkningen af casen (67).

Med en kombination af det teorifortolkende og ateoretiske casestudie tager nærværende speciale således afsæt i en abduktiv tilgang, som er præget af fleksibilitet og vekselvirkning mellem teori og empiri, idet tilgangen i specialets indsamling af empiri er eksplorativ, og beforder en flydende proces i undersøgelsen med plads til fortolkning (66). Således bevirker den abduktive tilgang, at



en sandsynlig, men ikke endegyldig forklaring af casen, søges og begrundes i udforskningen af denne, jf. den konstruktivistiske og hermeneutiske tilgang i afsnit 5.1 og 5.2.

Da det i nærværende speciale ønskes at tage udgangspunkt i brugernes- og de sundhedsprofessionelles perspektiv, dog med særligt fokus på brugerperspektivet, er designet for dataindsamlingen foretaget med inspiration i BIKVA-modellen.

### **5.3.2 BIKVA-modellen**

Strukturen i BIKVA-modellen anvendes udelukkende som ramme for struktureringen og håndteringen af specialets interview, hvor analyseprocessen af det indsamlede empiri istedet tager udgangspunkt i Dahlager og Fredslunds analysetrin, hvilket uddybes nærmere i afsnit 6.4. BIKVA-modellen samt Dahlager og Fredslunds analysetrin anvendes i nærværende speciale som redskaber til at skabe tydelig transparens for læseren, hvormed hele processen fra udførelse af interviews til bearbejdelsen af empirien ekspliciteres og tydeliggøres. Dette vurderes at kunne højne gyldigheden af specialets fremfundne viden.

Nedenstående afsnit indledes med en mere teoretisk beskrivelse af BIKVA modellen efterfulgt af en beskrivelse af, hvorledes BIKVA-modellen anvendes i nærværende speciale.

BIKVA-modellen står for Brugerinddragelse I Kvalitetsvurdering, og er defineret som en læringsmodel, der netop bidrager til udvikling og forandring af indsatser (70,71,71). Principperne i modellen kan opdeles i tre trin, hvor første trin handler om, at brugerne af en indsats, gennem et fokusgruppeinterview, anmodes om at begrunde hvorfor og hvilke elementer der gør, at de er tilfredse eller mindre tilfredse med den indsats de tilbydes (70,71). Fund fra fokusgruppeinterviewet formodes at være en række oplevelser og subjektive vurderinger, som systematiseres i tematiske overskrifter.

I BIKVA-modellen arbejdes der med begrebet *frontmedarbejdere*, som udgør personer der arbejder med en given indsats (70). I andet trin præsenteres frontmedarbejderne for brugernes tematiserede vurderinger, opstået fra fokusgruppeinterviewet, med henblik på at afgive deres perspektiv på, hvad de mener, kan være årsager til brugernes oplevelser. BIKVA modellen kan da være med til at opnå indsigt i eventuelle misforhold mellem brugernes behov, og det der tilbydes i indsatsen (70).

I tredje trin fremlægges brugernes og frontmedarbejdernes iagttagelser, i bearbejdet form for ledelsen, med henblik på i endnu et interview at få deres vurderinger herpå. Således fortsætter jagten på misforhold, relateret til de kvalitetstemaer brugerne har identificeret (71).

### 5.3.2.1 Anvendelsen af BIKVA-modellen

Som nævnt anvendes BIKVA-modellen som inspirationskilde til indsamling og analyse af empiri i nærværende speciale. Således er modellen ikke anvendt stringent, men den er anvendt i det omfang, som findes naturligt og relevant i henhold til nærværende speciales problemstilling. Brugere af indsatsen udgøres af de gravide i *Gravid og Glad*, mens frontmedarbejdere udgøres af en projektansvarlig og en jordemoder fra Folkesundhed Aarhus, der er tilknyttet indsatsen og har kendskab til de gravide deltagere. Frontmedarbejderne betegnes i nærværende speciale sundhedsprofessionelle.

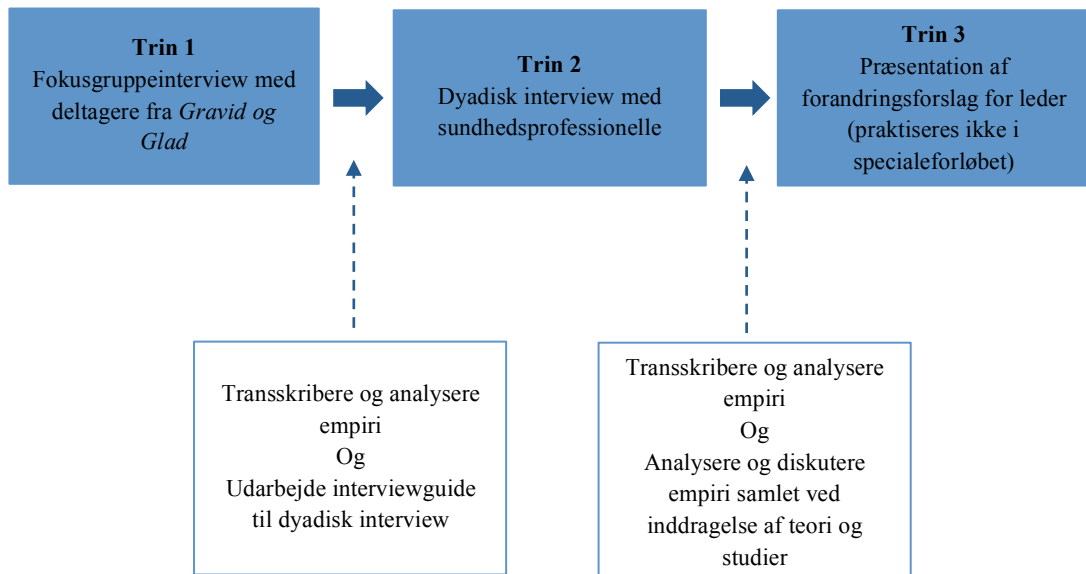
Første trin er foretaget ved at de gravide deltagere, i et fokusgruppeinterview, er anmodet om at begrunde, hvad der motiverer dem, og hvilke barrierer de oplever i forbindelse med rekrutteringsprocessen til *Gravid og Glad*, hvilket stemmer godt overens med beskrivelsen af BIKVA-modellens første trin. Desforuden er de dog yderligere bedt om eksplicitere nogle forandringsforslag, som de mener, kan være med til at forbedre rekrutteringen og dermed øge tilslutningen til *Gravid og Glad*. Resultaterne fra dette fokusgruppeinterview er efterfølgende systematiseret under tematiske overskrifter.

I andet trin er de sundhedsprofessionelle præsenteret for de fremfundne temaer fra fokusgruppeinterviewet. Dette sker i et dyadisk interview, hvilket uddybes i afsnit 6.1.2.1. Præsentationen af temaerne er ikke med henblik på, at få de sundhedsprofessionelle til at begrunde hvad de selv mener er årsagen til de gravides oplevelser, men for at give dem et indblik i de gravides oplevelser af rekrutteringsprocessen, herunder ideer til fremtidige forandringer. Derved får de sundhedsprofessionelle mulighed for at sætte sig ind i de gravides tankegange i forhold til indsatsen, samtidigt med at de kan eksplicitere, hvad der realistisk og ressourcemæssigt kan lade sig gøre fremadrettet, når der skal sigtes mod at forbedre rekrutteringen og øge tilslutningen til *Gravid og Glad*. Således afviger trin 2 i nærværende speciale sig fra BIKVA-modellens hensigt med trinnet.

Empiri fra ovenstående to interviews vil blive anvendt i udarbejdelsen af konkrete anbefalinger til forandringsforslag til rekrutteringen i nærværende case, som har til formål at tilstræbe en større tilslutning til indsatsen *Gravid & Glad*.

Med udgangspunkt i BIKVA-modellens tredje trin skal disse forandringsforslag præsenteres for den øverste ledelse, med henblik på at få deres respons på ovenstående. Dette har ikke været praktisk muligt, eftersom ledelsen ikke har været til rådighed under specialeperioden.

Nedenstående figur 4 illustrerer specialets fremgangsmåde med inspiration fra BIKVA-modellen.



Figur 4 Metodisk fremgangsmåde med inspiration fra BIKVA-modellen



# Kapitel 6

## METODE

## 6.0 METODE

På baggrund af specialets positionering og valg af design er det valgt at gøre brug af kvalitative forskningsinterview som metode. Således indeholder følgende kapitel en præsentation af de overvejelser, der ligger til grund for valg af de anvendte metoder samt håndteringen heraf. Desuden præsenteres specialets etiske overvejelser samt indledende- og systematiske litteratursøgning. Fund fremkommet ved de to litteratursøgninger anvendes hovedsagelig i problemanalysen, men vil ligeledes inddrages i en senere analyse og diskussion.

### 6.1 Det kvalitative forskningsinterview

I følgende afsnit præsenteres specialets anvendte metoder til indsamling af kvalitativ empiri. Disse udgør et fokusgruppeinterview med de gravide deltagere samt et dyadisk interview med de sundhedsprofessionelle. I udformningen af de respektive interviewguides er der inddraget kvantitativ data fra spørgeskemaer og tilmeldingslister, der er udarbejdet af Folkesundhed Aarhus. Eftersom de kvantitative data kun er inddraget i specialet i begrænset omfang, præsenteres disse data ikke separat, men fremgår i afsnit 6.1.1.1 og 6.1.1.3 og indeholder oplysninger om deltagerens arbejdsområde og funktion samt kendskab til *Gravid og Glad*.

Et kvalitativt forskningsinterview er velegnet, når formålet med undersøgelsen er at forstå oplevelser, intentioner, handlinger og motiver (24,73). Det findes derfor relevant at anvende denne metode i nærværende speciale, hvor det netop ønskes at søge viden om de gravide og de sundhedsprofessionelles oplevelser, holdninger og vurderinger af rekrutteringsprocessen til *Gravid og Glad*.

#### 6.1.1 Fokusgruppeinterview

Et fokusgruppeinterview kan bidrage med flere perspektiver, eftersom informanterne kan supplere og inspirere hinanden (73,74) og interaktionen mellem informanterne kan fremkalde mere komplekse data end individuelle interviews (24).

Med afsæt i nærværende speciales problemstilling har det overordnede formål med fokusgruppeinterviewet været at opnå indsigt i de gravides oplevelse af rekrutteringen til indsatsen *Gravid og Glad*, samt deres bud på hvilke forandringer de mener kan forbedre rekrutteringen. Dette med henblik på at udfolde hvilke elementer, der kan motivere eller være en barriere for deltagelse. Således tages disse med i betragtning i udarbejdelsen af et forandringsforslag til rekrutteringsprocessen, som tilstræber en øget tilslutning.

I dette speciale søges i første trin, med udgangspunkt i BIKVA-modellen, viden om brugernes perspektiv, herunder hvordan de gravide er rekrutteret til *Gravid og Glad*, hvilke faktorer, de

oplever, kan påvirke valget om at deltage, samt deres forslag til hvordan rekrutteringen kan bevirke en større tilslutning. Eftersom indsatsen er målrettet alle gravide i MSO og velvidende, at der kan være forskel på kvindernes graviditetsforløb og ikke mindst hvad der har påvirket dem til at deltage, vurderes det, at et fokusgruppeinterview kan sikre så mange forskellige synspunkter som muligt. Derudover skabes der rum for, at deltagerne kan inspirere hinanden til at fortælle om og diskutere de præsenterede spørgsmål, men også bakke op om hinandens synspunkter, hvilket kan være medvirkende til at styrke specialets fund (73). De forskellige synspunkter og de gravides mulighed for at inspirere hinanden og diskutere de forskellige udsagn i gruppen, vurderes at kunne bidrage til, at forandringselementet bygger på forskellige behov og dermed tilgodeser en stor del af de deltagende i *Gravid og Glad*.

Således anses fokusgruppeinterviewet at være en relevant og yderst brugbar metode til at konstruere de gravides oplevelse og mening omkring rekrutteringsmetoden i samspil med moderators forforståelse, som påvirker fortolkningen af de fremkomne udsagn, jf. specialets teoretiske referenceramme, afsnit 5.2. Begrebet moderator beskrives nærmere i afsnit 6.1.1.5.

#### **6.1.1.1 Udvalgelse**

I samråd med en projektansvarlig ansat ved Folkesundhed Aarhus blev de gravide, der på nuværende tidspunkt er aktive i *Gravid og Glad*, listet op som mulige deltagere til fokusgruppeinterviewet. Idet 14 gravide var aktive i indsatsen, blev det besluttet, at alle skulle have tilbuddet om deltagelse til fokusgruppeinterviewet, eftersom specialet ønskede at belyse så mange varierende meninger og oplevelser af rekrutteringsprocessen som muligt. Det vurderes, at jo større og bredere indsigt specialegruppen har i forhold til muligheder og barrierer for deltagelse, des større mulighed er der for at målrette forandringstiltaget til en større andel af gravide kvinder i MSO.

Deltagerne blev i første omgang mundtligt informeret af specialegruppen om muligheden for deltagelse i fokusgruppeinterviewet i forlængelse af en træning i *Gravid og Glad*. Da fremmødet var særdeles begrænset og kun bestod af tre gravide, fik alle nuværende deltagere efterfølgende tilsendt en invitation via mail, som informerede om formålet med specialet og interviewet samt deres anonymitet og rettigheder som deltager, se bilag 4. Grundet begrænset tilbagemelding blev deltagerne ydermere kontaktet telefonisk, hvorved et hurtigt svar om deltagelse blev indhentet. Dette havde en positiv effekt, da fire takkede ja med det samme, mens tre deltagere udtrykte et måske. Ovenstående udvælgelsesmetode refererer således til *kriterium-sampling* (65), idet de gravide netop er udvalgt på baggrund af det fælles kriterium, at de alle havde valgt at deltage i *Gravid og Glad*. Kriterium-sampling øger ligeledes muligheden for, at informanterne besidder

rige informationer, der med udgangspunkt i deres oplevelser, holdninger og vurderinger kan belyse muligheder og barrierer ved rekrutteringsprocessen (65), som netop er ønskværdigt i udarbejdelsen af et forandringstiltag. I relation til kriterium-sampling skabes en form for homogenitet i gruppen, idet de gravide har deres graviditet til fælles lige såvel som deres fælles kendskab til *Gravid og Glad*. Det er dog vigtigt, at gruppen ikke er for homogen, da dette kan påvirke deltagernes interaktion med hinanden negativt, ved for mange ens holdninger og meninger (74). I nedenstående tabel 4 fremgår personlige oplysninger over de gravide i fokusgruppen.

Deltager	Alder	Område	Erhverv	Arbejdstider	Civilstatus	Antal graviditeter
(G1)	30 år	Nord	Fysioterapeut	Dagvagter	Partner	2
(G2)	24 år	Nord	Socialpædagog	Skiftende dag/aften + hver 3. weekend	Partner	1
(G3)	32 år	Viby-højbjerg	Udviklingskonsulent	Dagvagter	Partner	1
(G4)	30 år	Midt	Ergoterapeut	Dagvagter	Partner	2
(G5)	30 år	Midt	Oplevelsesmedarbejder	Dagvagter	Partner	2
(G6)	28 år	Nord	Fysioterapeut	Dagvagter	Partner	3
(G7)	24 år	Syd	SOSU-assistent	Dag/aften + hver 2. weekend - nu kun dagvagter	Partner	1

Tabel 4 Baggrundsplysninger over deltagere i fokusgruppen

Ud fra ovenstående tabel vurderes fokusgruppen ikke at være præget af udelukkende homogenitet, da de gravide er påvirket af forskellige faktorer som alder, arbejdsforhold, familie og antal graviditeter. Aldersintervallet for de gravide er 24-32 år, hvilket er en spredning på otte år. Således er gruppen også repræsenteret af gravide kvinder, der er i øget risiko for komplikationer, eftersom de er over 29 år jf. afsnit 2.2.2. Derudover arbejder de gravide i forskellige erhverv, lige så vel som deres arbejdstider også afviger fra hinanden, idet de fleste arbejder i dagtimerne, mens to har skiftende arbejdstider. Endnu et parameter som påvirker at de gravide ikke er for homogene er, at antallet af graviditeter afviger ved at tre er førstegangsfødende, mens de resterende fire er gravide med deres andet eller tredje barn. Dette kan have betydning for, at størstedelen af de gravide har

erfaringer fra tidligere graviditeter, som kan påvirke deres oplevelse og meninger i forhold til at deltage i *Gravid og Glad*. Slutteligt ses der, at de gravide er repræsenteret fra flere forskellige områder i kommunen. Med disse variationer, kombineret med *Gravid og Glad*, som deres fælles kriterium, vurderes det, at der skabes en balance mellem heterogenitet og homogenitet i fokusgruppen.

#### **6.1.1.2 Interviewguide**

Der er til fokusgruppeinterviewet udarbejdet en interviewguide med udgangspunkt i den blandede tragtmodel. Med den blandede tragtmodel som struktureringsredskab starter interviewet åbent og slutter mere struktureret (74). Dermed gives der plads til de gravides perspektiver og interaktioner med hinanden samtidigt med, at moderatoren får belyst de emner omkring rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad*, som ønskes undersøgt, hvormed specialets forskningsinteresse og fokuserede forskningsspørgsmål besvares (74). Dette struktureringsredskab findes ligeledes relevant i henhold til specialets abduktive tilgang.

Interviewguiden til fokusgruppen er således fleksibel og starter ud med åbne spørgsmål under hvert tema, hvorefter struktureringen strammes mere og mere. Således ses der en tragt under hvert tema og ikke blot en overordnet tragt for hele interviewet, se bilag 6.1. Tilgangen illustrerer ligeledes kombinationen af det teorifortolkende og det ateoretiske casestudie, jf. den abduktive tilgang. Guiden er struktureret i temaerne *motivationsfaktorer, barrierer og forandringsforslag*. Ud fra de opstillede forskningsspørgsmål er interviewguiden opdelt i temaer med tilhørende interviewspørgsmål. Dette for at tilstræbe en struktureret, flydende og dynamisk kommunikation til interviewet (75).

#### **6.1.1.3 Interviewspørgsmål**

Fokusgruppeinterviewet indleder med at spørge de gravide om faktuelle ting, herunder personlige oplysninger som alder, erhverv, arbejdstider, civilstatus samt antal graviditeter. Dette for at opnå en beskrivelse af fokusgruppen, og for at danne overblik over hvorvidt gruppen i højere eller mindre grad er præget af homogenitet eller heterogenitet, og hvorvidt deltagerne er sammenlignelige (74). Dette vurderes også at have betydning for specialets generaliserbarhed.

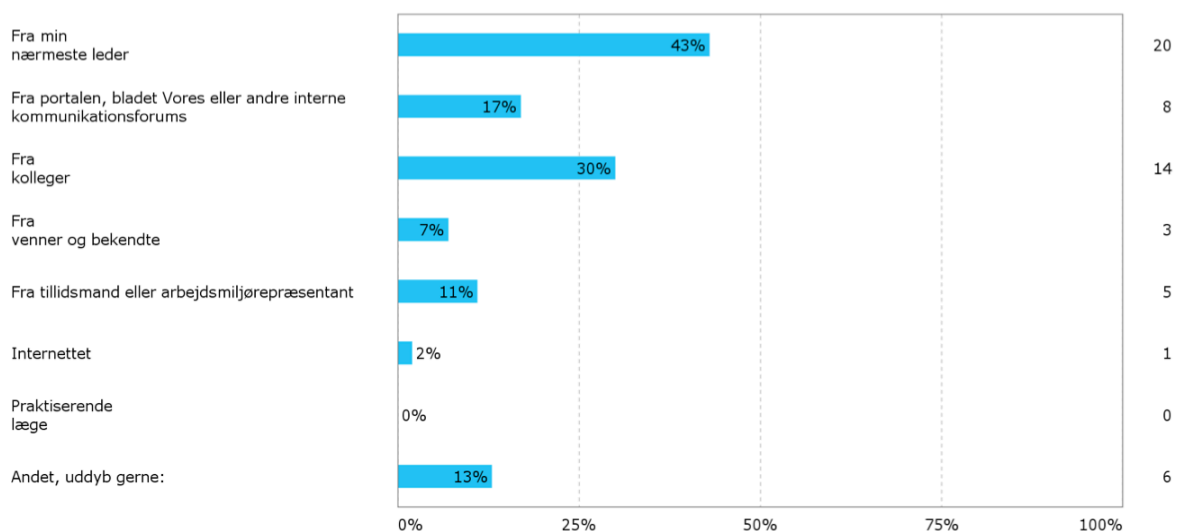
De faktuelle spørgsmål stilles ud fra nogle af de antagelser, som er opstået efter udarbejdelsen af problemanalysen, og er medvirkende til at udfolde specialegruppens forforståelse (76). Antagelserne bygger blandt andet på, at det graviditetsbetingede sygefravær kan være betinget af alder, eftersom ældre førstegangsfødende (>29 år) har større tendens til at udvikle svangerskabsforgiftning, jf. afsnit 6.1.1.1, hvor det netop har vist sig at størstedelen af de gravide deltagere besidder denne risiko eftersom de er >29 år. Ydermere bygger antagelserne på, at



sygefraværet er højere blandt arbejdsfunktioner med tunge arbejdsbyrder og skiftende arbejdstider som sygeplejersker og SOSU-assistenter, jf. afsnit 2.3.3. Således er det interessant at undersøge hvorvidt de deltagende i *Gravid og Glad* matcher disse antagelser og dermed er i større risiko for sygefravær.

Desuden spørges der til, hvordan de gravide deltagere har fået kendskab til *Gravid og Glad* og dermed hvordan de er rekrutteret til indsatsen. Dette spørgsmål bygger ligeledes på specialegruppens forforståelse og antagelser om, at størstedelen af de gravide rekrutteres gennem deres leder, hvorfor det er interessant at undersøge, om det samme gør sig gældende i nærværende case. Antagelserne om deltagernes kendskab til indsatsen er opstået ud fra kvantitative data fra et spørgeskema, som udleveres til de gravide i første og sidste del af forløbet, af den projektsansvarlige fra *Gravid og Glad*, se nedenstående figur 5.

*Spørgsmål: Hvordan har du fået kendskab til forløbet Gravid og Glad? - Marker gerne flere svar*



Figur 5 Evalueringsspørgeskema udarbejdet af Folkesundhed Aarhus (Kilde: Fortroligt dokument).

Med antagelser om, at størstedelen af de gravide har kendskab til *Gravid og Glad* qua deres leder søges der en uddybende dimension på dette, hvorfor der suppleres med et opfølgende spørgsmål: *“Hvis leder, hvordan har denne informeret jer om indsatsen?”* (76). Dette kan bidrage med en viden om, hvorvidt der anvendes forskellige informationsteknikker blandt lederne og om nogle teknikker er mere synlige og brugbare end andre.

Velvidende at specialegruppen arbejder med udgangspunkt i det teorifortolkende casestudie, prioriteres der under hele forståelsesprocessen en åbenhed i interviewet, jf. det ateoretiske casestudie, afsnit 5.3.1, således specialets forforståelse konstant bliver udforsket og udvidet.

Denne åbenhed kommer ligeledes til udtryk, eftersom der ikke udelukkende fokuseres på rekrutteringsprocessen og dennes metoder, som udgør specialets fænomen. Derimod gives der plads til at de gravide også kan berøre andre elementer, som kan have betydning for deres deltagelse eller fravalg for deltagelsen, herunder elementer om indsatsens indhold samt personlige og/eller arbejdsmæssige forhold. Således er moderator bevidst om, at der undervejs i interviewet kan forekomme tilfælde hvor spørgsmålene først dannes og formuleres under interviewet, det vil sige spørgsmål, som ikke er dannet på forhånd eller fremgår som en del af interviewguiden (76). Slutteligt gøres der under hele interviewet brug af fortolkende spørgsmål, som sikrer at de gravides udsagn er forstået korrekt (76). Dette er praktiseret i slutningen af hvert tema som en opsummering på, hvad der overordnet er blevet sagt, da det kan være en udfordring at gøre undervejs på grund af den dynamiske dialog og de mange varierende besvarelser undervejs (76).

#### **6.1.1.4 Tid og sted**

Da valg af lokalitet for fokusgruppeinterview kan være bestemmende for deltagernes villighed til at deltage og samtidig er med til at skabe det psykologiske klima for interviewet (24), har det i nærværende speciale været ønskeligt at gøre det lettest muligt for de gravide at møde op, hvorfor interviewet er udført samme sted som *Gravid og Glads* træningsseancer finder sted. Dette valg er ligeledes truffet, da interviewet er placeret forinden en træningstime. I den forbindelse er der taget hensyn til praktiske forhold og transporttid, idet de gravide ikke skal sætte ekstra transporttid af for at møde til den efterfølgende træning. Ydermere er lokaliteten ikke fremmedartet for de gravide, hvilket ligeledes formodes at have betydning for, at de hurtigere føler sig trygge i situationen, samt det kan påvirke deltagelsen positivt (73).

#### **6.1.1.5 Moderatorpositionering**

Moderator i fokusgruppen har forsøgt at være aktivt lyttende og opmærksom på, at der skabes et åbent og fleksibelt socialt rum for interaktion, som det netop anbefales i fokusgruppeinterviews (74). Desuden har denne formået at skabe dialog mellem de gravide og på bedste vis faciliteret de sociale dynamikker, der er opstået blandt deltagerne (74). Dette blandt andet ved at lade de gravide tale ud og ved behov uddybe de udsagn de er kommet med samt sørget for at der blev produceret varierede meninger og erfaringer ved at bestræbe sig på, at alle gravide kom til orde og så mange forskellige meninger og erfaringer blev italesat, hvilket også bør tilstræbes i et fokusgruppeinterview (74).

Med udgangspunkt i tragtmodellen som struktureringsredskab er moderator indledningsvis gået åbent til værks og har dermed været mindre styrende, jf. 6.1.1.3. Dermed blev der gjort plads til, at oplevelser og meninger blandt de gravide, som ikke var relateret til specialegruppens forforståelse og udformede forskningsspørgsmål, også kunne fremkomme og dermed kunne påvirke

specialegruppens forståelse af rekrutteringsprocessen. Desuden har moderator sørget for, at de gravide har forholdt sig til de opstillede temaer og spørgsmål, for at sikre specialets forskningsspørgsmål blev besvaret (74), dette illustrerer specialets abduktive tilgang.

Den nye forståelse og den nye viden som er konstrueret i de gravides interaktion med hinanden og i samspil med moderator, er efterfølgende medtaget i de dyadiske interviews, jf. BIKVA-modellen afsnit 5.3.2.

### **6.1.2 Dyadisk interview**

Med afsæt i empirien fra fokusgruppeinterviewet har det overordnede formål med det dyadiske interview været, at skabe indsigt i de sundhedsprofessionelles perspektiver på indsatsen *Gravid og Glad*, herunder rekrutteringsprocessen. Ydermere har formålet været, at få frontmedarbejderne til at tage stilling til de gravides udsagn. Dette med henblik på at udforske, hvilke forandringer der er mulige og ikke mindst realistiske at iværksætte i *Gravid & Glad*, således tilslutningen til indsatsen kan øges. Dermed er interviewet struktureret mere deduktivt, eftersom det er mere teoristyt sammenlignet med fokusgruppeinterviewet.

Den dyadiske interviewmetode adskiller sig fra både et fokusgruppe og individuelt interview, idet kun to personer interviewes (77). Men ligesom et fokusgruppeinterview muliggør det dyadiske interview en interaktion mellem interviewpersonerne, som kan fremkalde holdninger og ideer, som den ene ikke havde tænkt på, og som måske ikke var fremkommet ved et individuelt interview. Dog tillader metoden, at der indsamles mere dybdegående detaljer, end ved et fokusgruppeinterview, eftersom der er færre deltagere (77).

Det dyadiske interview er derfor medvirkende til, at fund fra fokusgruppeinterviewet kan udforskes mere dybdegående og detaljeret i et rum, hvor interaktion og idéudveksling mellem de sundhedsprofessionelle stadig er muligt. Da formålet er at tage stilling til forslag og konkretisere ideer fra de gravide, formodes det at være en fordel at der kun er to sundhedsprofessionelle, da sådanne konkretiseringer kan tage længere tid ved flere deltagere, eftersom der er flere meninger og vurderinger, der skal italesættes. De to sundhedsprofessionelle, som er udvalgt i dette speciale, har selv og i samråd med hinanden, mulighed for at beslutte, hvorvidt der skal foretages mindre forandringer i rekrutteringsprocessen eftersom de besidder to vigtige roller i indsatsen. Derfor findes det ligeledes tilstrækkeligt at præsentere de gravides forslag for kun to frontmedarbejde. Såfremt forandringsforslagene indebærer store økonomiske udgifter er specialegruppen nødsaget til at invitere en tredjepart.

### **6.1.2.1 Udvalgelse**

Formålet med det dyadiske interview har, som tidligere nævnt, været at få de sundhedsprofessionelle til at forholde sig til de gravides oplevelser, holdninger og vurderinger samt forslag til forbedringer. Dette for at medtænke brugernes perspektiver i den fremtidige rekruttering af deltagere til *Gravid og Glad*. Ydermere har formålet været, at få de sundhedsprofessionelle til at vurdere, hvorvidt de gravides forslag rent praktisk og ressourcemæssigt også er realistiske. Det har derfor været vigtigt, at de udvalgte sundhedsprofessionelle har besiddet en stor viden omkring indsatsen *Gravid og Glad*, særligt rekrutteringen, lige så vel som et indblik i de ressourcer der er til rådighed i forhold til at forbedre processen. Således er der, udvalgt en projektansvarlig og en jordemoder til det dyadiske interview, som begge er tæt tilknyttet *Gravid og Glad* og har kendskab til de gravide deltagere, eftersom de blandt andet varetager træningen og netværksmøderne. Eftersom de to sundhedsprofessionelle har forskellige roller i indsatsen, formodes det, at de også kan inspirere og supplere hinanden i interviewet. Udover disse to sundhedsprofessionelle er der tilknyttet en projektleder til indsatsen. Denne har mere fokus på de overordnede rammer for indsatsen samt de ressourcer der er til rådighed, men eftersom denne også er ansvarlig for andre projekter i Folkesundhed Aarhus og ikke formodes at kunne bidrage med anden viden end de udvalgte, er denne person ikke valgt til interview. Udvælgelsen er således foretaget på baggrund af kvalifikationer i forhold til problemstillingen, hvorfor der er tale om en strategisk udvælgelse (66).

### **6.1.2.2 Interviewguide**

På baggrund af de temaer som er fremanalyseret i fokusgruppeinterviewet, er der udarbejdet en interviewguide til det dyadiske interview. Her danner temaerne, som beror sig på de gravides oplevelser og forandringsforslag, ramme for de interviewspørgsmål der formuleres, hvorfor dette interview er mere deduktiv og styret af på forhånd bestemte temaer sammenlignet med fokusgruppeinterviewet. På trods af at interviewet primært er styret af en deduktiv tilgang, lægges der i starten af interviewguiden vægt på at forholde sig åben for at få indblik i de sundhedsprofessionelles beskrivelse af rekrutteringsprocessen, samt de udfordringer de oplever herved, hvilket betegnes som en induktiv tilgang (78). Ved at skifte mellem tilgangene anvendes en abduktiv tilgang, som ligeledes gør sig gældende i interviewguiden til fokusgruppeinterviewet.

### **6.1.2.3 Interviewspørgsmål**

Temaer og udsagn fra fokusgruppeinterviewet sættes i spil ved, at de sundhedsprofessionelle skal forholde sig til de barrierer, som de gravide deltagere oplever, samt de forandringsforslag som menes at kunne imødekomme disse barrierer. Et eksempel på et interviewspørgsmål er:

*”De gravide oplever, at beliggenheden kan være en barriere grundet en stor afstand, idet det frarøver dem tid fra andre vigtige gøremål på dagen (arbejds-mæssige, hente børn fra institution etc.). Er I bekendt med denne udfordring og hvad tænker I om det?”.*

De sundhedsprofessionelle skal i ovenstående spørgsmål forholde sig til og reflektere over de gravides oplevelse af, at beliggenheden for træning og netværksmøder kan være en barriere. Ved at spørge om de sundhedsprofessionelles tanker om denne barriere, lægges der op til at de skal give udtryk for eget perspektiv og forståelse for dette (70, 71). Formuleringerne er inspireret af BIKVA-modellen, som foreslår at spørgsmål indledes med formuleringen: *”Brugerne oplever (...)”* (70 s. 203). Derudover præsenteres de gravides forandringsforslag, som de sundhedsprofessionelle igen bedes forholde sig til og udtrykke eget perspektiv på.

Foruden temaer fra fokusgruppeinterviewet inddrages også sundhedsindsatsen i Odense Kommune og Region Sjælland som inspiration til et af forandringsforslagene: *”Har I indtænkt hele arbejdspladsen i rekrutteringsprocessen, eller er dette noget I kan forestille jer kan være en mulighed for at forandre arbejdskulturen? Hvordan?”*. Da de gravide ikke selv kommer med forslag, synes elementer af rekrutteringsprocessen i de lignende indsats at være en mulig inspiration til udarbejdelse af et forandringsforslag, velvidende at specialegruppen således bevæger sig ud over BIKVA-modellen, da dette spørgsmål ikke er baseret på brugernes perspektiv men derimod på specialegruppens forforståelse. Det skal endnu engang pointeres, at Odense kommune ikke er en komparativ case, idet der er tale om en gravidpolitik og ikke en egentlig indsats. Det vurderes dog, at elementer derfra kan medtages som inspirationskilde til forbedrende forandringer af rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad*.

Således kombineres et bruger- og professionelt perspektiv i specialets analyse og diskussion af hvilke forandringsforslag, der kan medvirke til at styrke rekrutteringsprocessen og øge tilslutningen til indsatsen.

### **6.1.2.3 Tid og sted**

Stedet for det dyadiske interview er valgt ud fra, at det skal være bekendt for de sundhedsprofessionelle for at skabe tryghed fra interviewets start. Lokaliteten er ligeledes valgt af praktiske årsager, eftersom de sundhedsprofessionelle arbejder på stedet, hvorved der fratages mindst mulig tid fra deres daglige arbejde.

### **6.1.3 Transskription**

I nærværende speciale er interviewene transskriberet ordret, så alle meningsfulde udsagn medtages i en videre analyse, samt at det således er muligt for alle medlemmer i specialegruppen at få

adgang til teksten i hele dens kontekst. Dette kan styrke materialets gennemsigtighed til den efterfølgende analyse, idet ingen udsagn udelades (75,62).

For at sikre en ensartethed i transskriptionerne har specialegruppen på forhånd udarbejdet retningslinjer, hvor det er besluttet, at ord som 'øøh' og pauser i deltagernes udsagn er medtaget, se bilag 7. Da det talte og det skrevne sprog er forskellige sproglige medier, kan det være svært at få alle detaljerne fra det talte sprog med i den skriftlige udgave (76). For at sikre dette bedst muligt er det valgt, at observatøren fra interviewet foretager transskriptionerne, idet denne, sammen med moderator, vurderes at have de bedste forudsætninger for at erindre de sociale og emotionelle aspekter, som er opstået under interviewet (75), sammenlignet med specialemedlemmet som ikke var til stede under interviewet. Transskriptionerne er udført samme dag eller dagen efter interviewene, hvilket ligeledes fordrer til et mere detaljeret materiale, eftersom det er tæt på endt interviewtidspunkt (76). De færdige transskriptioner er efterfølgende gennemlæst af de øvrige specialemedlemmer for at sikre materialets pålidelighed (62).

### **6.3 Pilottest af interviewguides**

Der er forud for interviewene foretaget pilottests, hvorved de to interviewguides er testet med henblik på forståelsen af spørgsmålene. Dette med henblik på at forbedre indsamlingen af empiri (73). Pilottest af interviewguiden til fokusgruppeinterviewet er foretaget på en gravid kvinde, som er ansat inden for kommunalt regi, mens pilottest af interviewguiden til det dyadiske interview er foretaget på en sundhedsstrategisk konsulent ansat i kommunalt regi. Således vurderes de udvalgte til pilottestene, at være sammenlignelige med de deltagende i nærværende speciales fokusgruppe- samt dyadiske interview, uden at de er involveret i indsatsen.

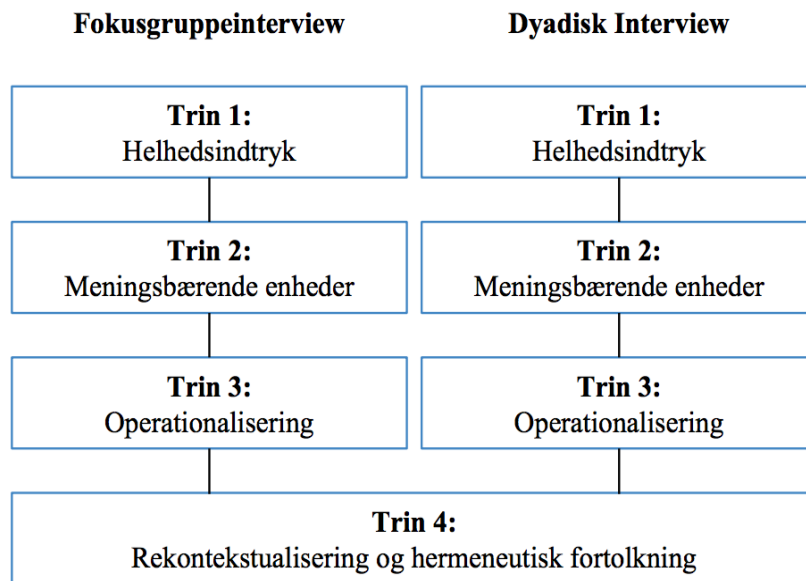
Pilottesten af de to interviewguides bidrog med helt konkrete anbefalinger til ændring af enkelte spørgsmål, således betydningen og budskabet blev mere tydeligt. Dermed er kvaliteten af de interviewspørgsmål, som blev stillet til de gravide deltagere, blevet forbedret.

### **6.4 Analysestrategi**

En nærmere bearbejdning af empirien, udvundet gennem fokusgruppeinterviewet og det dyadiske interview, tager afsæt i Dahlager og Fredslunds fire analysetrin (62). Således overgår strukturen i specialet nu primært til at tage udgangspunkt i disse trin, hvorfor der afviges fra strukturen i BIKVA-modellen. Dog vil der stadig forekomme elementer fra BIKVA-modellen undervejs.

Bearbejdningen af empirien er foretaget ens, uanset interviewtype. Således er analysetrin et, to og tre foretaget separat under hvert interview. Resultaterne fra trin 3 i begge interviews er dernæst analyseret samlet under trin 4, hvor rekontekstualiseringen finder sted (62). Dette valg er

foretaget, da det giver den bedste dynamik i analyseprocessen. fremgangsmåden er illustreret i nedenstående figur 7.



Figur 6 Illustration af analysestrategi inspireret af Dahlager & Fredslund (62).

Eftersom temaer fra fokusgruppeinterviewet danner ramme for indholdet i det dyadiske interview, foretages analysens første tre trin af denne empiri forud for det dyadiske interview.

På første trin gennemlæses transskriptionerne med fokus på at danne et helhedsindtryk af interviewene (62). På trods af en hermeneutisk tilgang forsøges det på dette trin at sætte forforståelsen i parentes, hvilket findes hensigtsmæssigt for at lade indholdet i transskriptionen træde frem og tale for sig selv (62). Denne tilgang er inspireret af Giorgis fænomenologiske tankegang<sup>6</sup>, og lader i højere grad de gravides perspektiv komme til syne uden at være påvirket af specialegruppens forforståelse. Ud fra en hermeneutisk tilgang, kan der stilles spørgsmålstejn ved, om denne forforståelse kan sættes i parentes, da det menes, at forforståelsen altid vil påvirke en fortolkning, jf. afsnit 5.2. Velvidende at det ikke findes muligt eller ønskværdigt i den hermeneutiske tænkning, er det dog forsøgt at tilbageholde forforståelsen ved at gøre sig bevidst om denne og dermed lade teksten komme til orde.

På andet trin er det forsøgt at undersøge *hvad* teksten siger, hvilket samtidig giver plads til uventede aspekter. På dette trin handler det om, at identificere *meningsbærende enheder* (62). Disse enheder kategoriseres i temaer ved, at enheder med fælles træk struktureres i et og samme tema. Temaerne er til dels bestemt på forhånd ud fra specialegruppens forforståelse, som er

<sup>6</sup> Dahlager og Fredslund er i deres hermeneutiske analyse, inspireret af Giorgis 4 trins fænomenologiske analysemodel, her refereres til Giorgis første trin (62 s. 175).

baseret på problemanalysen, relateret til den deduktive tilgang, mens der ligeledes er dannet nye temaer på dette trin, som er opstået på baggrund af specialets mere induktive tilgang.

Dette trin indebærer i øvrigt et skift fra den fænomenologisk tilgang til den hermeneutiske, eftersom kategoriseringen af de meningsbærende enheder netop er påvirket af forforståelsen. For fokusgruppeinterviewet er de overordnede temaer *motivationsfaktorer, barrierer og forandringsforslag*, som også danner ramme for opbygning af interviewguiden til fokusgruppeinterviewet, blevet bevaret. Under disse overordnede temaer er der dannet undertemaer, som tager afsæt i de gravides udsagn fra interviewet.

I det dyadiske interview videreføres de fremfundne undertemaer fra fokusgruppeinterviewet, eftersom de sundhedsprofessionelle jo netop skal forholde sig til de gravides oplevelser og forslag, som temaerne er opstået på baggrund af. Der er dog plads til, at uventede temaer kan fremkomme. Velvidende at der primært tages udgangspunkt i Dahlager og Fredslund (2013), vil der stadig hentes inspiration fra BIKVA-modellen. Derfor videregives kun temaer, som er relevante for de sundhedsprofessionelle (70).

På tredje trin sker en *operationalisering* af temaerne, hvorved meningen i temaerne præciseres (62). Dette sker eksempelvis ved at nogle temaer lægges sammen, hvis det vurderes at de dækker over samme mening. Operationaliseringen af den indsamlede empiri resulterede i færre temaer, eftersom specialegruppen vurderede, at nogle temaer overlappede hinanden.

I bilag 8.1 findes en oversigt over operationaliseringen i trin 3 for fokusgruppeinterviewet, mens bilag 8.2 viser trin 3 for det dyadiske interview.

På det fjerde trin i analysen sker en *rekontekstualisering* (62). Her analyseres specialets indsamlede empiri i samspil med ny teori<sup>7</sup>, fund fra de udvalgte studier fra litteratursøgningen og specialegruppen forforståelse. Dette sker med henblik på, at besvare specialets problemformulering og forskningsspørgsmål. I analyseprocessen udvides specialegruppens forforståelse yderligere og nye forståelse optræder.

Hvor de første tre trin opdeler transskriptionen i mindre dele, forsøges det i det fjerde trin at samle delene i en samlet forståelse. Som det beskrives af Dahlager og Fredslund: ”vi bevæger os (...) fra tekst til kontekst, fra det individuelle til det mere almene, fra empiri til teori.” (62 s. 177). At gå fra tekst til kontekst er i nærværende speciale forsøgt foretaget ved at sætte empirien fra interviewene i en bredere kulturel og social referenceramme. Dette ved at udfolde empirien i samspil med tilgængelig viden fra videnskabelige studier og relevant teori.

---

<sup>7</sup> Teori skal her opfattes som dåseåbner, idet vi anvender specifikke teoretikere som et værktøj til at få hul på undersøgelse og til at analysere og diskutere med (64).



Det fjerde trin fremstilles i kapitel 10 og 11, hvor en samlet analyse og diskussion af de fremkomne temaer præsenteres. Her er det valgt, at omskrive de inddragede citater så meningen står tydelig og læsevenligheden styrkes. Dette er gjort ved at fjerne forstyrrende pauser, gentagelser eller halve sætninger.

## 6.5 Forskningsetik

Specialegruppen har gjort sig etiske overvejelser under hele specialeprocessen i forhold til forberedelsen og udførelsen af de kvalitative forskningsinterviews samt bearbejdningen af den indsamlede empiri (76,79).

I kvalitativ forskning kan der opstå etiske problemstillinger idet det ofte handler om menneskers personlige liv, samt at det ønskes at bringe private udsagn ind i det offentlige rum (76). Det er derfor god forskningsetik at tage vare på og hensyn til de deltagende. Potentielle etiske udfordringer er forsøgt undgået ved at alle deltagere fik udleveret et informeret samtykke forud for interviewene, som informerede om specialets formål, betydningen af deltagelse og hvordan deres udsagn ville blive anvendt i specialet, bilag 5. Dermed havde de på forhånd kendskab til specialets problemfelt, og mulighed for at fravælge at deltage, såfremt de eksempelvis fandt emnet for personfølsomt (75). Dette samtykke blev indhentet både skriftligt og mundtligt, eftersom deltagerne ved interviewets start endnu engang blev informeret om samtykkeerklæringen inden de underskrev.

Endvidere blev deltagerne garanteret fortrolighed og anonymitet i forhold til deres person og udsagn (75). Dog er det valgt, at de sundhedsprofessionelle kun holdes anonyme i forhold til navn og ikke profession og rolle i *Gravid og Glad*, da dette kendskab vurderes vigtig i forhold til at forstå deres udsagn i det dyadiske interview. Denne anonymitet er sikret ved, at deltagerne betegnes med 'G' for gravide og 'S' for sundhedsprofessionelle, hvilket fremgår af retningslinjerne for transskription i bilag 7.

Forinden det dyadiske interview var det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle ikke opfattede de gravides udsagn som en kritik af indsatsen, hvilket formodes at kunne resultere i, at de sundhedsprofessionelle følte sig bekvemme i situationen og følte, at de skulle forsvare sig i dialogen. Således blev det italesat under briefing af interviewet, at de gravides udsagn skulle ses som en inspiration og ikke en negativ kritik, se bilag 6.2.

Eftersom *Gravid og Glad* udarbejdes af Folkesundhed Aarhus er det vigtig at tage hensyn til, at resultaterne i nærværende speciale ikke fremstår på en måde, som kan være negativ for Folkesundhed Aarhus og dermed påføre stedet en form for skade (75). Dette vil dermed

medtænkes i diskussionen og formidlingen af den indsamlede empiri, da det vurderes som god forskningsetik (80).

## **6.7 Litteratursøgning**

I følgende afsnit beskrives de litteratursøgninger, der er foretaget i nærværende speciale. Overvejelser omkring og fremgangsmåden for henholdsvis den indledende og systematiske litteratursøgning, beskrives nedenfor. Søgningernes resultater bidrager til at tydeliggøre relevansen af nærværende problemstilling i problemanalysen, lige såvel som de anvendes i analysen og diskussion af den indsamlede empiri fra interviewene (81).

### **6.7.1 Indledende litteratursøgning**

Den indledende søgning dækker over en ustruktureret søgning af grå litteratur på blandt andet internettet, i publikationer og bøger. Denne søgning skal bidrage til et nærmere indblik i den viden, der på nuværende tidspunkt findes omkring sygefravær både generelt, men også det graviditetsbetingede sygefravær, altså et overblik over “the state of the art” (82). Derudover er der indledningsvist også foretaget en mindre struktureret søgning, i databaserne PubMed, Cinahl og Sociological abstract for at sikre en videnskabelig tyngde i problemanalysen. Fokus i denne søgning var at indsamle videnskabelige studier omhandlende gravides sygefravær på arbejdspladsen. I denne forbindelse blev en *kædesøgning* foretaget af referencelisterne fra relevante studier, hvorved flere studie blev fundet relevante.

### **6.7.2 Systematisk litteratursøgning**

Foruden den indledende litteratursøgning er der foretaget en systematisk litteratursøgning, som har til formål at skabe et nærmere indblik i hvilke barrierer, der kan ligge til grund for, at nogle fravælger at deltage i sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Denne søgning er opbygget som en bloksøgning, hvilket betyder at søgningen opdeles i facetter, hvor kombinationen af disse styrer, om søgningen udvides eller indsnævres (81). For at følge formålet med denne søgning er den opdelt i nedenstående facetter, se tabel 5.

***Facet 1: Voksne***

Da målgruppen i denne søgning ikke skal være et bestemt køn, er det kun kriteriet, at de skal være voksne, hvilket vurderes at være personer over 18 år. Denne målgruppe er valgt, da barrierer for sundhedsindsatser ønskes belyst mere generelt og for hele den voksne befolkning. Børn formodes ligeledes at have nogle helt andre forudsætninger og barriere for deltagelse i sundhedsinterventioner, herunder tilladelse indhentet fra forældre.

***Facet 2: Sundhedsfremmende og forebyggende indsats***

Denne facet skal sikre, at søgningen rettes mod videnskabelige studier, der har fokus på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i forhold til sygdom og psykosociale lidelser (83). Dette på baggrund af, at indsatserne skal være så sammenlignelige som muligt med *Gravid og Glad*.

***Facet 3: Ikke-deltagelse***

Denne facet er med til at afgrænse søgningen til at omhandle videnskabelige studier, der undersøger hvilke faktorer, der har indflydelse på at nogle fravælger at deltage i indsatsen. Dermed formodes det samtidig, at studier, der undersøger effekten af en indsats, ikke fremkommer af søgningen.

Tabel 5 Oversigt over facetter i den systematiske litteratursøgning.

De udvalgte databaser for denne søgning er *PubMed*, *PsykINFO*, *Sociological abstract*, *Cinahl*, *Cochrane* og *Embase*. Der er søgt i disse databaser, da det vurderes at relevant viden kan findes i dem alle. En nærmere beskrivelse af databaserne, og hvorfor de er inkluderet, kan findes en søgeprotokol i bilag 1.

***6.7.2.1 Kontrollerede emneord***

Ovenstående facetter er forsøgt omdannet til kontrollerede emneord, hvilket er ord som databaserne indekserer (81). Eftersom de kontrollerede emneord kan variere fra database til database, er det vigtigt at være opmærksom på hvad det enkelte emneord dækker over, og dermed finde et sammenligneligt i en anden database (81). Med udgangspunkt i PubMed er de kontrollerede emneord for de tre facetter defineret, hvorefter det er undersøgt, om samme emneord gør sig gældende i de resterende databaser. Endvidere er hvert emneord søgt som fritekst for at sikre at nyeste studier, som endnu ikke har fået tildelt kontrollerede emneord, fremkommer i søgningerne.

I Embase er der ikke anvendt fritekstsøgning, eftersom denne database holder sig opdateret, så nye studier er indekseret (84).

I fritekstsøgningen er der anvendt trunkering, hvis det er vurderet relevant. Ved at trunkere (\*) udvides et søgeord således søgningen inkluderer alle endelser som findes på ordet (81). Eksempelvis er ordet Non-participat\* søgt ved fritekst, da det ikke findes i nogle af databaserne, og samtidig trunkeret så endelser som '-ion' og '-e' medtages.

Som nævnt ovenfor tillader bloksøgningen, at facetterne kan kombineres, så de udvides eller indsnævres. Dette sker ved teknikken med *booleske operatører*, hvor der typisk bruges 'AND', til at indsnævre en søgning, og 'OR', til at udvide en søgning (81). I nærværende systematiske søgning anvendes 'OR' til at udvide de enkelte facetter ved eksempelvis: Adult (MesH) OR Adult (fritekst). Her er et kontrolleret emneord og en fritekst kombineret. Derudover anvendes 'OR' hvis der er fundet flere søgeord indenfor samme facet. Operatoren 'AND' anvendes til at kombinere de tre facetter, så søgningen inkluderer studier omhandlende voksne personer, der ikke deltager i sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

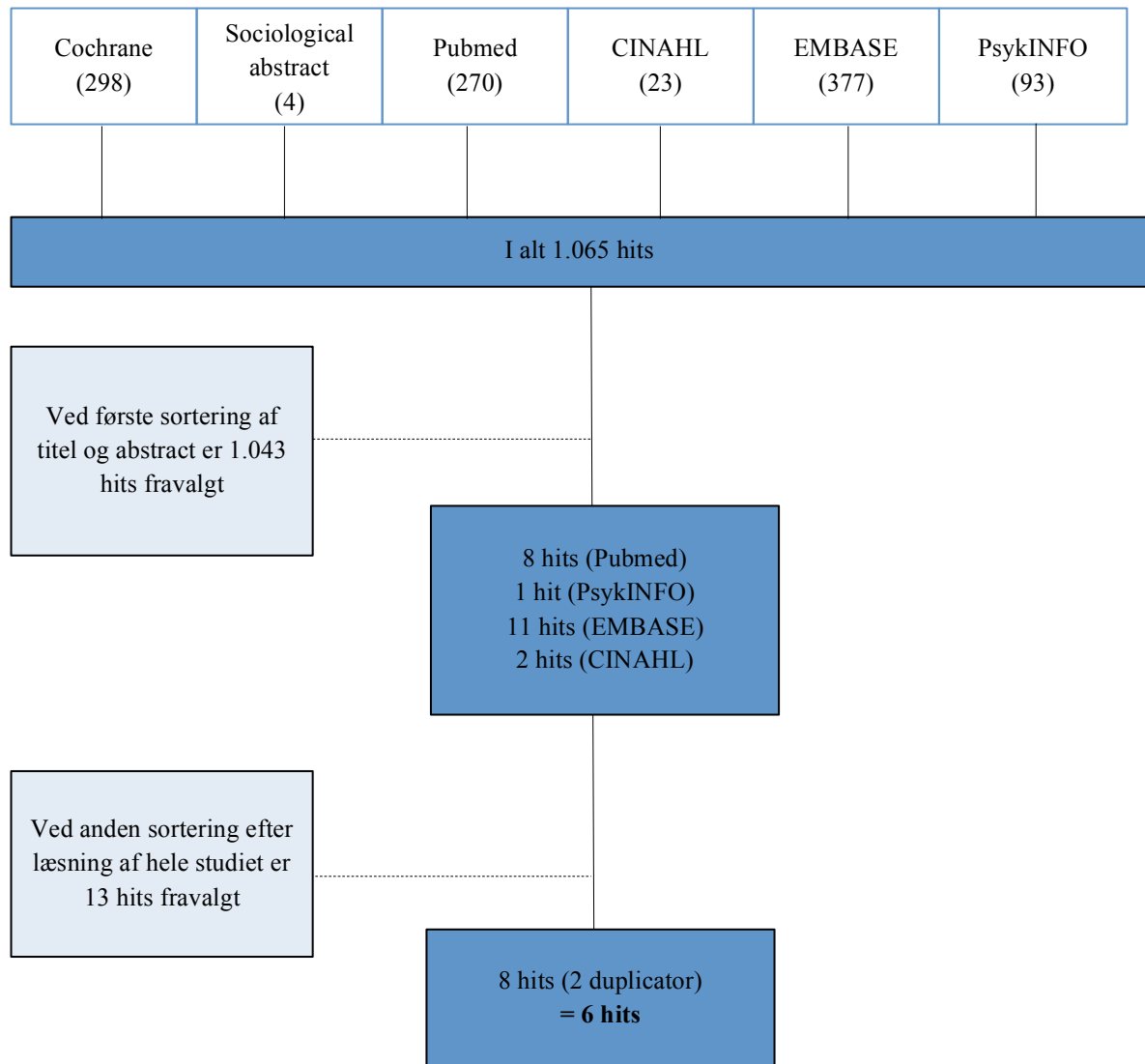
I bilag 1 findes en oversigt over de kontrollerede emneord, som er anvendt i de enkelte database, samt kombinationen af søgeord og facetter.

#### **6.7.2.2 Kriterier for udvælgelse**

For at vurdere relevansen af de fremfundne studier har specialegruppen opstillet nogle kriterier, som skal følges for at gøre denne vurdering lettere:

- På trods af at målgruppen er voksne personer over 18 år, ekskluderes studier, hvor målgruppens alder har stor betydning for deres fravalg af at deltage i en indsats.
- Målgruppen for studiet må ikke have en alvorlig sygdom eller diagnose som eksempelvis HIV eller cancer, da det formodes, at denne diagnose kan betyde, at angst kan fremkomme som barriere for deltagelse.
- Interventionen skal ikke omhandle screening eller behandling af diagnoser, hvor faktorer for fravalg i højere grad er påvirket af angst for en sygdom.
- Kun studier skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk inddrages, eftersom disse sprog beherskes af specialegruppen på et niveau, så en kvalitetsvurdering kan finde sted.

På baggrund af de opstillede kriterier er der udvalgt seks studier. Nedenfor i figur 7, ses et flowdiagram over udvælgelsesforløbet.



Figur 7 Flowdiagram over udvælgelse af relevante studier

Udover de opstillede kriterier er kvaliteten af de fremfundne studier vurderet med inspiration af STROBE og CASP, alt efter om undersøgelsen i studiet er henholdsvis kvantitativ eller kvalitativ. I bilag 2 findes en skabelon, som har medvirket til at skabe overblik over studierne, samt danne ramme for vurderingen af deres kvalitet. Særligt design, metode og analyse bør være gennemsigtig, lige så vel som studiet skal forholde sig kritisk til styrker og svagheder ved undersøgelsen.



# Kapitel 7

TEORI

## 7.0 TEORI

Følgende kapitel indeholder en teoretisk beskrivelse af John Kotters teori omkring forandring (85,86,87). Teorien anvendes i specialets analyse og diskussionsafsnit, hvor den i samspil med specialets indsamlede empiri og viden erhvervet gennem problemanalysen, skal søge at besvare specialets anden del af problemformuleringen, som lyder: "*Hvilke forandringer kan medvirke til at forbedre rekrutteringsprocessen?*".

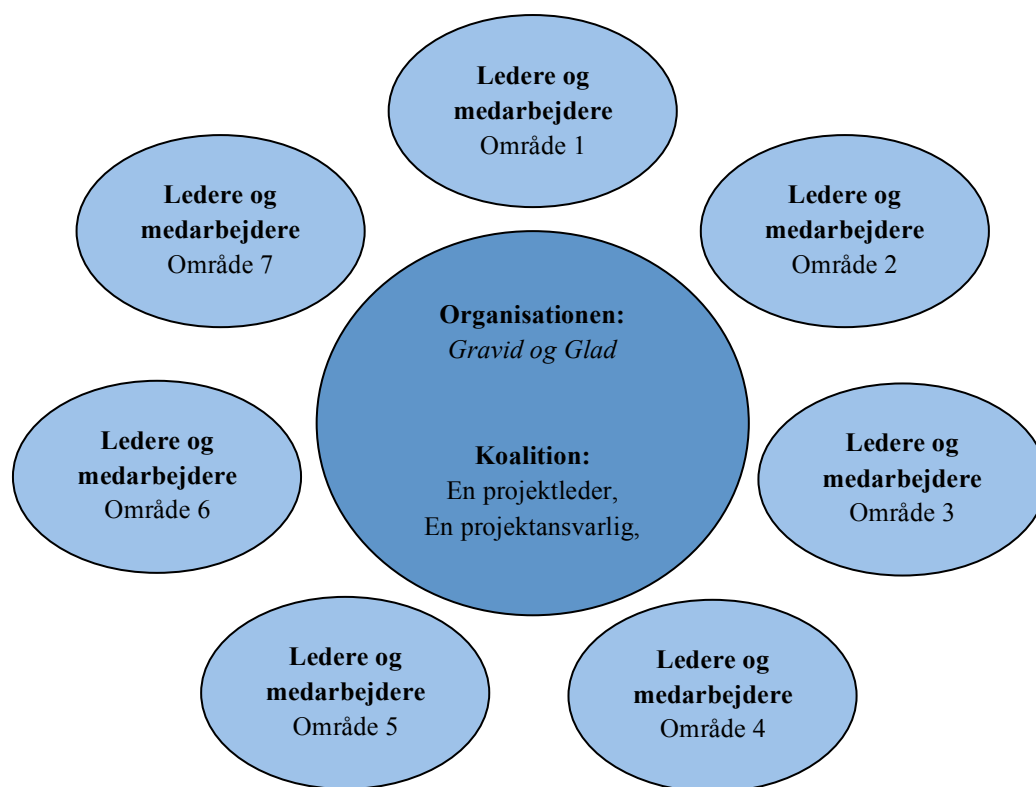
Teorien anvendes primært til at foreskrive, hvad man skal være opmærksom på, når forandringer i en organisation skal lykkes. Dette findes relevant eftersom nærværende speciale netop har til hensigt at forandre *Gravid og Glads* rekrutteringsproces.

Kotters teori er opdelt i otte trin (85,86,87) som beskrives yderligere i nedenstående afsnit 7.1. I nærværende speciale inddrages alle trin i analysen som en lineær proces. Trinene udfoldes dog kun i det omfang det findes relevant. Enkelte trin fremstår derfor mere uddybende end andre.

Kotters teori, som er specialets primære teori, suppleres på enkelte trin af andre teoretikere. Dette gør sig gældende på trin 4, som omhandler kommunikation samt trin 8, der omhandler kultur. Trin 4 suppleres af Harold D. Laswells udvidede kommunikationsmodel (88), mens trin 8 suppleres af Edgar Scheins tre kulturniveauer (89). Disse supplements er valgt, da de i samspil med Kotter vurderes at kunne udfolde væsentlige aspekter i det enkelte trin, som bør medtages i det fremtidige forandringstiltag.

Kotter opererer med begrebet *organisation*, som i nærværende speciale ikke anvendes i samme omfang. I dette speciale udgør indsatsen *Gravid og Glad* en organisation, hvori de sundhedsprofessionelle agerer styregruppe og dermed betragtes som *den styrende koalition*.

Derudover anvender Kotter begrebet *medarbejdere*, som i nærværende speciale ikke refererer til medarbejdere i organisationen *Gravid og Glad*, men i stedet de gravide medarbejdere, som befinder sig på de forskellige arbejdspladser fordelt på de syv områder i MSO. Ved omtale af *ledere* i nærværende speciale, refereres til ledere ude på arbejdspladserne. Se nedenstående figur 8:



Figur 8 Illustration af anvendelsen af Kotters begreber i nærværende speciale.

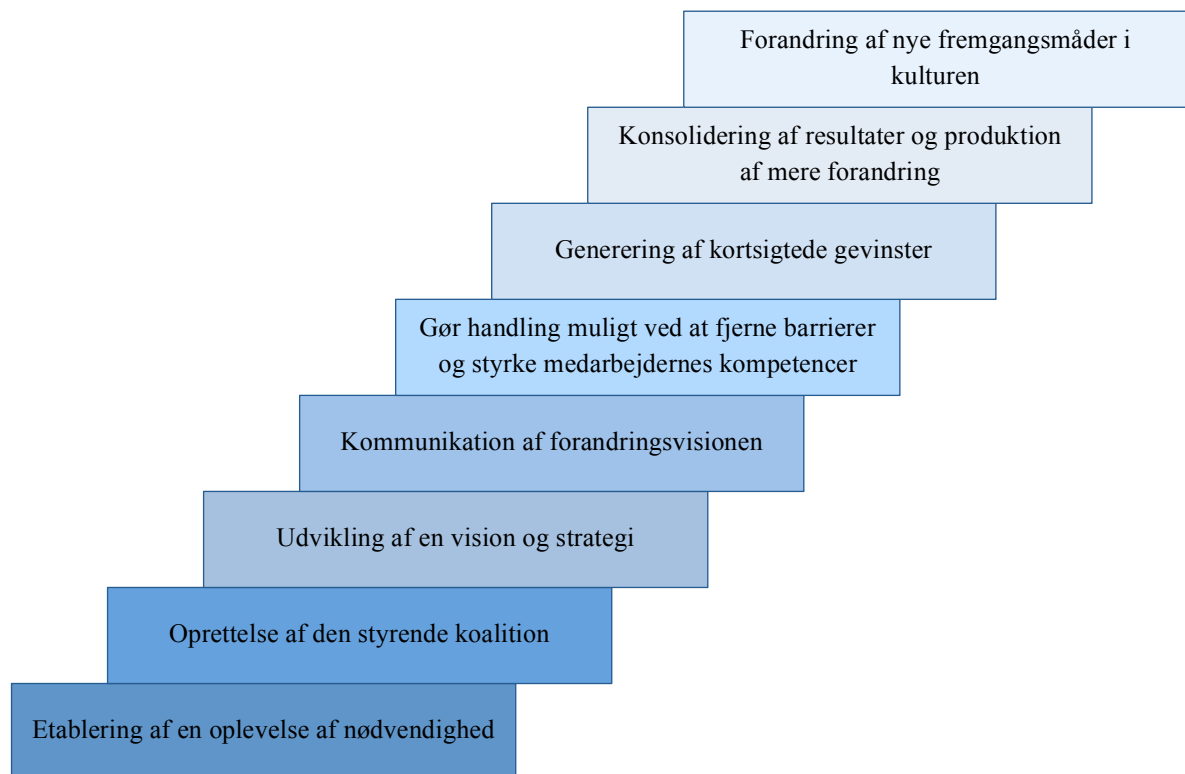
## 7.1 Kotters teori om forandring

Kotter har gennem tiden observeret, hvordan organisationer har taklet forsøg på forandring (85,87). Derigennem har han erfaret, at der altid vil være udfordringer forbundet med forandring, hvor grupper af mennesker bliver tvunget til at tilpasse sig nye vilkår. Kotter mener dog, at en del af disse udfordringer kan undgås, og fejltagelserne der begås, er noget alle kan lære af (85). På baggrund af sine observationer har Kotter identificeret otte fejltagelser, som er nogle af de mest hyppige (85). Disse fejl kan have fatale konsekvenser i en forandringsproces og kan resultere i, at nye strategier ikke bliver implementeret hensigtsmæssigt, ligesom de kan resultere i, at forandringen tager for lang tid, og derfor økonomisk bliver for dyr for organisationen, hvorved der ikke opnås de forventede resultater for forandring (85). Derfor er det vigtigt at være opmærksom på disse mere eller mindre almindelige fejl i forbindelse med en forandringsproces, således uuhensigtsmæssige konsekvenser søges undgået (85).

Til at imødekomme disse fejl har Kotter udformet en 8-trins model, som illustrerer hvad der bør rettes fokus mod i en forandringsproces. Han understreger ved denne model, at alle trin er relevante, og det er af stor betydning, at alle trin gennemføres for at skabe et stabilt grundlag, der sikrer at forandringerne holder.



Hensigten er således ikke at springe nogle trin over, da et problem i ét trin kan lede til problemer i de efterfølgende trin (85,86). Kotters otte trin præsenteres i nedenstående figur.



Figur 9 Illustration af Kotters 8 trin.

### ***Trin 1: Etablering af en oplevelse af nødvendighed***

Første trin indebærer både en diskussion og en identificering af potentielle eller nuværende kriser samt oplagte muligheder. Dette trin er af afgørende betydning for at skabe et samarbejde blandt alle involverede. Det er således væsentligt for overhovedet at påbegynde en forandring, at både ledere og medarbejdere kan se nødvendigheden i en forandring. I denne forbindelse taler Kotter blandt andet om mængden af selvtilfredshed (85,86). Hvis denne er for udtalt blandt medarbejderne, kan det være svært at få disse overbevist om, at der eksisterer et reelt problem, hvorfor en forandringsstrategi kan være svær at implementere. Denne selvtilfredshed skabes oftest på baggrund af, at der ikke er nogle synlige kriser, eller at kulturen i organisationen er præget af mangel på åbenhed og et forsøg på at undgå konfrontation (85,86).

Således handler første trin om at skabe oplevelsen af nødvendighed, såsom at fjerne de kilder, der ligger til grund for selvtilfredsheden ved blandt andet at tillade synlige kriser og dermed påvise over for medarbejderne, at der er et problem i organisationen. Derudover handler det om at tillade diskussioner blandt ledere og medarbejdere, som er villige til at se problematikkerne (85,86,87).

### ***Trin 2: Oprettelse af den styrende koalition***

Dette trin indebærer målet om at sammensætte et team, som har tilstrækkelig indflydelse til at kunne styre en given forandring. Dette team kaldes en styrende koalition (85,86). Ifølge Kotter er det ikke muligt for en enkelt person at gennemføre en forandring, men det er nødvendigt med et stærkt team til at udvikle en vision og efterfølgende kommunikere den ud til alle medarbejdere samt eliminere de forhindringer, der måtte opstå. Derudover skal dette team kunne deltage i nøglebeslutninger og holde den øverste ledelse underrettet undervejs (85). Til denne sammensætning beskrives fire nøglekarakteristika, som er væsentlige for at skabe en effektiv, styrende koalition; *Stillingsindflydelse, Ekspertise, Troværdighed og Lederskab* (85).

Det er således af betydning, at de nøglemedarbejdere der udgør koalitionen indebærer beslutningskyndige medarbejdere, der besidder tilstrækkelig ekspertise og har forskellige synsvinkler, både fagligt, men også via arbejds erfaring. Derudover skal de være troværdige og have et godt ry i organisationen, så andre medarbejdere tager deres udtalelser seriøse. Slutteligt skal den styrende koalition rumme erfarne ledere, som formår at gennemføre forandringsprocessen (85,87). Nøglekarakteristikaene *Stillingsindflydelse* og *Ekspertise* er medvirkende til at holde processen under kontrol, hvor *Troværdighed* og *Lederskab* er med til at skabe en dynamik i forandringen (85).

Udover hvem den styrende koalition skal bestå af, er det væsentligt at teamet er skabt på baggrund af tillid og med et fælles mål. Tillid er medvirkende til, at skabe samarbejde og for at dette samarbejde skal blive godt, er det vigtigt at teamet har et fælles mål for forandringsprocessen (85,87). Dermed er det kombinationen af ovenstående, der er med til at skabe en så optimal styrende koalition som muligt, som kan styre en forandringsproces så den lykkes (85,86,87).

### ***Trin 3: Udvikling af en vision og en strategi***

I det tredje trin skal visionen om forandringen skabes lige så vel, som der skal skabes en formulering af de strategier, der skal til for at realisere denne vision (85,86).

Kotter fremhæver hertil, at “(...) når målet er adfærdændring, vil en autoritær forordning ofte fungere dårligt selv i simple situationer” (85 s. 84). Der skal således i dette trin skabes en fælles og realistisk vision og strategi, som alle medarbejdere kan acceptere. Det er derfor af betydning, at den styrende koalition rummer ledere og medarbejdere med troværdighed, og som de resterende medarbejdere har tillid til, jf. trin 2 (85,86).

Visionen i en forandringsproces har tre væsentlige formål, den præciserer den generelle kurs for forandringen, således den er forståelig for alle, den er med til at motivere medarbejdere til selv at tage initiativer i den rigtige retning mod forandring, ligesom den er med til at koordinere de handlinger forskellige medarbejdere yder (85).

En effektiv strategi med tilhørende understrategier er derfor medvirkende til, at skabe en fælles forståelse og enighed om kursen mod forandring og formidler dermed budskabet om forandringsprocessen. Derudover kan visioner bidrage til at fremme forandringer gennem motivation. Det kan være vigtigt, at motivere medarbejdere til handlinger, som ikke er i deres kortsigtede egen interesse, men mod et større forandringsbillede, som på sigt kan give potentielle fordele og personlig tilfredsstillelse (85,87).

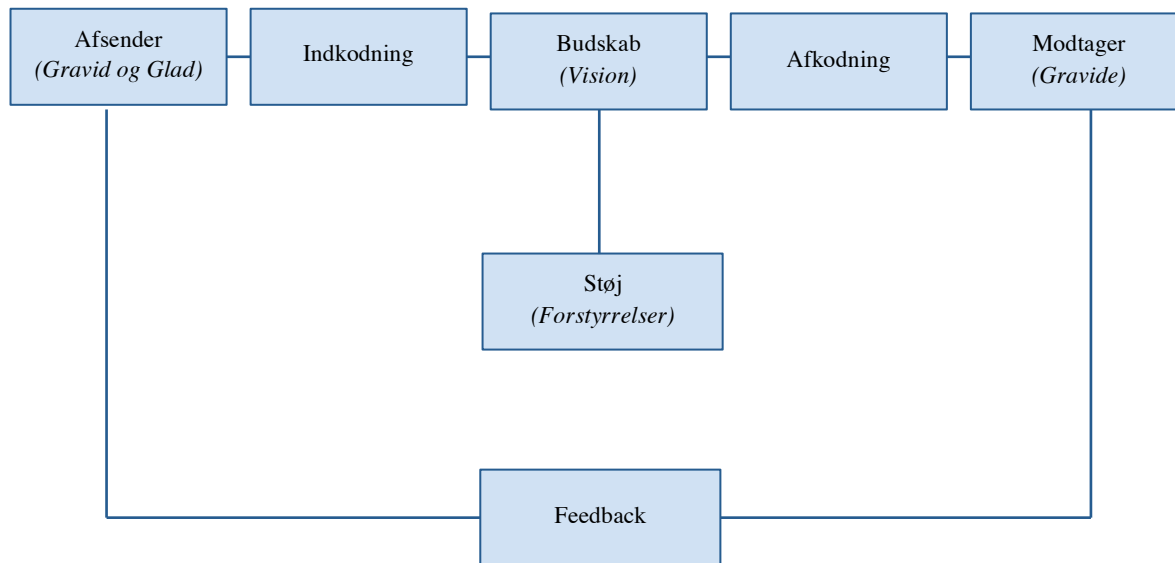
Dermed giver en klar vision medarbejdere og ledere mulighed for selv at træffe beslutninger, uden at dette nødvendigvis skal godkendes af de overordnede ledere.

#### ***Trin 4: Kommunikation af forandringsvisionen***

Der ligger en stor opgave i kommunikationen af en vision, da den ikke er til megen nytte, hvis ikke den er bekendt blandt medarbejderne i en organisation (85). Kotter påpeger, at kommunikation fungerer bedst: “(...) når den er så direkte og så enkel, at den har en form for *elegance*” (85 s. 110). Hertil fremhæves nogle nøgleelementer som kan medvirke til en god kommunikation: det skal være *enkelt* uden slang og fagudtryk, der skal gøres brug af *metaforer, analogi og eksempler*, så der skabes et mere visuelt billede for medarbejderne, der skal kommunikeres i *mange fora*, eksempelvis til store og små møder, gennem nyhedsbreve samt mere eller mindre formelle interaktioner. Derudover er det vigtigt at *gentage* visionen, idet jo flere gange denne omtales, jo bedre huskes den af medarbejderne (85).

Ledelsens adfærd er af stor betydning i kommunikationen af visionen, og det er vigtigt at ledelsen handler ud fra visionen, således de fremstår som et godt eksempel, da *eksemplets magt* netop har stor betydning for, at få alle medarbejdere med. Dertil er det ligeså vigtigt at *forklare tilsyneladende inkonsekvens*, som beror sig på, at ledelsen ikke konsekvent agerer ud fra visionen. Slutteligt fremhæver Kotter, at *interaktionen* er vigtig, da han mener at tovejskommunikation er mere effektiv end envejskommunikation. Hertil påpeges vigtigheden af at tage nyttig feedback til sig og lytte til, hvad medarbejderne har at sige, således de føler sig betydelige i processen (85,87).

Med udgangspunkt i Kotters fokus på interaktionen kan Lasswells udvidede kommunikationsmodel ses som et redskab til at tydeliggøre, hvad man bør være opmærksom på, såfremt man ønsker at forbedre kommunikationen mellem afsender og modtager af et budskab eller en vision. Den nedenstående kommunikationsmodel er inspireret af Lasswell, men er udarbejdet med afsæt i nærværende speciales kontekst.



Figur 10 Udvidet kommunikationsmodel inspireret af Lasswell (88).

Foruden en afsender og en modtager af et budskab har Lasswell tilføjet begreber som indkodning, afkodning, støj og feedback, som alle er behjælpelige midler til at forbedre kommunikationen, således den bliver optimal (88). Begreberne beskrives i det følgende:

*Afsenderen* i en kommunikationsproces, er den som har et budskab, og som vil formidle det ud til en eller flere personer, hvor *Indkodning* handler om, hvordan selve budskabet bliver udformet (88). Her refererer Lasswell til, at man skal benytte sig af et medie. Det vigtigste i denne proces er, at målgruppen passer til det valgte medie, hvorfor valget af indkodning er afgørende, hvis kommunikationen skal fungere optimal (88).

*Budskabet* refererer til det, man ønsker at kommunikere ud - en meddelelse. Det er på dette trin i Lasswells kommunikationsmodel, at det pågældende budskab bringes i mediet som eksempelvis internettet, tidsskrifter, dialoger mv. (88).

*Afkodning* omhandler hvordan budskabet forstås af modtageren. På dette trin ses også, hvorvidt indkodningen har nået den ønskede effekt, altså om budskabet bliver formidlet til de(n) person(er) man ønsker (88).

*Modtageren*, som er det sidste led i kommunikationsmodellen, viser, om kommunikationen har fungeret efter hensigten. Modtageren er den eller de personer, som budskabet er målrettet mod. Lasswell udtrykker vigtigheden i, at afsenderne har analyseret modtageren, da alle personer og målgruppe ikke er ens (88)

*Støj* er elementer som ikke fungerer sammen med den eller dem, der skal modtage budskabet. Således kan støj være medvirkende til, at kommunikationen mislykkedes og budskabet afkodes forkert af modtageren (88).

Slutteligt er der *feedback*, som er en form for respons fra modtageren til afsenderen. Hvis der er kommunikation mellem de to parter kan feedbacken bestå i, at man forklarer hvad der fungerer godt og/eller hvad der kan gøres bedre (88).

Hvor Kotter lægger vægt på selve budskabets facon, hvilke medier det skal formidles igennem, og hvordan ledelsen bør agere (85), lægger Laswell vægt på hele processen, fra budskabet sendes og returneres med feedback (88). Således vurderes Kotter og Laswell, i samspil med hinanden, at favne de væsentlige aspekter i en kommunikationsproces.

### ***Trin 5: Gør handling muligt ved at fjerne barrierer og styrke medarbejderne***

Formålet med dette trin er, at danne et solidt grundlag af medarbejdernes kompetencer til at handle ud fra visionen. For at gøre medarbejderne stærkere skal deres kompetencer udvikles samt mulige barrierer for at dette kan ske skal fjernes. Disse barrierer rummer i særdeleshed strukturer, færdigheder, systemer og arbejdsledere (85).

Hvis ikke strukturen på arbejdspladsen fordrer de kommende forandringer, kan det resultere i frustration blandt medarbejderne, og der kan være risiko for, at de mister lysten til at gennemføre forandringen. Lige såvel har det betydning, at medarbejderne besidder den rette viden og de rette kompetencer for, at forandringen bliver en succes, hvorfor medarbejderne må uddannes så de besidder disse kompetencer til at handle i relation til forandringen. Derudover kan der stilles krav til, at eksempelvis ledelsens informationssystemer ændres, så de understøtter den kommende forandring, ligesom de strategiske planlægningsprocesser bør justeres, således de fokuserer mod et mere langsigtet fælles mål om bedre vilkår for organisationen i sin helhed. Som det sidste skal lederne handle mere målrettet mod at implementere den nye vision og ikke gå imod (88).

Hvis ovenstående barrierer ikke elimineres, kan det resultere i modløse og umyndiggjorte medarbejdere, som derfor ikke har samme interesse i at fremme organisationens fremdrift. Det vil sige, det kræver en ligelig fordeling af den rette struktur, uddannelse samt de rigtige systemer og arbejdsledere for, at en vision fremstår velkommunikeret, og dermed øge sandsynligheden for en vellykket forandringsproces (85).

### ***Trin 6: Generering af kortsigtede gevinster***

Når der tales forandring, må man have for øje, at “(...) større forandringer tager tid, sommetider meget lang tid” (85 s. 147). Derfor er det vigtigt at skabe kortsigtede gevinster, da disse er med til at give støtte til initiativet og vise medarbejderne, at deres handlinger betaler sig, og at de kan styrke dem og organisationen. Derudover giver gevinsterne mulighed for at nyde de små sejre undervejs i processen, ligesom produktion af kortsigtede gevinster kan medvirke til, at den

styrende koalition kan afprøve de opstillede visioner og dermed tilrettelægge dem løbende (85). Tydelige forbedringer kan ligeledes fremme processen, da disse gør det svært for eventuelle negative medarbejdere at modargumentere en potentiel gevinst, ligesom det giver beviser til de overordnede leder om effekt (86). Alt dette er i sidste ende med til at øge fremdriften i processen, da den nye struktur herved opnår en troværdighed, som netop er med til at fremme samarbejdet i organisationen (85, 87).

### ***Trin 7: Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring***

Efter et par succesoplevelser fra trin 6 findes det vigtigt at fortsætte fremgangen mod nye muligheder og udfordringer. Det vil sige, at den styrende koalition skal anvende den troværdighed som fremkommer ved de små gevinster til at skabe grundlaget for nye og større forandringer (85). I dette trin skal flere medarbejdere involveres i processen, så ansvaret for mindre projekter bliver uddelegeret ned i organisationen, og ledelsen primært skal have fokus på at bevare overblikket i forhold til det fælles mål, indsatsen og den fortsatte opretholdelse af nødvendighed, jf. trin 1 (85). Alt i alt handler dette trin om at holde gang i systemerne og fortsætte mod det langsigtede mål om en forandring i organisationen (85,87).

### ***Trin 8: Forankring og iværksættelse af nye fremgangsmåder i kulturen***

I det ottende trin har Kotter fokus på hvor essentiel kulturen i en organisation er, når der tales ændring af adfærd og forandringer, hertil fremhæver han at: "Kultur refererer til adfærdsnormer og fælles værdier i en gruppe af mennesker (...)" (85,s 184). Normer for adfærd og fælles værdier kaldes, ifølge Kotter, for organisationskultur (85). Organisationskulturen påvirker alle implicerede i organisationen herunder det enkelte individs adfærd. Det kan være udfordrende at ændre kulturen i en organisation da den er indlejret i alle ansatte, organisationens strategier, normer og procedurer (85). Eftersom kulturen har denne indflydelse må de forandringer og strategier, der iværksættes, forankres i den nuværende kultur, og det er først muligt at ændre kulturen, når medarbejdernes handlinger og nye adfærd er ændret. Skal handlingerne og adfærden ændres handler det om at synliggøre de små gevinster ved de nye handlinger. Derfor finder de fleste kulturelle ændringer først sted på det sidste trin i Kotters model. Det findes dog væsentligt at pointere, at jo bedre man kender organisationens kultur, jo nemmere er det at finde ud af hvorledes oplevelsen af nødvendighed kan forstærkes samt sammensætningen af den styrende koalition. Ligesom det er væsentligt at indtænke kulturen, når visionen og strategierne skal tilrettelægges (86).

Således påbegyndes holdnings- og adfærd ændringer tidligt i en forandringsproces, som er medvirkende til at skabe forandringer, der hjælper organisationen til at skabe bedre resultater. Dog er det først til sidst i en forandringsproces, at disse ændringer forankres i selve kulturen (85,86).

Edgar Scheins teori omhandlende organisationskultur kan ses som et redskab til at lære organisationens kultur bedre at kende (89). Schein var en af de første til at bringe kulturen på banen, i relation til organisationer, hvor han arbejder med tre niveauer af kultur; *artefakter*, *værdier* og *antagelser*. Niveauerne kan ifølge Schein (89), betragtes som organisationens lag, der kan skrælles af som lagene på et løg.

*Artefakter* er alle de fysiske, mundtlige og kropslige ting, der kan observeres. Det er igennem disse, at kulturen kommer til syne. De er lette at se, men svære at tyde. Artefakterne er således alt det, man ser udefra og registrerer. Det er her, man kan gøre sig formodninger og opstille hypoteser, hvorefter man graver ned i de næste lag (89).

*Værdier* er de kulturelle elementer, der beskriver organisationens drømmescenarie, altså det erklærede mål om, hvor man gerne ser organisationen bevæge sig hen. Med værdier går man et lag dybere ned i organisationskulturen. Det kan eksempelvis være ordene på pjecerne, den måde medarbejderne fortæller om deres arbejde, og de værdier der formidles videre til modtagerne. Her ser man på, hvad individet siger de gør. Værdier og normer er alt det, som organisationen gør for at trække i en bestemt retning. Men en forandring vil ikke finde sted, hvis der ikke tages højde for de grundlæggende antagelser, der eksisterer i virksomheden (89).

*Antagelser* er det dybeste lag i Scheins niveauer og definitionen af organisationskulturen. Det er de uskrevne regler, alt det usagte og de mange små ritualer, der hver dag guider medarbejdere, ledere og andre medlemmer af organisationens kultur. Antagelserne er ofte noget man bare gør, men ikke taler om. Det kan være svært for medarbejdere og lederne selv at se de grundlæggende antagelser, fordi det ofte er en fast del af hverdagen, som er integreret i alt, hvad der foregår (89).

Ifølge Schein (1994) mislykkes forandringsprocesser ofte, fordi organisationen glemmer at tage højde for det tredje niveau i hans model. Dette begrundes han med, at ledelsen i deres planlægning af en forandring kun tager højde for adfærden og værdierne, eftersom de er synlige og derfor glemmer antagelserne. Således planlægges en proces, der kan gå imod kulturen, hvilket, ifølge Schein (1994), netop er en af de væsentligste årsager til at en forandringsproces ikke bliver en succes.

Kotter (1999) påpeger således, at en ændring af kulturen først kan ske, når medarbejdernes handlinger og adfærd er ændret. Dette blandt andet ved at illustrere de små gevinster på vejen. Schein (1994) går et spadestik dybere og påpeger, at det ikke kun handler om at fokusere på adfærd og værdier i den pågældende organisation, men det handler også om at fokusere på antagelserne i kulturen.

Således vurderes Kotter og Schein, i samspil med hinanden, at nå i dybden med begrebet organisationskultur.

Som nævnt indledningsvis bør alle trin følges som en lineær proces. Negligeres enkelte trin er grundlaget for en forandring ikke solid og sikker. Når processen ikke til trin 8, som refererer til forankring af forandringer, vil man ifølge Kotter: "(...) *aldrig komme over målstregen og få forandringerne til at holde.*" (85, s. 29). Hvert trin vil derfor blive udfoldet i diskussionen af casen i et forandringsperspektiv, kapitel 11.0.





# Kapitel 8

## LITTERATURSTUDIE

## 8.0 LITTERATURSTUDIE

Den systematiske litteratursøgning resulterede i seks studier, som blev fundet relevante til at belyse hvilke barrierer der opleves i relation til deltagelse i sundhedsfremmende indsatser, jf. afsnit 2.7. Ydermere blev disse studier fundet relevante til at udfolde de gravides perspektiver og dermed sætte dem i en større kontekst. I nedenstående matrice præsenteres resultaterne fra de fundne studier.

Titel, forfatter, årstal, land	Formål	Design og metode	Deltagere	Resultater og barrierer for deltagelse	Forslag for at øge deltagelsen
<p><i>“Reasons for participating and not participating in a e-health workplace physical activity intervention - A qualitative analysis”</i></p> <p>Bardus et al.</p> <p>2014, United Kingdom</p>	<p>Undersøge årsagerne til deltagelse og ikke-deltagelse i en e-sundhedsindsats på arbejdspladsen med fokus på fysisk aktivitet</p>	<p>Semistruktureret interview fokusgruppeinterview</p> <p>Indsamling af deltagere ud fra maksimum variation og ekstreme case udvælgelse</p>	<p>Medarbejdere på 17 arbejdspladser i United Kingdom.</p> <p>42 deltagende blev interviewet face-to-face, hvoraf 11 indgik i fokusgruppeinterview.</p> <p>Størstedelen var kvinder, højtuddannet, arbejdede fuldtid og havde en samlever og børn.</p>	<p><i>Årsager til deltagelse</i></p> <p>Indre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsbehov som vægtkontrol, motivation, sammenligne sig med andre i FA</li> </ul> <p>Programrelateret:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideen om påmindelser ved e-mail og SMS</li> <li>• Let tilgængeligt</li> <li>• Udseendet på informationsmateriale</li> </ul> <p>Eksterne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anbefaling af en supervisor/kollega</li> <li>• Forskningsinteresse</li> </ul> <p><i>Årsager til ikke-deltagelse</i></p> <p>Indre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travl hverdag</li> <li>• Ingen</li> </ul>	<p>Identificere de medarbejdere med størst interesse for at deltage i forhold til hvad der motiverer dem.</p> <p>Opbygge og fastholde en synlig medarbejderstøtte og aktivt inddrage ambassadører i at promovere indsatsen.</p> <p>Reducere deltageransvar ved en hurtig og simpel tilmeldingsprocedure</p> <p>Fremhæve tidsforbruget som kræves i indsatsen</p>

				<p>interesse/relevans</p> <p>Programrelateret:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemer med tilmelding</li> <li>• Problemer med teknologi</li> </ul> <p>Eksterne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende opfølgning</li> <li>• Manglende støtte og påmindelse om tilmelding</li> </ul>	<p>Identificere valg og situationer som kan øge målgruppen deltagelse, ved en brugercentreret tilgang</p> <p>Identificere den bedste kommunikationsstrategi</p>
<p>“Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice”</p> <p>Koopmans et al.</p> <p>2012, Holland</p>	<p>Identificere faktorer der har negativ indflydelse på deltagelsen i populationsbaserede sygdomsforebyggelsesprogrammer</p>	<p>Review</p> <p>Systematisk søgning i Pubmed, EMBASE, CINAHL og PsycINFO.</p>	<p>24 studier fra landene UK, Danmark, USA, Holland, Belgien, Spanien og Australien</p>	<p>Aktive strategier, som telefonisk og personlig kontakt, påmindelse, kan sikre en større deltagelse en passive strategier, som brev og pjecer.</p>	<p>Aktive strategier kan måske sikre større deltagelse blandt personer, der normalt ikke deltager i en indsats.</p>
<p>“Motives for (not) participating in a lifestyle intervention trial”</p>	<p>Undersøge forskellene mellem deltagere og ikke-deltagere. I forhold til sociodemografiske, helbredsrelaterede og adfærdsmæssige</p>	<p>Survey</p> <p>Spørgeskema og patientdatabase</p>	<p>50 Patienter med en stabil hjerte-kar sygdom. 18-75 år</p> <p>Minimum en af risikofaktorerne: rygning, diabetes, overvægtig eller</p>	<p>Argumenter for at deltage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forbedre helbredet</li> <li>• Støtte forskning</li> </ul> <p>Argumenter for ikke at deltage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tid</li> </ul>	<p>Deltagerne skal hjælpes økonomisk i en deltagelse eller deltage gratis</p>

Lakerveld et al. 2008, Holland	variabler.		mindre fysisk aktiv end anbefalingerne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomi</li> <li>• Afstand</li> </ul> <p>Største forskel i motivation var villighed og interesse for studiet</p>	
<p><i>“To recommend the local primary health-care centre or not: what importance do the patients attach to initial contact quality, staff continuity and responsive staff encounters?”</i></p> <p>Abrahamsson et al. 2015, Sverige</p>	<p>Undersøge faktorer der kan påvirke patienters villighed til at anbefale et sundhedscenter, baseret på hypoteser:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. God modtagelse ved første møde øger anbefalinger</li> <li>2. Kontinuerlig kontakt mellem konsultationer øger anbefalinger</li> <li>3. Lydhør møde vil øger anbefalinger</li> <li>4. At den professionelle er lydhør overfor patienterne variere, afhængig af den sundhedsprofessionelles professionen</li> </ol>	<p>Tværsnitsstudie</p> <p>Spørgeskema med statistisk analyse i SPSS</p>	<p>362 patienter som havde besøgt et af tre sundhedscentre i september 2010. Heraf er 62 % kvinder og deltagerne er i alle aldersgrupper</p>	<p>Patienternes tendens til en anbefaling var påvirket af, den første kontakt, behandlingens kontinuitet og mødets lydhørhed og det interpersonelle aspekt. Den professionelle profession havde ikke indflydelse.</p> <p>Hele forløbet har betydning for anbefalingerne, herunder tilgængelighed, troværdighed og et godt første møde.</p>	<p>At sikre et respektfuldt patient/professionelt forhold</p> <p>En åben tilgang til patienter, kan muligvis tiltrække flere nye patienter og fastholde nuværende</p>
<i>“Factors associated with non-</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beskrive rekruttering, deltagelse og</li> </ol>	Randomiseret kontrolleret studie	Hollandske mandlige byggearbejdere i alderen 18-65 år med	<p>Ikke-deltagere og drop-ud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel på interesse</li> <li>• Har andre</li> </ul>	En forskel i risikoopfattelse, kan imødekommes ved en

<p><i>participation and dropout in a lifestyle intervention for workers with an elevated risk of cardiovascular disease</i></p> <p>Groeneveld et al. 2009, Holland</p>	<p>andel som droppede ud af indsatsen.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Grunde til ikke-deltagelse og drop-ud</li> <li>3. Karakteristisk forskel mellem deltagere og ikke-deltagere, og mellem drop-ud og deltagere der gennemførte første follow-up.</li> </ol>	<p>Spørgeskema ved start og seks og 12 måneder.</p>	<p>en øget risiko for hjerte-kar sygdom.</p> <p>746 fuldførte 1.104 ikke-deltagere 70 droppede ud.</p>	<p>helbredsproblemer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtager anden behandling</li> </ul> <p>Kun ikke-deltagere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Føler sig sund</li> <li>• Har allerede forbedret livsstil</li> <li>• Den regelmæssige risikovurdering for hjerte-kar sygdom er tilstrækkelig</li> </ul> <p>Kun drop-ud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skuffet over organiseringen, planlægning af møder</li> </ul>	<p>individuel risikoprofil i invitationen.</p> <p>Organisatoriske udfordringer kan imødekommes ved, at planlægningen skete ansigt-til-ansigt, i stedet for over telefon, eller finde en beliggenhed tættere på hjem og arbejdspladserne.</p>
<p><i>“Non-participants in a preventive health examination for cardiovascular disease: characteristics, reasons for non-participation, and willingness to participate in the future”</i></p> <p>Wall &amp; Teeland</p>	<p>At undersøge følgende spørgsmål omkring ikke-deltagere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvordan opfattes sundhed sammenlignet med deltagerne i helbredsundersøgelsen?</li> <li>2. Hvilke grunde er der til ikke-deltage?</li> <li>3. Hvor mange er interesseret i at</li> </ol>	<p>Kohortestudie</p> <p>Spørgeskema uddelt ved start af helbredsundersøgelsen og seks og 12 måneder efter.</p>	<p>Deltagerne er 35 og 40 år.</p>	<p>Grunde til ikke at deltage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel på tid eller hindringer på arbejdet</li> <li>• Allerede i kontakt med sundhedsvæsenet</li> <li>• Føler sig sund</li> </ul> <p>Deltagelse i en fremtidig helbredsundersøgelse: 55% ja, 28% ved ikke, 16% nej.</p>	<p>Udvide mulige tider for en undersøgelse.</p> <p>Ved i forvejen kontakt til sundhedsvæsenet eller de som opfattede sig selv tilstrækkelig sund, kan en mulighed være at udbrede promovringen til fagprofessionelle som har kontakt med disse personer.</p>

2004, Sverige	deltage i en fremtidig undersøgelse?				For at reducere eventuelle bekymringer ved diskussion af risikofaktorer er det vigtig at sikre formuleringerne i invitationen i forhold til dette.
---------------	--------------------------------------	--	--	--	--

A decorative graphic consisting of a vertical blue line on the left and a horizontal blue line at the top, intersecting to form a crosshair.

# Kapitel 9

## ANALYSEPROCESSEN

## 9.0 ANALYSEPROCESSEN

Nærværende speciales analysestrategi er inspireret af Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysemetode, der kort kan beskrives som en dekontekstualisering og en rekontekstualisering (62). Følgende kapitel indledes med en beskrivelse af analyseprocessen for empiri fra fokusgruppeinterview, hvorefter analyseprocessen for det dyadiske interview finder sted. Heri beskrives operationaliseringen af de meningsbærende enheder fra trin to, som er foretaget på trin tre.

Trin fire vil ikke blive anvendt eller beskrevet i nedenstående afsnit, men vil forekomme i en diskuterende analyse i kapitel 10.0 samt 11.0, hvor de fremkomne temaer vil sættes i spil.

Trin et, som handler om at danne sig et helhedsindtryk, er ikke ekspliciteret i nærværende speciale, da fremgangsmåden handler om at læse og lytte til transskriptionerne.

### 9.1 Fokusgruppeinterview

Interviewguiden til fokusgruppeinterviewet indeholder fire overordnede temaer, dannet på baggrund af specialegruppens forforståelse, som blandt andet bygger på hvilke faktorer der kan være motiverende og udfordrende i relation til at deltage i en sundhedsindsats. Der ønskes med disse temaer således, at de gravide brugere skal eksplicitere, hvad de finder motiverende og udfordrende ved rekrutteringsprocessen i nærværende case. Ydermere ønskes det, at belyse forslag til forandringer i rekrutteringsprocessen ud fra et brugerperspektiv, hvilket derfor også udgør et tema i interviewguiden, se bilag 6.1.

Ovenstående struktur illustrerer specialets abduktive tilgang, idet der indledningsvis blev arbejdet mere teorifortolkende og deduktivt, da der på forhånd blev dannet nogle rammer med afsæt i specialegruppens forforståelse, jf. de overordnede temaer. Dernæst var det ønsket, at brugerne selv skulle formidle indholdet i disse rammer, hvormed der blev arbejdet ud fra en mere ateoretisk og induktiv tilgang.

Moderator forsøgte at holde sig åben, men ville også sørge for, at de pågældende temaer blev berørt, således blev der vekslet mellem den deduktive og induktive tilgang.

De overordnede temaer fra interviewguiden blev undervejs i analysen ændret til; *Baggrundsoplysninger*, *Motiverende faktorer*, *Udfordrende faktorer* og *Forslag til forandring*, for at skabe en mere dækkende overskrift for de enkelte temaer.

Efter gennemlæsning af transskriptionen fra fokusgruppeinterviewet blev der i trin to fremfundet 21 undertemaer, jf. bilag 8.1. Disse blev efterfølgende under operationaliseringen reduceret til 11 temaer, hvorved følgende undertemaer er fremkommet; *Information*, *Interesse for egen sundhed*, *Praktiske elementer*, *Forblive i arbejde*, *Indsatsen indhold*, *Praktiske barrierer*, *Kulturen på*



*arbejdspladsen, Synlighed af Gravid og Glad, Forbedring af rekrutteringsindsatsen, Arbejdskultur og Afstand.* Der blev nøje reflekteret over, hvad hvert enkelt tema indebar af mening, for at kunne ende ud med de mest relevante temaer i relation til nærværende speciales problemstilling. Efterfølgende blev disse temaer placeret under interviewguidens overordnede temaer, hvilket illustreres i nedenstående figur 11.

De blå kasser symboliserer de overordnede temaer, som er opstået med afsæt i specialegruppens deduktive analyse, mens de hvide kasser er temaer, som er opstået på baggrund af den mere induktive tilgang.

Baggrundsoplysninger	Motiverende faktorer	Udfordrende faktorer	Forslag til forandringer
Information	Interesse for egen sundhed	Praktiske barrierer	Forbedring af rekrutteringsstrategi
	Praktiske elementer	Arbejdskultur	Arbejdskultur
	Forblive i arbejde	Synlighed af <i>Gravid og Glad</i>	Afstanden
	Indsatsens indhold		

Figur 11 Overordnede temaer og undertemaer fra fokusgruppeinterview

I nedenstående beskrives en kort forklaring til operationaliseringsprocessen. For overblikkets skyld er det opdelt ud fra de overordnede temaer, som også er illustreret i ovenstående figur.

### ***Baggrundsoplysninger***

Det overordnede tema, *baggrundsoplysninger*, indeholder aspekter af hvorledes de gravide har fået information og kendskab til *Gravid og Glad* på forskellig vis. Undertemaet *Information* blev dannet ud fra *Jobbets opgaver, Kollegaer og Pjecen*, fra trin to.

### ***Motiverende faktorer***

Det overordnede tema *Motiverende faktorer* indebærer temaer, som blev fremanalyseret på baggrund af de gravides egne udsagn for, hvad de finder motiverende for at deltage i indsatsen

*Gravid og Glad*. Undertemaet hertil er *Interesse for egen sundhed, Praktiske elementer, Forblive i arbejde* og *Indsatsen indhold*, som alle er parametre med betydning for de gravides deltagelse.

Temaerne *Interesse for egen sundhed* og *Praktiske elementer* fremstår uændret fra trin to. Egen sundhed forbindes af de gravide med fysisk velbefindende, hvor de praktiske elementer omhandler lokalisering og tidspunkt for indsatsen.

Temaet *Forblive i arbejdet* blev dannet ud fra temaerne *Nedbringe sygefraværet* og *Lederen* og dækker over de gravides egen motivation for at være i arbejde indtil barsel. Derudover handler det om lederens holdning til at de gravide deltager i indsatsen.

Temaet *Indsatsens indhold* fremkom ud fra temaerne *Fællesskab, Træning* og *Synlighed af Gravid og Glad* og omhandler, hvorledes de gravide finder selve indholdet i indsatsen motiverende.

### ***Udfordrende faktorer***

Det overordnede tema *Udfordrende faktorer* indeholder undertemaerne; *Praktiske barrierer, Arbejdskultur* og *Synlighed af Gravid og Glad*.

De praktiske barrierer blev dannet på baggrund af temaerne *Praktiske barrierer, Afstand, Viden om kollegas fravær* og *Personlige forhold* fra trin to. Eftersom alle fire temaer omhandler praktiske elementer, blev de sammenlagt under temaet *Praktiske barrierer*.

Temaet *Arbejdskultur* bygger på hvilke elementer på arbejdspladsen, der har betydning, for om de gravide føler, at det er okay at forlade arbejdspladsen til fordel for at tilgodese egen sundhed. Dette tema blev dannet ud fra *Personlige forhold, Arbejdskultur* og *Lederen* fra trin to.

Sidste tema *Synlighed af Gravid og Glad* står uændret fra trin to og omhandler de gravides perspektiv på indsatsens synlighed og rekrutteringsstrategi.

### ***Forslag til forandring***

Under det overordnede tema *Forslag til forandringer* findes tre undertemaer; *Forbedring af rekrutteringsstrategien, Arbejdskultur* og *Afstand*.

Temaet *Forbedring af rekrutteringsstrategien* blev dannet ud fra *Information til leder eller anden ressourceperson, Skriftlig information, Medarbejderportal* og *Information om indsatsen*. Alle disse temaer omhandler netop elementer, de gravide mener kan medvirke til, en bedre rekruttering af deltagere. De resterende to undertemaer, *Arbejdskultur* og *Afstand* fremstår uændret fra trin to og indeholder forslag til, hvorledes arbejdspladserne kan inddrages for at arbejdskulturen bedre kan fordre til deltagelse. Derudover omhandler det betydningen at ændre tid og sted for træningsseancerne og netværksmøderne, for derved at øge deltagelsen i *Gravid og Glad*.

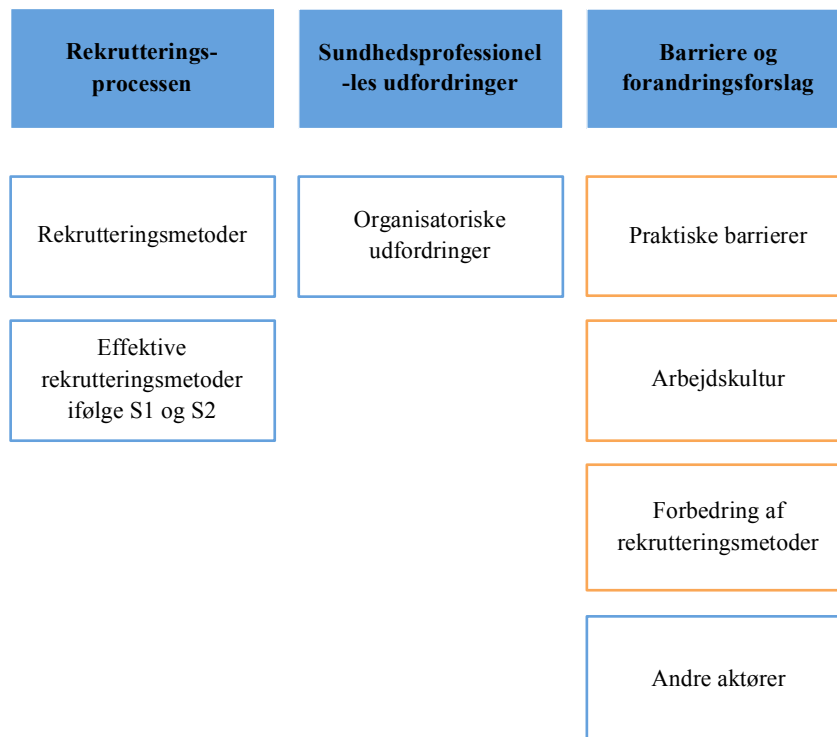
Således udmunder *operationaliseringen* i trin tre i 11 undertemaer fordelt under de fire overordnede temaer.

## 9.2 Dyadisk interview

Som nævnt i analysestrategien, afsnit 6.4, er det dyadiske interview bygget op omkring de overordnede temaer, som er udsprunget fra fokusgruppeinterviewet, hvorfor der primært er arbejdet deduktiv i denne del af analysen.

Der blev i transskriptionen af dette interview identificeret en række meningsbærende enheder, som i trin to blev inddelt i følgende 14 temaer: *Medarbejderbladet 'Vores'*, *Chefteamets 5 minutter*, *Arbejds miljørepræsentant*, *Pjecer*, *Kontakt til lønsagsbehandler*, *Info på ledermøde*, *Medarbejderportalen*, *Telefonisk kontakt*, *Organisatoriske udfordringer*, *Lokalitet*, *Arbejdstider*, *Arbejds kultur*, *Synlighed af Gravid og Glad* samt *Inddragelse af praktiserende læge*. Disse blev placeret under de respektive overordnede temaer fra interviewguiden, se afsnit 6.2. Ligesom fremgangsmåden i analysen af empiri fra fokusgruppeinterviewet er de 14 temaer operationaliseret, hvorved nogle blev slået sammen og andre er ændret til mere dækkende temaer, se bilag 8.2.

Dette illustreres i nedenstående figur 12. De blå kasser symboliserer, som i ovenstående afsnit de overordnede temaer, som er fremkommet på baggrund af specialegruppens deduktive tilgang. De hvide kasser med blå kant illustrere temaerne, der er fremkommet med afsæt i den induktive tilgang, og slutteligt illustrerer de hvide kasser med orange kant de undertemaer, som er medtaget fra fokusgruppeinterviewet, hvormed de også er fremkommet ud fra en deduktiv analyse.



Figur 12 Overordnede temaer og undertemaer fra dyadisk interview.

### ***Rekrutteringsprocessen***

Det overordnede tema *Rekrutteringsprocessen* tager udgangspunkt i de sundhedsprofessionelles oplevelser, og hvilke metoder der er anvendt i forhold til rekrutteringen til *Gravid og Glad*, og indeholder undertemaerne; *Rekrutteringsmetoder* og *Effektive rekrutteringsmetoder ifølge S1 og S2*. Temaet *Rekrutteringsmetoder* blev dannet ud fra *Medarbejderbladet 'Vores'*, *Chefteamets 5 minutter*, *Arbejds miljørepræsentant*, *Pjecer*, *Kontakt til lønsagsbehandler*, *Info på ledermøde*, *Medarbejderportalen* og *Telefonisk kontakt*.

Temaet *Effektive rekrutteringsmetoder* fremstår uændret fra trin to, eftersom dette tema indeholder de sundhedsprofessionelles formodninger om, hvilke rekrutteringsmetoder der er mest effektive.

### ***Sundhedsprofessionelles udfordringer***

Det overordnede tema *Sundhedsprofessionelles udfordringer* dækker over de sundhedsprofessionelles syn på, hvilke udfordringer de ser som de største. Hertil fremkom ét undertema *Organisatoriske udfordringer*.

### ***Barrierer og forandringsforslag***

Det overordnede tema *Barrierer og forandringsforslag* er primært baseret på de udfordringer og forandringsforslag, som de gravide italesatte under fokusgruppinterviewet, og undertemaerne er; *Praktiske barrierer*, *Arbejds kultur*, *forbedring af rekrutteringsstrategi* og *Andre aktører*. Disse

undertemaer er, jf. BIKVA-modellen, afsnit 5.3.2, videreført fra fokusgruppeinterviewet og danner ramme for noget af det dyadiske interview, hvilket betyder, at temaerne forbliver uændret. Derfor fremstår temaerne med orange kantfarve i ovenstående figur 12.

Temaet *Praktiske barrierer*, blev i interviewguiden for det dyadiske interview udfoldet til *lokalitet og arbejdstider*, jf. bilag 6.2, eftersom det var ønsket, at de sundhedsprofessionelle skulle forholde sig til alle de udfordringer, som de gravide oplever. Dog blev temaerne endnu en gang, i operationaliseringen af dette interview, slået sammen under ét tema, *Praktiske barrierer*, eftersom de vurderes at omhandle praktiske forhold.

Temaet *Arbejdskultur* er efter operationaliseringen forblevet uændret fra trin to, eftersom det er fundet dækkende for indholdet. Dette tema indeholder de sundhedsprofessionelles holdning til de gravides oplevelser herfor, samt forslag til hvordan udfordringer ved arbejdskulturen kan imødekommes.

Temaet *Synlighed af Gravid og Glad* blev ændret til et mere dækkende tema, *Forbedring af rekrutteringsmetoder*, eftersom de sundhedsprofessionelle bidrog med flere aspekter til temaet og forslag på forandringstiltag, som ikke kun omhandler synligheden af indsatsen.

Endeligt blev temaet *Andre aktører* dannet ud fra *Inddragelse af praktiserende læge*, men da der i interviewet blev nævnt andre aktører end lægen, blev det fundet mere relevant at omtale temaet som *Andre aktører*. Temaet er et nyt aspekt, som fremkom under interviewet.

Således fremkom der syv temaer efter operationaliseringen af det dyadiske interview: *Rekrutteringsmetoder*, *Effektive rekrutteringsmetoder*, *Organisatoriske udfordringer*, *Praktiske barrierer*, *Arbejdskultur*, *Synlighed af Gravid og Glad* samt *Andre aktører*.



# Kapitel 10

## ANALYSE OG DISKUSSION

## 10.0 ANALYSE OG DISKUSSION

Dette kapitel udgør trin fire i analyseprocessen og har til formål at besvare problemformuleringen i nærværende speciale, hvorfor der her fokuseres på både de gravide og de sundhedsprofessionelles oplevelser af rekrutteringen til *Gravid og Glad* samt en præsentation af deres forslag til mulige forbedringer. Forslagene vil blive udfoldet i kapitel 11.0. Foruden en analyse af de gravide og de sundhedsprofessionelles udsagn fra interviewene, vil udsagnene løbende blive sammenholdt og diskuteret med tilgængelig viden, fundet gennem den systematiske litteratursøgningen og specialegruppens forforståelse. Dette for at undersøge, hvorvidt de gravide og de sundhedsprofessionelles oplevelser og udsagn udelukkende gør sig gældende i nærværende case, eller om der ses en tendens på et højere samfundsniveau. Såfremt det viser sig som værende en større tendens, vurderes de inddragede studiers resultater, at kunne anvendes som inspiration til fremtidige forbedringer af rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad*.

Analysen er bygget op omkring de undertemaer, som er beskrevet i analyseprocessen, jf. kapitel 9.0, dog er enkelte temaer placeret under andre overordnede temaer, eftersom det findes naturligt og relevant at analysere og diskutere disse i samspil med de resterende undertemaer under samme overordnede tema. Operationaliseringen beskrives nærmere efter nedenstående figur.

Rekrutteringsprocessen	Motiverende faktorer (Gravide)	Barrierer (Gravide)	Sundhedsprofessionelles udfordringer	Forandringsforslag
Rekrutteringsmetoder	Interesse for egen sundhed	Praktiske barrierer	Organisatoriske udfordringer	Praktiske barrierer
Effektive rekrutteringsmetoder ifølge S1 og	Praktiske elementer	Arbejdskultur		Arbejdskultur
Information	Forblive i arbejde			Forbedring af rekrutteringsmetoder
	Indsatsens indhold			Andre aktører

Figur 13 Oversigt over hvordan temaer fra de to interviews er samlet.

Ovenstående figur 13 er en sammensmeltning af de overordnede temaer fra henholdsvis fokusgruppeinterviewet og det dyadiske interview. Det er dog hovedsageligt temaerne, som er anvendt i de dyadiske interview, der danner grundlag for den samlede figur. Det overordnede tema *motiverende faktorer (gravide)* er ikke videreført fra fokusgruppe til det dyadiske interview, hvorfor dette tema er taget direkte fra fokusgruppeinterviewet.

Undertemaet *Information*, som i fokusgruppeinterviewet er placeret under det overordnede tema *Baggrundsoplysninger*, er i den samlede figur placeret under *Rekrutteringsprocessen*. Denne omplacering er foretaget, idet temaet *Information*, udover at indeholder oplysninger om casens deltagere, også indeholder oplysninger om, hvordan de gravide er rekrutteret til *Gravid og Glad*, hvilket er en relevant information at medtage videre i analyse og diskussionen. Desuden er det overordnede tema *Barrierer og forandringsforslag*, for overskuelighedens skyld, opdelt i henholdsvis barrierer og forandringsforslag, hvilket gør det nemmere at arbejde med i analyse og diskussionen. Adskillelsen betyder, at der i det nedenstående er skabt et bedre overblik over, hvilke udfordringer de gravide oplever, versus hvilke udfordringer de sundhedsprofessionelle oplever. Det overordnede tema *Forandringsforslag* bygger dog på forslag fra begge interviews og dermed begge perspektiver.

Analyse- og diskussionskapitlet indledes med undertemaet *rekrutteringsprocessen*, og fortsætter derefter i samme rækkefølge, som det er vist i figuren.

### **10.1.1 Rekrutteringsprocessen**

I nedenstående temaer præsenteres hvordan den egentlige rekruttering til *Gravid og Glad* foregår, og hvilke rekrutteringsmetoder de sundhedsprofessionelle formoder er mest effektive. Ydermere beskrives hvordan de gravide, er rekrutteret, og har fået kendskab til indsatsen, for at illustrere eventuelle misforhold mellem de gravides oplevelser versus de sundhedsprofessionelles beskrivelse af rekrutteringen.

Første afsnit 10.1.1.1 er således af mere beskrivende karakter, eftersom afsnittet har til formål at skabe en forståelse for hvilken rekrutteringsstrategi, der er tilknyttet *Gravid og Glad*, og hvordan disse er praktiseret ekspliciteret af de sundhedsprofessionelle. I dette afsnit inddrages ikke fund fra videnskabelige studier.

De efterfølgende afsnit er af mere analyserende og diskuterende karakter.

#### **10.1.1.1 Rekrutteringsmetode**

Rekruttering af gravide deltagere til indsatsen *Gravid og Glad* foretages på flere forskellige måder. I det dyadiske interview beskriver de sundhedsprofessionelle de forskellige rekrutteringsmetoder, som blandt andet består af en artikel i medarbejderbladet *Vores* i MSO, hvori indsatsen og dens



formål beskrives. Desforuden er det forsøgt at nå ud til de forskellige ledere på arbejdspladserne gennem et fagligt lederforum og forsøgt at informere om indsatsen derigennem. De sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at rekrutteringsmetoderne blev igangsat i opstarten af *Gravid og Glad*, men sidenhen ikke er gentaget. Ydermere har de sundhedsprofessionelle udarbejdet et slideshow om *Gravid og Glad*, som blev præsenteret af en ledende arbejdsmiljørepræsentant, hvis rolle bestod i at holde oplæg om sygefravær ude på de enkelte arbejdspladser. I den forbindelse var det ønsket, at arbejdsmiljørepræsentanten skulle inddrage *Gravid og Glad* i sit oplæg, eftersom dette også fokuserede på nedbringelse af sygefravær blandt medarbejderne på arbejdspladserne. De sundhedsprofessionelle er dog usikre på, hvorvidt den pågældende arbejdsmiljørepræsentant har gjort brug af dette slideshow og de informationer, som blev medgivet: “(...) hvor meget hun er nået ud og omkring, det ved jeg faktisk ikke, jeg har ikke haft kontakt med hende siden, fordi det var lige der jeg gik på barsel. Så om hun nogensinde anvendte det eller ej, det ved jeg faktisk ikke (...)” (S2).

Dette citat illustrerer, hvorledes den omtalte rekrutteringsmetode tages i brug, hvorefter de sundhedsprofessionelle ikke har fulgt op på det de har igangsat. Således kan det tolkes at være uvist, hvorvidt de omtalte metoder kan betragtes som en aktiv og effektiv del af rekrutteringen til *Gravid og Glad*, eftersom de ikke er gentaget siden *Gravid og Glads* opstart i 2014, og heller ikke er blevet evalueret løbende.

Foruden ovennævnte metoder er udlevering af pjecer også en del af rekrutteringen til *Gravid og Glad*. Pjecerne udleveres på de forskellige arbejdspladser i MSO af de sundhedsprofessionelle selv. Men også ved denne metode udtrykker de sundhedsprofessionelle en usikkerhed omkring, hvorvidt pjecerne bliver læst af de gravide medarbejdere: ”Andre steder havde man lidt indtrykket af, at der blev de lagt i et hjørne, måske, og så ved man ikke rigtigt hvad det er blevet til ... om der er gjort mere ved det” (S2). Ud fra dette citat kan det ydermere tolkes, at der ikke bliver fulgt op på denne metode i forhold til hvor disse pjecer havner henne, om de bliver set og læst af de gravide, og om de er effektive i forhold til at rekruttere deltagere til *Gravid og Glad*.

Således tegner der sig et mønster i forhold til rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad*. De sundhedsprofessionelle formår at sætte mange skibe i vandet, idet de gør brug af forskellige rekrutteringsmetoder, men de formår umiddelbart ikke at følge op på de forskellige metoder og deres virkning i forhold til rekrutteringen, hvorfor det vurderes, at nogle skibe går på grund. Således kan det tænkes, om den lave tilslutning til *Gravid og Glad* også bærer præg af et manglende kendskab til indsatsen.

Som noget nyt har de sundhedsprofessionelle valgt at gøre brug af endnu en rekrutteringsmetode, som i *Gravid og Glads* eksisterende periode, ikke tidligere er praktiseret. Denne metode forsøger også at inkludere de udarbejdede pjecer, som på aktuelle tidspunkt formodes at havne steder, hvor medarbejderne ikke registrerer dem. Den projektansvarlige, som udgør en af de sundhedsprofessionelle, har skrevet rundt til alle lønsagsbehandlere i de forskellige områder og bedt dem informere deres medarbejdere om *Gravid og Glad*, så snart de oplyses om en medarbejders graviditet. Følgende citat uddyber denne rekrutteringsmetode:

*”Det sidste jeg lige har siddet og gjort det er, at jeg har skrevet rundt til alle lønsagsbehandlere i Sundhed og Omsorg, og lønsagsbehandlere det er dem, der sidder og egentligt har den første kontakt med de gravide, for det er dem der sidder og sender barselsskemaer ud. Så lige så snart en gravid har meddelt, at hun er gravid, og det gør hun jo omkring 12,13,14 stykker (taler om graviditetsuger), når hun har været til den første scanning, så sender de her lønsagsbehandlere, de sender simpelthen barselsskemaet ud, og der har jeg fået dem til at vedhæfte et link til pjecen, så vi ihvertfald er sikre på fra nu af at alle gravide kender til tiltaget” (S2).*

Eftersom denne metode først er igangsat en uge forinden det dyadiske interview, er det endnu ikke muligt at vurdere effekten heraf i forhold til rekruttering af deltagere. Dog er S1 blevet informeret om at metoden praktiseres, eftersom hun allerede er bekendt med en gravid, som har modtaget informationen gennem lønsagsbehandleren.

De sundhedsprofessionelle giver i interviewet udtryk for, at involveringen af lønsagsbehandleren er foregået uden tilladelse fra den øverste ledelse, som reelt set burde have fundet sted. Denne foretagelse begrundes de med, at vejen til tilladelsen har været lang, og at de nu var nået til et punkt, hvor de ønskede fremskridt og udvikling af indsatsen.

Skal indsatsen *Gravid og Glad* kunne tilbydes på arbejdspladserne i arbejdstiden og skal de gravide medarbejdere informeres om dette tiltag, kræver det tilladelse fra den øverste ledelse. De sundhedsprofessionelle udtaler dog, at det kan være vanskeligt at få kontakt med den øverste ledelse og informere dem om indsatsen, eftersom de ikke må tage direkte kontakt dertil og eftersom den pågældende kommune har gennemgået nogle organisationsændringer. Ændringerne i organisationen har resulteret i manglende overblik og struktur blandt de sundhedsprofessionelle, i forhold til hvordan og hvem de må og kan kontakte og hente tilladelser hos. Den manglende struktur og det manglende overblik vurderer de sundhedsprofessionelle også kan have indflydelse på rekrutteringen:

*”(...) vi har fået lidt at vide, jamen I må ikke mase på, I må ikke kontakte nogen direkte, så har det altså været svært sådan at komme ud og rekruttere nogen” (S1).*

*”Jeg kan virkelig mærke, at det er en ny organisation for mig, altså jeg har ikke mailboks, jeg aner ikke noget om organiseringen i det, så det er altså svært at finde ud af hvem man skal ringe til overhovedet ... Så det der med at kende strukturen og hele organisationen på forhånd, det giver altså nogle spændende muligheder”* (S1).

Ydermere har den projektansvarlige på *Gravid og Glad* været på barsel kort efter indsatsens opstart, hvorfor dennes arbejdsopgaver har været uddelegeret til andre. Dog har der primært, grundet travlhed, været fokus på at sådan noget som træningen af de gravide, som er en del af *Gravid og Glads* tilbud, blev vægtet højt, hvorved opgaver som rekruttering af deltagerer er blevet nedprioriteret. Dette vurderer de sundhedsprofessionelle også har svækket tilslutningen:

*“(...) sideløbende har S1 jo været på og X var i mit barselsvikariat, men kun egentligt til at varetage træningen og så den daglige mailkorrespondance med de gravide, så jeg tror ikke hun har haft tid og indsigt nok til at begynde at tænke rekruttering, eller det har hun helt sikkert ikke. Det har ikke været hendes fokus, altså hun har mange andre arbejdsopgaver, så det har primært været træningen og den daglige dialog med dig også (henvender sig til S1) og X”* (S2).

Der hersker således bevidsthed om, at enkelte fokusområder kan have påvirket rekrutteringsprocessen, hvilket netop eksemplificeres i ovenstående citater.

De sundhedsprofessionelle udtaler, at de har særlig fokus på de overordnede rammer for indsatsen, som kan have hæmmet rekrutteringsprocessen. Herunder nævner de blandt andet deres egne og andres impliceredes roller og varetagelse af opgaver samt den øverste ledelse på arbejdspladserne. Derimod fokuserer de i mindre grad på hvorvidt de anvendte rekrutteringsmetoder, som allerede er taget i brug, vurderes at være effektive eller mindre effektive i forhold til rekrutteringen og dermed også kan tillægges betydning.

De sundhedsprofessionelle spørges under interviewet ind til medarbejderportalen, som er en rekrutteringsmetode der har til hensigt at promovere *Gravid og Glad* på medarbejdernes intranet, idet de ikke selv bringer metoden på banen. Det kan diskuteres hvorvidt den manglende italesættelse skyldes et overordnet manglende fokus på de anvendte metoder, som overskygges af et fokus på de overordnede rammer, eller om det blot er en forglemmelse.

Dog hersker der også tvivl om, hvorvidt denne metode er funktionel og stadig flourerer på intranettet:

*”Jamen det har egentligt kørt med sådan nogle bannere nærmest inde på portalen, hvor der sådan popper op i ny og næ: Gravid og Glad. Det er ligesom forsiden af*

*pjecen man ser. Jeg ved ikke hvornår den er poppet op sidst, det er ligesom kommunikationssystemet, som sidder med den del (...)" (S2).*

De sundhedsprofessionelle beskriver ydermere, hvorledes denne portal også indeholder information til ledelsen omkring indsatsen, herunder hvor meget den fylder, og hvad der findes af tilbud til de gravide, eftersom den netop foregår i arbejdstiden. Således vurderes denne metode at være målrettet både den gravide medarbejder, men også dennes leder, hvilket formodes at være ideelt, såfremt dette forum også bliver anvendt. Med denne rekrutteringsmetode ligger også en mulighed i, at informere ledelsen uden at foretage opkald og 'mase sig på'.

#### **10.1.1.2 Effektive rekrutteringsmetoder**

Da de sundhedsprofessionelle spørges ind til deres formodninger om, hvilke af de nævnte rekrutteringsmetoder de finder mest effektive nævnes metoderne: mund-til-mund, inddragelse af lønsagsbehandler samt medarbejderportalen. Begrundelsen for en mund-til-mund metoden er effektiv beror sig på et eksempel, hvor S1 var blevet informeret om, at en gravid havde ladet sig inspirere af en anden gravid kollega, som takket være indsatsen havde kunnet fortsætte sit arbejde frem til barselsperioden uden gener og havde været yderst positiv omkring dets tilbud.

S2 tolker dette eksempel som positive ringe der spredes i vandet: *"Det er sådan nogle positive ringe der ligesom, håber jeg ihvertfald, må spredes i vandet ude i områder"* (S2), hvilket er med til at begrunde hendes argument for at anse denne metode som værende en af de mest effektive. De sundhedsprofessionelles antagelser om mund-til-mund metoden som værende en af de mest effektive, bakkes op af studierne af Groeneveld et al (2009) og Koopmans (2012) der finder, at rekrutteringsstrategier, hvor informationen formidles ansigt til ansigt, fordrer til størst deltagelse.

Inddragelsen af lønsagsbehandlere, som en effektiv metode, begrundes af de sundhedsprofessionelle ud fra den kontinuerlige vedhæftning af information omkring *Gravid og Glad* til barselsskemaerne. Slutteligt vurderer S1 at medarbejderportalen også formodes at være effektiv, eftersom informationen derinde ikke i samme omfang kan havne i de forkerte bunker, hvorved hun sammenligner med pjecerne, som de afleverer fysisk på de pågældende arbejdspladser:

*"Jeg tror ikke så meget på den (refererer til pjecen), jeg tror lidt de lander i bunken. Altså det er store steder og jeg kan godt være i tvivl om de lige lander, det er jo en bred gruppe, det er jo ikke kun inde på social- og sundhedshjælperne, det er jo også kontorassistenter. Jeg tror mere på noget, på nettet, må jeg indrømme"* (S1).

De sundhedsprofessionelle udtaler begge, at udlevering af pjecer formodes at være den mindst effektive rekrutteringsmetode, hvilket bakkes op af Koopmans et al (2012) som finder, at rekrutteringsstrategier som pjecer i venterummet fordrer lav deltagelse.

Således anvendes mange forskellige rekrutteringsmetoder til *Gravid og Glad*. Tendensen er dog, at metoderne igangsættes, men de sundhedsprofessionelle formår ikke at gentage de forskellige rekrutteringsseancer, ligesom de ikke formår at følge op på deres effekter undervejs. I stedet har de sundhedsprofessionelle brugt kræfter på at igangsætte endnu en rekrutteringsmetode, nemlig inddragelse af lønsagsbehandlere, og det tolkes, at de sundhedsprofessionelles primære fokus ligger på de overordnede rammer, som værende hæmmende for rekrutteringsprocessen, frem for de allerede anvendte metoder. Dette udfoldes yderligere under temaerne *Barrierer* afsnit 10.1.3, *Sundhedsprofessionelles udfordringer* afsnit 10.1.4, samt *forandringsforslag* i afsnit 10.1.5.

### **10.1.1.3 Information**

I fokusgruppinterviewet ekspliciterer de gravide deres kendskab til *Gravid og Glad*, som samtidig refererer til måden, hvorpå de er rekrutteret til indsatsen.

Størstedelen af de gravide fortæller, at de er rekrutteret gennem mund-til-mund metoden med forskellige 'afsendere' af budskabet. Dette stemmer godt overens med de sundhedsprofessionelles antagelser om, at denne metode er effektiv, ligesom det bakkes op af fund fra studierne af Groeneveld et al (2009) og Koopmans et al (2012). Dog nævner de gravide ikke medarbejderportalen som rekrutteringsmetode, dette blev ellers vurderet som værende effektiv af de sundhedsprofessionelle, hvilket indikerer, at der kan være tale om et misforhold mellem de gravides og de sundhedsprofessionelles oplevelser af rekrutteringen. Lønsagsbehandleren, som også blev antaget, af de sundhedsprofessionelle, som værende en effektiv rekrutteringsmetode, nævnes heller ikke af de gravide. Men eftersom denne metode først er taget i brug for ganske nylig er det naturligt, at de gravide i nærværende case ikke har kunnet formidles derigennem.

Flertallet af de gravide nævner en kollega, som afsender af budskabet, og en enkelt nævner lederen. De pågældende kolleger som har spredt budskabet, og dermed informationen om *Gravid og Glad*, har tidligere selv benyttet sig af indsatsen og været positive omkring denne. Dette stemmer godt overens med S2's definition af positive ringe, der spredes i vandet i de forskellige områder.

Et studie af Abrahamsson et al (2015) finder endvidere, at et godt førstehåndsindtryk er vigtig i anbefalingen af en indsats og bevirke større tilslutning. Dette vurderes at være tilfældet med ovenstående eksempel, hvor de gravide i nærværende case har truffet et valg om at deltage på baggrund af tidligere deltageres positive oplevelser af *Gravid og Glad*.

Den gravide deltager, der blev informeret gennem sin leder, fik udleveret en pjece som supplement til den mundtlige information og blev bedt om at melde tilbage, såfremt hun ønskede at deltage. Således kan det diskuteres, hvorvidt pjecen overvejende bør ses som et supplerende

informationsmateriale og ikke som en selvstændig metode i forhold til at rekruttere deltagere, eftersom de sundhedsprofessionelle udtrykker usikkerhed omkring metodens effektivitet, lige såvel som den anses som en mindre effektiv rekrutteringsstrategi i studiet af Koopmans et al (2012).

En af de gravide i nærværende case har dog udelukkende fået information omkring *Gravid og Glad* gennem pjecen. Hendes tilegnelse af pjecen bygger dog mere på tilfældigheder end en egentlig planlagt rekrutteringsmetode:

*”Jeg lånte tilfældigvis frivilligkoordinatorens kontor, hvor der var sådan en folder om Gravid og Glad. Og så kan jeg bare huske, at der stod sådan et eller andet, jeg vidste jo ikke hvem det henvendte sig til, så den gik jeg ind og læste i da det var. Jeg fik ikke noget at vide af nogen” (G5).*

Til trods for at den gravide i ovenstående citat erhvervede sin information om *Gravid og Glad* gennem pjecen, vurderes metoden fortsat som værende usikker eftersom ovenstående seance bygger på tilfældigheder. Den gravide udtrykker ligeledes, at hun *”jo ikke ved hvem det (indsatsen) henvendte sig til”*. Dog vælger hun at lade sig påvirke af sin nysgerrighed og se nærmere på pjecen. Det kan diskuteres, hvorvidt alle gravide besidder denne nysgerrighed eller om en lige så stor andel ville lade pjecen ligge, hvis de ikke er bekendt med, at indsatsen henvendte sig til dem.

Såfremt pjecen anvendes som supplerende informationsmateriale til en mundtlig metode, formodes det, at den pågældende afsender, i forbindelse med udleveringen af pjecen, mundtligt formidler at pjecen netop *er* henvendt til gravide, hvorved det vurderes, at nysgerrigheden og interessen for pjecen øges.

Slutteligt er der to gravide, der qua deres arbejde har haft kendskab til indsatsen, hvorved deres interesse er blevet vakt og en tilslutning til indsatsen har fundet sted. De har begge arbejdet under samme tag, som *Gravid og Glad* finder sted. En af de gravide har sågar fungeret som arbejdsmiljøkonsulent og har derigennem medvirket til at informere andre gravide om tiltaget.

Velvidende at de sundhedsprofessionelle gør brug af en lang række forskellige rekrutteringsmetoder, findes det paradoksalt, at størstedelen af de gravide er rekrutteret gennem andre metoder, end dem de sundhedsprofessionelle har iværksat, eksempelvis formidling gennem kolleger eller kendskab til indsatsen grundet deres arbejdsopgaver. Kun én er rekrutteret gennem sin leder og én gennem pjecen via tilfældigheder.

Jævnfør afsnit 6.1.1.3 viser data fra spørgeskemaet, som er givet til alle gravide i forbindelse med deres deltagelse i *Gravid og Glad*, at hele 43 % af alle de gravide, der har deltaget i *Gravid og Glad*, er rekrutteret gennem deres leder, samt at op imod 30 % er rekrutteret gennem en kollega. Således stemmer spørgeskemaets data ikke overens med udsagn fra deltagerne i nærværende case, eftersom kun én ud af syv har fået kendskab gennem ledelsen. Det kan således diskuteres, hvorvidt

organisationsændringerne i Folkesundhed Aarhus, som beskrevet af S2 i afsnit 10.1.1.1, kan have forårsaget en mere usynlig og mindre informationsrig ledelse, hvad angår promovning af *Gravid og Glad*. Således tyder det på, at de anvendte metoder skal tillægges større fokus, hvilket medtænkes i udarbejdelsen af forbedrende forandringsforslag i kapitel 11.0. Ydermere findes det relevant at opnå forståelse for, hvilke faktorer der motiverer eller udfordrer de gravide i forhold til at tilslutte sig indsatsen, hvilket formodes også at have betydning for rekrutteringen. Dette vil blive udfoldet i nedenstående temaer.

### **10.1.2 Motiverende faktorer**

I nedenstående temaer beskrives hvilke faktorer, der motiverer de gravide til at deltage i *Gravid og Glad*. Dette for at fremhæve nogle positive elementer, som kan medtænkes i udarbejdelsen af konkrete forandringsforslag til indsatsen, eftersom de kan motivere til en større tilslutning.

#### ***10.1.2.1 Interesse for egen sundhed***

Motivationen for at deltage i *Gravid og Glad* beskrives af samtlige gravide, at være baseret på egen interesse, hvorfor denne interesse formodes at være en af de største motivationsfaktorer. Således er der tale om de gravides egne mål og ønsker om deltagelse, hvilket ifølge Wackerhausen betegnes som *ægte mål*, jf. afsnit 2.8.

En af de gravide fortæller blandt andet, at hendes deltagelse i *Gravid og Glad* også bunder i, at hun finder det vigtigt at holde sig aktiv: *“Det har helt klart også været af egen interesse, og som G6 også siger, vigtigheden i at holde sig igang”* (G1), ligesom en anden gravid giver udtryk for, at det er vigtigt at forebygge sygdom under graviditet: *“Jeg synes det må være hårdt at skulle blive erklæret sengeliggende, så hvis man ligesom kan forebygge noget af det”* (G3). Denne interesse stemmer godt overens med studiet af Lakerveld et al (2008) som finder, at de primære grunde for deltagelse i en sundhedsintervention skyldes helbredsmæssig interesse, ligesom Bardus et al (2014) finder, at helbredsrelaterede indsatser motiverer folk til at deltage.

Kun få af de gravide i nærværende case har oplevet gener forbundet med deres graviditet. En af de gravide nævner blandt andet, at hun tidligere har døjet med bækkenløsning, som hun ønsker at undgå: *“Jeg havde bækkenløsning sidste gang jeg var gravid og det vil jeg da rigtig gerne undgå”* (G6) og *“(…) lederen opfordrede også til det, fordi jeg tidligt fik noget bækkenløsning”* (G7), hvormed deres motivation for deltagelse beror sig på, at undgå tilbagevenden eller forværring af gener, hvilket fysisk aktivitet netop kan imødekomme, jf. 2.32.. Dette fund bakkes op af Bardus et al (2004), som finder, at interessen for at forbedre eget helbred fordrer til deltagelse i sundhedsinterventioner. Således illustrerer ovenstående citater en tendens, som ikke kun gør sig gældende i nærværende case, men ligeledes findes udbredt i samfundet.

Foruden de mere helbredsrelaterede grunde giver de gravide udtryk for, at indsatsen på det mere overordnede plan er rigtig god og de er glade for at deltage: “(...) *Jeg synes det er et sindssygt godt tilbud og kæmpe luksus, at man kan få lov til at træne og få noget vejledning i arbejdstiden (...)*” (G5). Hvis ikke selve indholdet eller formålet med indsatsen findes relevant eller spændende, vurderes det at kunne påvirke til ikke-deltagelse og i stedet virke demotiverende hos målgruppen (47).

Med afsæt i ovenstående bygger de gravides interesse for deltagelse på, at de generelt synes, indsatsen er god, at undgå tilbagefald af tidligere komplikationer, at undgå forværring af nuværende komplikationer, lige så vel som den er baseret på, at de gravide ønsker at forblive sunde.

I forbindelse med den enkeltes sundhed finder Groeneveld et al (2009) samt Wall & Teeland (2004), at personer der er tilfredse med egen sundhed, er mindre tilbøjelige til at deltage i sundhedsindsatser. Dette vurderes dog ikke at være tilfældet i nærværende case, eftersom flertallet af de gravide vælger at tilslutte sig indsatsen, trods en ukompliceret graviditet, hvormed de formodes at være tilfredse med graviditetens forløb. Det vides dog ikke om de gravide, som ikke oplever komplikationer forbundet med deres graviditet, føler sig mindre sunde på andre områder, og om de på baggrund af andre årsager vælger at deltage i *Gravid og Glad*. Såfremt dette er tilfældet, vurderes fund omkring deltagelse af Groeneveld et al (2009) samt Wall & Teeland (2004), at være sammenlignelige med nærværende case. Hvorvidt, de gravide føler sig mindre sunde på andre områder, fremgår dog ikke i specialets indsamlede empiri fra fokusgruppeinterviewet.

### **10.1.2.2 Forblive i arbejde**

Ønsket om at forblive i arbejdet frem til den endelig barselsperiode fremhæves også som værende en motivationsfaktor blandt de gravide. En af de gravide ekspliciterer det således:

*“Det har helt klart været en del af mine overvejelser, nu er G1 og jeg jo kollegaer og de to eneste fysioterapeuter ude på vores arbejde. G1’s vikar er lige startet og hun skal jo så nå at være i stilling til når jeg går fra, at så hun kan være med til at oplære min vikar også, så hvis jeg så smutter før tid, så står hun jo med en kæmpe opgave på, hun skal have løst. Så jeg vil rigtig nødig gå fra før”* (G5).

I ovenstående citat beskrives, hvordan den pågældende gravide ikke ønsker at bebyrde sine kolleger med ekstra arbejdsopgaver. Således vurderes dette scenarie også at være medvirkende til at motivere de gravide til at deltage i indsatsen hvor træningsseancerne, som tilbydes af *Gravid og Glad*, netop har fokus på at undgå graviditetsgener, som kan resultere i sygemeldinger før tid.

Ydermere beskriver en af de gravide i nærværende case, at det ligeledes må være en fordel for den pågældende leder, at de gravide forbliver i arbejde så længe som muligt. Dette uddybes dog ikke



yderligere i interviewet. Således tolkes ud fra ovenstående, at de gravide ikke udelukkende vælger at deltage for egen vindings skyld, men også med tanke på deres arbejdsplads, kolleger og leder.

I relation til arbejdspladsen finder studiet af Bardus et al (2014), at anbefalinger fra supervisor, kollega og/eller leder også motiverer medarbejderne til at deltage i sundhedsindsatser, hvilket ligeledes gør sig gældende og ekspliciteres af G7 i fokusgruppeinterviewet, der netop giver udtryk for hun foruden deltagelse af egen interesse, også blev opfordret af sin leder rundet bækkenløsning tidligt i forløbet. Lederens anbefaling formodes dermed også at være en medvirkende motivationsfaktor i ovenstående tilfælde for deltagelse i *Gravid og Glad* hos den pågældende gravide. Det kan dog diskuteres, hvorvidt det altid er motiverende at blive opfordret af sin leder til at deltage i en given indsats, såfremt opfordringen baseres på et mere objektivi syn. Derved risikeres, at det bliver ledelsens mål og ønsker der tilgodeses, mere end den enkelte gravides, hvormed hendes deltagelse i indsatsen er baseret på *uægte mål og ønsker* (55). Såfremt målene ikke er deres egne, og de ikke kan finde mening heri, kommer ledelsen til at fremstå som patere, hvilket formodes at mindske motivationen blandt de gravide, i forhold til at engagere sig i indsatsen (56,57). Dette er dog ikke tilfældet i nærværende case, eftersom G7 indledningsvis udtrykker, at deltagelsen i *Gravid og Glad* er baseret på egen interesse.

### **10.1.2.3 Praktiske elementer**

Der udtrykkes stor positivitet blandt de gravide deltagere over, at indsatsen ligger i arbejdstiden, hvilket de begrundes med, at det kan være svært at tilgodese sundhedsfremmende indsatser i en presset hverdag:

*”(...) Nu er vi rimelig presset derhjemme med to fuldtidsjob og en lille gut, så at kunne have det der træning og sådan noget inden for arbejdstiden, det synes jeg er et meget godt tilbud” (G5).*

*“(...) Hvis det ikke havde ligget i arbejdstiden, så havde jeg nok ikke kunnet faktisk. For så havde jeg skulle hjem og hente i børnehaven og så blev det for kompliceret” (G4).*

I relation til at hverdagen kan være presset, finder studierne af Lakerveld et al (2008), Groeneveld et al (2009) samt Wall & Teeland (2004), at barrierer for deltagelse i sundhedsindsatser ofte skyldes manglende tid i hverdagen, ligesom Lakerveld et al (2008) også finder, at økonomiske udgifter forbundet med sundhedsindsatser fordrer til ikke-deltagelse. Disse barrierer imødekommes af *Gravid og Glad* eftersom denne indsats ikke er forbundet med økonomiske udgifter for de deltagende, lige så vel som træningsseancer og netværksmøder udspiller sig i arbejdstiden, hvormed det ikke influerer på de gravides hverdagsliv.

Studiet af Wall & Teeland (2004) finder dog, at der også kan opstå arbejdsmæssige problematikker, som kan hindre deltagelse i indsatser, der udspiller sig i arbejdstiden. Dette udfoldes nærmere, i relation til nærværende case, under det overordnede tema *Barrierer* afsnit 10.1.3.

I fokusgruppeinterviewet fremstod træningsseancerne i *Gravid og Glad* som en form for pusterum for de gravide, hvormed deres arbejde efterfølgende synes mere overkommeligt:

*“Mine vagter er meget lange og kan slutte kl. 23 om aftenen (...) Så at man lige får lov til at komme her først, så bliver ens vagt forkortet på den måde” (G2).*

*“Jeg synes også at dagen bliver lidt mere overskuelig. Altså det med, at man bare går fra at have 37 timer til at have, med kørsel og de der ting (her menes transport til og fra træningen), 35 timer. Så er den der mandag bare sindssyg overskuelig lige pludselig. Så selvom det er få timer, så gør det ugen lidt nemmere på en eller anden måde” (G1).*

Med den afsluttende sætning i ovenstående citat: “(...) så gør det ugen lidt nemmere (...)”, vurderes *Gravid og Glad* således at være medvirkende til, at de gravide nemmere kommer igennem arbejdsdagen med fornyet energi og overskud til arbejdsopgaverne. Dette afbræk motiverer de gravide til deltagelse i indsatsen, ligesom det fastholder dem i arbejde, eftersom tingene synes mere overskuelige.

#### **10.1.2.4 Indsatsens indhold**

At træningsseancerne og netværksmøderne i *Gravid og Glad* varetages af personer med faglig ekspertise og viden om gravide tillægges stor betydning blandt deltagerne i fokusgruppeinterviewet, og er ligeledes medvirkende til, at de motiveres og tilslutter sig indsatsen:

*“(...) Jeg har også ved den forrige graviditet haft mega ondt i lænden og ryggen, så at kunne benytte mig af, at der var en fysioterapeut hernede, og få skemalagt noget træning, for ellers får jeg heller ikke trænet. Så det var ligesom det (refererer til spørgsmålet om hvad der motiverer dem), og så synes jeg også, at de der netværksmøder er noget, der giver rigtigt god mening” (G5).*

*“Så synes jeg bare kontra at gå i almindelig fitnesscenter, altså det er jo fedt at være sammen med nogen, som er i det samme som én selv og plus en underviser, som ved hvad hun snakker om” (G1).*

Som nævnt i afsnit 2.8 motiveres mennesker, når de finder mening i en given handling eller indsats. Dette vurderes at gøre sig gældende blandt ovenstående gravide, der netop ekspliciterer, at det giver “*rigtig god mening*”, at *Gravid og Glad* stiller en fysioterapeut og en jordemoder til rådighed, som de gravide kan rådføre sig med ved behov. Således sætter de gravide pris på at modtage en professionel vejledning af personer, der ved, hvad de snakker om, sammenlignet med at gå i fitnesscentre, hvor konteksten er en anden, og hvor brugerne og de professionelle har en anden tilgangsvinkel end de gravide.

Studiet af Abrahamsson et al (2015) finder, at der er seks gange større sandsynlighed for, at personer vil anbefale en indsats til andre, såfremt de sundhedsprofessionelle fremstår ansvarlige herfor. Således vurderes det at være fordelagtigt i promoveringen af *Gravid og Glad*, at de ansvarlige bag indsatsen er en jordemoder og en fysioterapeut, hvilket der netop gives udtryk for blandt de gravide i interviewet.

Ydermere findes sandsynligheden for en anbefaling dobbelt så stor, hvis behandlingen fra den sundhedsprofessionelle er kontinuerlig (49). Dette imødekommer *Gravid og Glad*, idet deres træningsseancer tilbydes *hver* mandag, ligesom deres netværksmøder tilbydes fast en gang om måneden, og jordemoderen er ligeledes tilgængelig fast hver fjortende dag i forbindelse med træningen. Dermed vurderes disse aspekter også at være medvirkende til at motivere til deltagelse.

Slutteligt fremgår det af sidstnævnte citat, at en af de gravide finder det motiverende, at hun gennem indsatsen også har mulighed for at møde andre i samme situation: “(...) *altså det er jo fedt at være sammen med nogen, som er i det samme som én selv (...)*”. Dette vurderes også, at kunne have betydning for rekrutteringen, selvom det kun nævnes af én, hvorimod langt størstedelen af de gravide italesætter muligheden for professionel vejledning, som værende motiverende. Det kunne have været interessant at udfolde yderligere, hvorvidt det ene aspekt vejede tungere end det andet. Dette er dog ikke udfoldet yderligere i nærværende speciale.

I ovenstående analyse og diskussion er der således fremfundet en række faktorer, som findes motiverende for de gravide. Faktorer som har været medvirkende til, at de gravide har valgt at takke ja til at deltage i *Gravid og Glad*. Der vil blive lagt vægt på disse faktorer i udarbejdelsen af de konkrete forandringsforslag, eftersom de netop bidrager positivt i forhold til rekrutteringen.

### **10.1.3 Barrierer (gravides)**

I nedenstående temaer fremstilles hvilke udfordrende faktorer, de gravide mener kan virke hæmmende på rekrutteringen til *Gravid og Glad*. Dette for at tydeliggøre hvilke aspekter der bør tages højde for i udarbejdelsen af forandringsforslagene, således en øget tilslutning kan tilstræbes.

### **10.1.3.1 Praktiske barrierer**

Den tid de gravide skal bruge på at fragte sig frem og tilbage mellem deres arbejdsplads og lokalerne, hvor træningen og netværksmøderne afholdes, betragtes af flere gravide som værende lang, hvilket en af interviewpersonerne mener kan være grunden til at nogle kolleger vælger indsatsen fra:

*”Ja. Men fravælger det (Gravid og Glad) fordi det ligger herinde og kun her (taler om en kollega)” (G7).*

*”Det har jeg i hvert fald hørt fra flere af mine kolleger, nu er jeg også helt ude i Syd, så det tager 20 minutter at køre ind. Og vi har flere der kommer fra Horsens, og den vej nedad, så de synes det er rigtig langt at køre, men det er jo stadig Aarhus Kommune, de arbejder i. Og der er nemlig også flere af dem som har børn de skal hjem til, og så tager det alligevel bare noget tid at komme ud af byen igen på det tidspunkt man skal ud” (G7).*

Således opleves tiden som en barriere blandt flere af interviewpersonernes kolleger. Dette fund bakkes op af Lakerveld et al (2008) samt Wall & Teeland (2004), som finder, at tiden spiller en afgørende rolle og ofte er den primære årsag til, at folk fravælger at deltage. Lakerveld et al (2008) finder dog, at afstanden for de ikke-deltagende og de deltagende er den samme hvorfor det vurderes, at der også er andre faktorer, der spiller ind blandt de ikke-deltagende, og at tiden i dette studie ikke kan betragtes som en afgørende faktor alene. Hvorvidt der er forskel på afstanden til lokationen for *Gravid og Glad* blandt de deltagende og ikke-deltagende i nærværende case, vides ikke, men det kan diskuteres hvorvidt de der vælger at deltage, har kortere transportafstand for at kunne deltage eller om de, trods en længere afstande, vægter faktorer, som eksempelvis egen sundhed eller samvær med ligesindede højere, jf. afsnit 10.1.2 *Motiverende faktorer*.

At træningsseancerne og netværksmøderne i *Gravid og Glad* er placeret om mandagen findes også udfordrende blandt en af de gravide i interviewet. Denne person er social- og sundhedsassistent, og har derfor skiftende arbejdstider, hvorfor hun i perioder er nødsaget til at arbejde i weekenderne: *”Jeg har haft nogle mandage efter mine arbejdsweekender, hvor jeg siger, det kan jeg simpelthen ikke holde til. Når jeg har været inde fredag, lørdag og søndag i mange timer, så har jeg bare måtte prioritere at slappe af i stedet for” (G2).* Interviewpersonen giver således udtryk for, at træning om mandagen kan være for hårdt efter weekendarbejde. Det formodes, at samme udfordring kan gøre sig gældende blandt hendes kolleger og andre ansatte i MSO med samme eller lignende erhverv. I

sådanne tilfælde kan det være en medvirkende forklaring på den lave tilslutning af social- og sundhedshjælpere, -assistenter og sygeplejersker til *Gravid og Glad*.

Som nævnt i afsnit 2.1 ses der et generelt højere sygefravær i branchen Sundhed og Socialvæsen uanset sektor, hvor den største andel af ansatte netop udgøres af sundhedsarbejdere, såsom SOSU-hjælpere, -assistenter og sygeplejersker. Denne fordeling gør sig ligeledes gældende i MSO, hvor nærværende case udspiller sig, ligesom det også er blandt disse der ses det største sygefravær. Det findes derfor vigtigt også at imødekomme gravide med skiftende arbejdstider, herunder weekendvagter. Det kan således diskuteres hvorvidt træningsseancerne og netværksmøderne skal placeres en anden dag end om mandagen, da placeringen er afgørende for deltagelsen, jf. ovenstående citat. Eftersom træningsseancen også betragtes som et pusterum af de gravide, jf. afsnit 10.1.2.3, vurderes det umiddelbart som værende fordelagtigt at placere dette afbræk midt på ugen frem for mandagen. Det er dog vigtigt at have for øje, at såfremt træningen og netværksmøderne flyttes til en anden dag, kan det få konsekvenser for andre deltagere på holdet, hvormed de kan blive forhindret i at deltage. Dette illustrerer, at det kan være svært at tilgodese alle gravide deltagere i MSO, ligesom der på denne baggrund kan opstå et etisk dilemma, såfremt udfaldet bliver, at de resterende gravide ønsker at fastholde mandag. Her bør de sundhedsprofessionelle således overveje, hvorvidt de ser størst muligheder forbundet med at tilgodese den enkelte gravide versus flertallet.

### **10.1.3.2 Arbejdskultur**

De gravide deltagere giver udtryk for en vis usikkerhed omkring, hvorvidt deres kolleger og ledere finder det acceptabelt, at de deltager i *Gravid og Glad* i arbejdstiden: ”(...) Så det har helt klart været sådan noget hvor jeg har overvejet, altså sender det et godt signal, at jeg bruger tid på det, altså, er det mon okay? Eller tænker de ‘hold da kæft skal hun nu også til det?’” (G5).

Det vides dog ikke, om denne usikkerhed og/eller bekymring er uden grund, eftersom de ikke konfronterer deres kolleger med deres oplevelser.

Enkelte gravide har dog forsøgt at fortælle deres leder om indsatsen og deres interesse herfor, hvortil lederens kommentar har været ganske kort. Dette har ligeledes resulteret i en tvivl omkring accepten for deltagelse:

*”Jeg kan egentligt godt følge dig, fordi jeg hørte det (information omkring Gravid og Glad) jo heller ikke fra min leder, men fra G1, og da jeg så går til min leder og siger, at det her vil jeg meget gerne, siger hun: Ja, men det er da også spændende. Altså det siger jo rigtig meget mellem linjerne”* (G6).

Den gravide giver således udtryk for en oplevelse af, at ønsket om deltagelse ikke bakkes op af den pågældende leder.

Det samme opleves af en anden af de gravide, som ønsker en direkte italesættelse fra ledelsen om, at det er acceptabelt og tilladt at deltage: *"Min leder egentligt, altså jeg ved godt, at jeg må det, men sådan signalværdien i selv at sige det, fordi der er ikke nogen der har sagt til mig, at der er det her, og det er du velkommen til"* (G5).

Det fremstår som en generel opfattelse, at der blandt de gravide i nærværende case var tvivl omkring opbakning fra deres kolleger og leder i forhold til deltagelse i *Gravid og Glad*.

Studiet af Bardus et al (2014) undersøger indre og ydre motivationsfaktorer for deltagelse og finder blandt andet, at anbefalinger fra ledere og kollega motiverer folk til at deltage. Således findes det vigtigt, at holdningen til *Gravid og Glad* findes positiv på arbejdspladserne af ledere såvel som kolleger, da en positiv holdning fordrer en positiv italesættelse, hvorved de gravides følelser, som beror sig på usikkerhed og tvivl, kan minimeres eller elimineres.

Desforuden bør der opfordres til dialog omkring *Gravid og Glad*, idet der med en italesættelse, positiv eller ej, synes at være en oplagt mulighed for at få diskuteret holdninger og få afklaret eventuelle spørgsmål til og omkring indsatsen, hvad angår de gravide, deres ledere og ikke mindst kolleger.

Foruden oplevelsen af tvivl og usikkerhed føler de gravide også en form for dårlig samvittighed over for deres leder, og giver udtryk for, at de tror det må være udfordrende for ledelsen, at få det hele til at gå op, de dage hvor de gravide er ude af huset grundet træning, netværksmøder eller andet i forbindelse med *Gravid og Glad*: *"Man kan vel også forestille sig, at det er lidt udfordrende for lederne, ik. For hvordan er det så lige jeg får det til at gå op"* (G3). Den dårlige samvittighed kommer også til udtryk i relation til deres kolleger: *"Men i starten da det ikke lige helt var overvejet, så står de jo og mangler. Og så synes jeg det er sådan lidt pres at gå nogen gange. For jeg ved jo godt, at det er mine kollegaer der skal løbe stærkere – bare fordi jeg vælger at tage ind til noget træning"* (G7).

Med afsæt i ovenstående citater ses således, hvordan de gravide kan føle tvivl, usikkerhed og dårlig samvittighed over for kolleger og ledere grundet deltagelse i *Gravid og Glad*. Trods dette har interviewpersonerne valgt at deltage, eftersom ovenstående følelser ikke overskygger glæden ved deltagelsen i *Gravid og Glad*. Det vides dog ikke, om andre gravide i MSO oplever lignende følelser, og om deres ønske om at deltage i *Gravid og Glad*, i modsætning til interviewpersonerne, overskygges af tvivl, usikkerhed og dårlig samvittighed, og i stedet har resulteret i at indsatsen fravælges.

Som nævnt i afsnit 10.1.1 er det dog ubekendt, om den manglende italesættelse skyldes en ledelse i uvidenhed, eftersom promoveringen af *Gravid og Glad* forekommer sjældent. Dette kommer ligeledes til udtryk blandt en af de gravide, der hentyder til, at ledelsens uvidenhed kan skyldes, at

nye ledere kommer til uden at være bevidste om at *Gravid og Glad* eksisterer: ”Nu har hun (dennes chef) jo selvfølgelig heller ikke været der så lang tid, så det er ikke sikkert hun ved det” (G3).

Som tidligere nævnt finder Bardus et al (2014), at ledelsens opfordring fordrer til deltagelse i en sundhedsindsats. Således findes det vigtigt, at lederne i nærværende case gøres opmærksomme på indsatsen, så de ikke befinder sig i uvidenhed, og dermed kan tilbyde og opfordre de gravide til at deltage i *Gravid og Glad*. Dette kræver dog, at ledelsen holdning til indsatsen findes positiv.

#### **10.1.4 Sundhedsprofessionelles udfordringer**

I følgende tema beskrives hvilke udfordringer de sundhedsprofessionelle oplever, i forbindelse med at rekruttere deltagere til *Gravid og Glad*.

##### **10.1.4.1 Organisatoriske udfordringer**

Som beskrevet i afsnit 10.1.1 *Rekrutteringsprocessen* er det ikke godkendt, at de sundhedsprofessionelle tager direkte kontakt til de pågældende ledere ude på arbejdspladserne.

*“Jeg synes faktisk en af de største udfordringer det har været det her... organisatoriske, lidt bureaukratiske i forhold til hvad må vi, hvad må vi ikke, jeg føler ikke på noget tidspunkt det har været muligt og tage sådan direkte kontakt.” (S2).*

Denne udfordring beror sig på, at de sundhedsprofessionelle, ikke har tilladelse til, at tage direkte kontakt til den øverste ledelse. Denne udfordring er ikke udfoldet yderligere i nærværende speciale, i forhold til hvad der ligger til grund for dette. Dog vurderes det, at vanskeliggøre deres samarbejde, i forhold til at kommunikere *Gravid og Glad* ud på de pågældende arbejdspladser og i forhold til at bede de pågældende ledere om at gå i dialog med deres gravide medarbejdere, med henblik på at diskutere eventuelle muligheder for tilpasning af arbejdet, hvis behov for dette.

De sundhedsprofessionelle har dog ganske kort været i kontakt med den øverste ledelse i forbindelse med et lederforum, jf. afsnit 10.1.1.1, men ifølge de sundhedsprofessionelle er det slet ikke den øverste ledelse, som har den daglige kontakt med de gravide, men derimod de gravides daglige leder: *“Ja, for det er jo heller ikke arbejdspladslederne, der tager imod graviditetsmeldingerne, det er jo en mellemlider på et andet niveau, ik’. Og gennemskue hvordan den struktur er, hvem der sætter sig ned og laver APV’en, det synes jeg er svært at gennemskue” (S1).*

Udover at der er forvirring om, hvad de må og ikke må, illustrerer ovenstående citatet samtidig, at denne forvirring også er at finde, i forhold til hvordan organisationsstrukturen er på arbejdspladserne, hvilket gør det svært at gennemskue, hvem der er mest optimal at tage kontakt til. Som nævnt i afsnit 2.7.1, om barrierer for rekruttering af deltagere, er det vigtigt, at lederen kan se en mening i indsatsen og se mening i at medarbejderne deltager, førend de informere omkring

indsatsen. Dermed synes det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle når ud til lederne med budskabet om *Gravid og Glad*. Det tolkes dog ud fra ovenstående citat, at en mellemlider vurderes at være en bedre informationskilde, eftersom denne har den daglige kontakt med de gravide.

At have lederen for øje i en indsats hvor det ønskes, at der tages hånd om de gravide medarbejdere, er et af de fællestræk der er ved *Gravid og Glad* og de lignende indsætter beskrevet i afsnit 2.6. Her er indsatsen i Odense Kommune og Region Sjælland begge målrettet lederne i forhold til at hjælpe disse med at sikre gravide medarbejdere i arbejde under graviditeten. Det tyder derfor på, at de enkelte ledere er vigtige ikke at overse i rekrutteringsstrategien, men samtidig at det er vigtigt at få indblik i organisationsstrukturen i forhold til at henvende sig til de "rigtige" ledere.

### **10.1.5 Forandringsforslag**

Dette afsnit indeholder en analyse og diskussion af de forandringsforslag, som er opstået på baggrund af de to interviews.

Forslagene er med inspiration fra BIKVA-modellen italesat af de gravide, hvorefter de sundhedsprofessionelle har forholdt sig til disse med tanke på, hvorvidt de er realistiske at igangsættes. I enkelte tilfælde, hvor de gravide ikke selv har kunnet fremlægge forandringsforslag, har specialegruppen, med afsæt i deres forforståelse, opstillet forandringsforslag, velvidende at specialet således afviger fra BIKVA-modellens design, eftersom der i denne model er fokus på brugerperspektivet. Specialegruppens forslag er ligeledes blevet vurderet af de sundhedsprofessionelle.

#### ***10.1.5.1 Praktiske barrierer***

I forhold til at imødekomme de praktiske barrierer, som de gravide oplever kan have betydning for rekrutteringen af deltagere, foreslås to potentielle forandringsforslag. Det ene forslag, med afsæt i de gravides perspektiver, er en udvidelse af lokaliteten, således indsatsen også kan foregå i lokalområderne. Dette forslag bygger på, at det kan være udfordrende at skulle bruge lang tid på transport for at deltage i indsatsen. At have fokus på at deltagerne ikke skal have for lang transporttid, findes ligeledes at være et vigtigt element i fremtidige indsætter (47). De sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at dette forslag ikke synes realistisk, idet der ikke er ressourcer til at opfylde forslaget. Derudover mener de sundhedsprofessionelle, at der er behov for en større tilslutning på det nuværende hold, inden det kan betale sig at udvide til andre områder. De sundhedsprofessionelle diskuterer dog indbyrdes, hvor man bør starte med at lægge fokus, idet en udvidelse kræver større tilslutning, mens en øget tilslutning måske kan forekomme ved at udvide,



hvilket ekspliciteres i det følgende citat: "(...) vi skal have nogle flere igennem, man kan sige man får måske ikke flere igennem før man tilbyder at komme mere rundt (...)" (S2).

Det næste forslag er udviklet af specialegruppen og beror på en overvejelse om, at træningsseancerne og netværksmøderne skal ligge midt på ugen. Dette bør dog undersøges yderligere, eftersom det kan få konsekvenser for andre deltagere, der befinder sig godt med træningen om mandagen. Forslaget bygger på en af de gravides udtryk for, at det kan være hårdt og uoverkommeligt at deltage i *Gravid og Glad*, hvis weekenden forinden er brugt på arbejde, jf. afsnit 10.1.3.1. Ifølge de sundhedsprofessionelle synes dette forslag at være realistisk, såfremt lokalet for træningen er ledig på et andet tidspunkt. "*Jamen det vil være, det vil være så fint.*" (S1) (...) "*Ja. Det eneste jeg sidder og tænker det er, den eneste udfordring der er, det er holdsammensætningen hernede (...)*" (S2).

Det vurderes, at de sundhedsprofessionelle har mulighed for at tilrettelægge deres arbejdsdag efter, hvornår træningen og netværksmøderne finder sted, om det er mandag, tirsdag eller onsdag har ingen betydning. Derudover formodes det ikke at være en ændring, der medfører øget økonomiske udgifter, idet lokalerne er rådighed for Folkesundhed Aarhus.

Som det ligeledes fremgår af afsnit 10.1.3.1, kan en utilsigtet konsekvens ved at flytte den ugentlige dag dog være, at andre gravide er hindret i at deltage, hvorfor dette scenarie først og fremmest bør undersøges inden der handles. Også i studiet af Wall & Teeland (2004) findes det, at en øget deltagelse kan søges ved at tilpasse tidspunktet for indsatsen til deltagerne.

#### **10.1.5.2 Arbejdskultur.**

Som beskrevet i afsnit 10.1.3.2 oplever de gravide nogle udfordringer i forhold til arbejdskulturen og den manglende italesættelse om at deltage i en indsats som *Gravid og Glad*. Hertil fremhæver de sundhedsprofessionelle, at det er vigtigt at alle parter kan se en fordel i at tilgodese den gravide og at denne forbliver i arbejde under graviditeten. "(...) hvad det ligesom giver, at vi investerer i, at fastholde den her gravide, og det samme skal lederne jo også ligesom kunne se en mening i det på den lange bane. At måske er vi så heldige at forhindre en langtidssygemelding." (S2). Hvis den gravide er sygefraværende, kan det have konsekvenser for både arbejdsgiver, kolleger, den gravide selv, og på sigt kan det ligeledes medføre konsekvenser for samfundet, jf. afsnit 2.1.1.

For at kunne forandre kulturen på arbejdspladserne, findes det acceptabelt, at de gravide deltager i *Gravid og Glad*, fremhæver de sundhedsprofessionelle, at et muligt tiltag kan være, at de sundhedsprofessionelle selv bliver mere tydelige på arbejdspladserne, og går ud og informerer om tiltaget, og de fordele der er for arbejdsgiverne ved, at lade deres medarbejdere deltage:

*”At det er områdelederne eller arbejdsmiljøgrupperne, det tænker jeg kunne give rigtig meget, at få den dialog i stedet for pjecer eller hjemmeside (...)” (S1).*

*”Og især når vi snakker kultur, altså arbejdskultur, kulturændring, så tror jeg man skal sidde mand til mand og snakke om det, så hjælper det ikke noget at sidde og læse en pjece” (S1).*

Deres forandringsforslag beror sig dermed på at skabe positiv dialog blandt ledere og medarbejdere omkring *Gravid og Glad*, så det bliver legalt, at de gravide forlader arbejdet et par timer om mandagen, for at deltage i *Gravid og Glad*. Det kan dog diskuteres hvor problemfrit det vil være at praktisere dette tiltag, eftersom det kræver tilladelse fra og kontakt til ledelsen, som netop findes udfordrende jf. afsnit 10.1.4.1.

### **10.1.5.3 Forbedring af rekrutteringsmetoder**

De gravide oplever, at *Gravid og Glads* rekrutteringsmetoder bør forbedres, idet de ikke fremstår særlig synligt på arbejdspladserne, hvilket ligeledes resulterer i, at de gravide ikke er hundrede procent bekendte med indsatsens tilbud, eftersom langt størstedelen kun hører om tiltaget gennem kolleger og venner. Således foreslår de gravide, at indsatsens indhold skal fremhæves og rekrutteringsmetoderne synliggøres. Flere af de gravide i fokusgruppeinterviewet var ikke bekendte med tilbuddet om jordemoderkonsultationer, da de startede på forløbet. De var blot informeret om muligheden for træningen, hvilket lå til grund for deres valg om deltagelse. De synes dog også, at tilbuddet om jordemoderkonsultationerne styrker indsatsen: *”Jeg tænker om folk ved, at der er mulighed for at konsultere en jordemoder også fordi, det synes jeg er et vildt flot tilbud. (...)” (G4)* og anbefaler at dette tydeliggøres fremadrettet: *”(...) det kunne man nok godt slå mere på i forhold at markedsføre Gravid og Glad, at det er en ligeså stor del af tilbuddet som træningen, at det her jordemoder (...)” (G5).*

De sundhedsprofessionelle giver i det dyadiske interview udtryk for, at de ikke er bekendte med uvidenheden omkring jordemodersamtalerne blandt de gravide. De mener til gengæld, at indsatsen er blevet mere synlig på denne front, eftersom jordemoderen tager kontakt til de gravide ved deltagelsens start. Dette vurderes dog ikke at have indflydelse på selve rekrutteringen, eftersom de sundhedsprofessionelle først informerer om tilbuddet når deltagerne er meldt til indsatsen.

De sundhedsprofessionelle eksemplificerer et forslag til, hvorledes de kan blive mere synlige i forhold til deres indsats og indholdet i denne. De nævner blandt andet forslaget om at udarbejde et skriftligt velkomstmateriale, som uddeles til nye deltagere, når de møder op til træningen: *”Eller at man skulle lave noget velkommen, altså første gang de står ved dig (S2) til træningerne. Her er telefonnumre og muligheder” (S1).* På denne måde er der mulighed for at udbygge tilbuddet om

samtale med jordemoder men også mulighed for at informere om netværksmøderne, som de gravide også efterlyser nærmere information omkring.

Dertil foreslås det af specialegruppen i interviewet, at de gravide deltagere får en ekstra stak velkomstpjecer med hjem, således de kan udlevere dem til deres gravide kolleger og bekendte i MSO. Derved bliver indsatsens tilbud også synlige for dem, som ikke allerede er tilmeldte, men som er kandidater dertil. Dette vurderer de sundhedsprofessionelle som værende en god ide og de foreslår selv, at de gravide således kan lægge dem de steder, hvor de ved, der er større sandsynlighed for at pjecerne bliver set:

*”Det kunne man egentligt godt have nogle (pjecer) liggende af, det er da rigtigt, hver gang der var netværksmøder, så lige ha en stak liggende” (...) ”Ja og de kan nemlig ligge dem de steder, de ved de mødes, kan man sige, det er nogle gange svært at gennemskue hvornår de holder pause, hvor de holder møde og hvor de er henne”*  
(S1).

I forhold til den information der gives til deltagerne finder studiet af Wall & Teeland (2004), at det er vigtigt, at den er velformuleret, så der undgås misforståelser om indsatsen. På baggrund af dette kan det anbefales at *Gravid og Glad*, tager deres informationsmateriale op til revurdering, og sikrer at de får formidlet den rette information til modtagerne af budskabet.

For at skabe yderligere opmærksomhed omkring indsatsen foreslås det af specialegruppen, at *Gravid og Glad* promoveres oftere ude på arbejdspladserne, hvilket de sundhedsprofessionelle synes at være positive overfor:

*”(...) det tænker jeg kunne være rigtigt godt. Jeg sidder også lige og tænker ja ét er lønsagsbehandleren, men det kunne jo også godt være, få endnu mere fat, i arbejdsmiljørepræsentanterne derude ik, at det måske er dem der skal være nøglepersonen i forhold til at få informeret om de her tilbud, at det måske ikke nødvendigvis er lederne, der skal være vejen frem (...)”* (S2).

Foruden at promovere oftere, handler det således også om at de sundhedsprofessionelle samarbejder med de rigtige. Her mener de sundhedsprofessionelle, at områdelederne måske ikke er de optimale at informere om indsatsen, men at det i stedet kan være arbejdsmiljørepræsentanter, jf. ovenstående citat, der informeres og formidler budskaberne videre til de gravide eller mellemledere, som ligeledes nævnes i afsnit 10.1.4.1, *Organisatoriske udfordringer*.

En øget synlighed italesættes også i forhold til de nonverbale kommunikationsmidler som eksempelvis medarbejderportalen, pjecer og plakater, hvor et forslag fra de gravide handler om

tilgængeligheden af information om *Gravid og Glad*, særligt på medarbejderportalen. De gravide foreslår, at indsatsen bør poppe op på computeren med jævne mellemrum. De sundhedsprofessionelle giver dertil udtryk for, at det er et kommunikationsteam der styrer denne form for promovning, men at det kan være en mulighed at kontakte dem og bede om øget promovning.

I studiet af Bardus et al (2014) findes det, at en reducere af deltagernes eget ansvar for at skulle tilmelde sig, kan forde øget deltagelse i en indsats. Relateret til nærværende case er det derfor vigtigt at de gravide, ikke skal lede længe efter information om indsatsen, men at informationen i stedet kommer til dem.

Derudover foreslår de gravide, at der bliver hængt pjecer og plakater op i personalerummene på arbejdspladserne for at synliggøre indsatsen yderligere, men samtidig siger de gravide, at det er risiko for at disse billeder overlappes af andet information, der også hænger i personalerummet.

#### **10.1.5.4 Andre aktører**

De sundhedsprofessionelle bringer selv et forslag på banen, som de formoder kan øge deltagelsen i *Gravid og Glad*. Dette indebærer de praktiserende læger, eftersom det er dem der udsteder sygemeldinger: ”(...) Og der tænker jeg også de praktiserende læger har vi ikke snakket om i dag, men altså de sidder på en rigtig vigtig post, fordi det er jo ikke jordemødre der sygemelder, det er lægerne (...)” (S1).

At gå i dialog med lægerne kan være endnu en rekrutteringsmetode, med det formål at lægerne skal præsentere de gravide for indsatsen enten mundtlig eller ved udlevering af en pjece. Hertil foreslås de sundhedsprofessionelle også, at der skabes dialog mellem læger og ledere på arbejdspladserne, eftersom lægerne kan bidrage med viden, som formodes at komme lederne til gode i forhold til at tage hånd om de gravide medarbejdere. Velvidende, at der skal tages højde for tavshedspligt og det enkelte individ, tales der her om mere generel viden omkring gravide og det de går igennem grundet deres graviditet.

For at fange nogle af de der fravælger at deltage, findes det i studiet af Wall & Teeland (2004), at det kan være en mulighed at udbrede promovningen til sundhedsprofessionelle som har kontakt til deltagerne, hvilket i nærværende case eksempelvis kan være de gravidens egen læge.

En anden aktør som de sundhedsprofessionelle mener kan være relevant at inddrage i en rekrutteringsmetode, er lønsagsbehandlerne, hvilket de sundhedsprofessionelle allerede har igangsat. Dog er dette et meget nyt tiltag, men det vurderes at metoden bør fastholdes fremadrettet, eftersom lønsagsbehandlerne har den første kontakt med de gravide. Således vurderes inddragelsen

af andre aktører, at kunne bidrage positivt til rekrutteringen af gravide, eftersom både lægen og lønsagsbehandleren vil være behjælpelige i forhold til at promovere indsatsen.

Det kan dog diskuteres hvorvidt en inddragelse af de praktiserende læger er forbundet med for store udfordringerne, eftersom lægerne således skal have kendskab til hvor og om deres patienter er ansat i MSO, hvor *Gravid og Glad* netop tilbydes. Ydermere vurderes det, at et samarbejde med lægen vil kræve langt større ændringer på et højere niveau, end *Gravid og Glad* har kapacitet til at foretage på egen hånd. Således afgrænses fra dette forslag i den videre analyse.

### **10.1.6 Sammenfatning af analyse og diskussion**

I det ovenstående er der udfoldet en række elementer, som fremstår betydningsfulde i rekrutteringen til *Gravid og Glad*. Disse skal medtænkes i udarbejdelsen af de fremtidige forandringsforslag af rekrutteringsstrategien, med henblik på at øge tilslutning til indsatsen.

Sammenfattende findes det, at de gravide deltagere finder selve indsatsen interessant, idet den tilgodeser mange af deres behov og ønsker. Dog ses der barrierer forbundet med afstanden til indsatsen lige så vel som dens placeringen om mandagen.

Selve rekrutteringsprocessen er også forbundet med udfordringer, eftersom *Gravid og Glads* rekrutteringsmetoder sjældent fremstår synlig over for de gravide. I stedet spredes budskabet ved tilfældigheder eller gennem mund-til-mund metoden kolleger og venner imellem. Der findes ligeledes ikke en kontinuerlig promovering, som kan sikre, at budskabet jævnlige når ud blandt de gravide, deres ledere og kolleger på de forskellige arbejdspladser.

Også de sundhedsprofessionelle møder udfordringer i relation til de pågældende arbejdspladser, herunder særligt organisatoriske, eftersom kontakten til ledelsen ikke kan foretages direkte. Ligeledes findes det, at ledelsen, som de sundhedsprofessionelle samarbejder med, ikke er den ledelse, de gravide har den daglige kontakt med. Således findes det vanskeligt at få promoveret *Gravid og Glad*, såfremt ledelsen, som informeres om indsatsen, fremstår usynlig for de gravide, lige så vel som ledelsen ikke bliver gjort opmærksomme på, hvilke medarbejdere der er gravide og kan tilbydes deltagelse.

For at bedre rekrutteringsprocessen og imødekomme de ovenstående barrierer italesætter både de gravide og de sundhedsprofessionelles nogle forslag til forandringer, som formodes at kunne skabe denne bedring. Dette er forslag om at ændre tid og udbrede lokationen for indsatsen, for at imødekomme nogle af de praktiske barrierer, som de gravide oplever. Et andet forslag går på, at forandre arbejdskulturen så det opfattes legalt, at de gravide forlader deres arbejde for at deltage i *Gravid og Glad*.

Derudover er det forslag, der handler om at gøre indsatsen mere synlig, både i forhold til indholdet i indsatsen, men også hyppigheden for promovering. Slutteligt fremkommer de

sundhedsprofessionelle med et forslag om at inddrage andre aktører, som har en kontakt med de gravide.

Med udgangspunkt i ovenstående analyse og diskussion er specialegruppens forforståelse således blevet bekræftet i, at de forhold, som i problemanalysen blev fundet som værende barrierer for deltagelse, også gør sig gældende i nærværende case. Dette gør sig dog ikke gældende for de økonomiske barrierer og barrierer forbundet med indsatser, der udspiller sig uden for arbejdstiden. Forforståelsen er yderligere udfoldet, eftersom de gravide bidrager med en udvidelse af de forskellige barrierer, særligt i forhold til arbejdsrelaterede forhold, hvilket synes at være forståeligt, eftersom *Gravid og Glad* finder sted i arbejdstiden. Ydermere er specialegruppens forforståelse udvidet i forhold til hvilke forandringer, der kan imødekomme disse barrierer med afsæt i de gravide og de sundhedsprofessionelles perspektiver. Disse behandles yderligere i nedenstående kapitel *Casen i et forandringsperspektiv*.



# Kapitel 11

CASEN I ET

FORANDRINGSPEKSTIV

## 11.0 CASEN I ET FORANDRINGSPERSPEKTIV

På baggrund af ovenstående analyse og diskussion søges i det følgende kapitel at opstille konkrete anbefalinger ud fra forandringsforslagene, så rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad* kan forbedres. Kapitlet har således til hensigt, at konkretisere specialets anden del af problemformuleringen: “*Hvilke forandringer kan medvirke til at forbedre rekrutteringsprocessen?*”.

Besvarelsen foretages med udgangspunkt i de gravides forandringsforslag, de sundhedsprofessionelles holdninger dertil, specialegruppens forforståelse samt inddragelse af Kotters teori om forandring, som også danner ramme for opbygningen af følgende afsnit. Kotters model suppleres på trin 4 af Laswells kommunikationsmodel og på trin 8 af Scheins teori om organisationskultur, jf. kapitel 7.0.

### ***Trin 1: Nødvendigheden af at forbedre rekrutteringsprocessen***

Det vurderes, at de sundhedsprofessionelle i *Gravid og Glad* er bekendte med, at indsatsen ikke forløber optimalt. Det beror sig blandt andet på, at tilslutningen til indsatsen ikke udgør 50 % af de gravide ansatte i MSO, som er ønsket og nedskrevet, som et af organisationens delmål (Fortroligt dokument), ligesom de oplever udfordringer i samarbejdet og i kommunikationen med den øverste ledelse.

Det vurderes dog ikke, at de sundhedsprofessionelle, på tidspunktet hvor nærværende specialegruppe indgår samarbejde med dem, har identificeret rekrutteringsprocessen som værende en af årsagerne til den lave tilslutning, eftersom deres fokus ligger på de mere overordnede rammer. Med udgangspunkt i Kotter (1999) vurderes de sundhedsprofessionelle således ikke at kunne se en nødvendighed i at forandre rekrutteringsprocessen, eftersom de ikke har identificeret de ’kriser’ der kan være forbundet hermed.

Da nærværende speciale præsenterer de sundhedsprofessionelle for de identificerede udfordringer og kriser i relation til rekrutteringen, som er indhentet gennem fokusgruppeinterviewet, jf. BIKVA-modellen, er de sundhedsprofessionelle interesseret i hvorledes disse udfordringer og kriser kan imødekommes og elimineres. Således vurderes de sundhedsprofessionelle ikke at besidde en udpræget selvtilfredshed, eftersom de hurtigt overbevises om, at der eksisterer et reelt problem og er åbne for forandring.

Eftersom Kotters første trin handler om at skabe en oplevelse af nødvendighed, ved blandt andet at tillade synlige kriser og påvise at der er et problem, beror det konkrete forandringsforslag på, at *Gravid og Glad* løbende evaluerer deres indsats. Dette blandt andet ved at forhøre sig blandt de deltagende gravide og de forskellige personer, der er formidlere af *Gravid og Glads* budskaber, om deres pågældende meninger og oplevelser af indsatsen, herunder også rekrutteringen. Således kan



potentielle udfordringer og kriser identificeres og ændringer kan foretages undervejs, såfremt det er nødvendigt.

*Gravid og Glad* er på nuværende tidspunkt ved at evaluere indsatsen gennem fokusgruppeinterview med tidligere deltagere. Denne evaluering formodes at kunne medvirke til, at etablere eller forstærke en oplevelse af nødvendighed, eftersom de adspurgte kan synliggøre eventuelle barrierer i processen. Fremadrettet foreslås det dog, at denne evaluering ligger tidligere i forløbet eller tænkes ind som en formativ evaluering, med fokus på udviklingen af indsatsen, i stedet for en effektevaluering, hvor fokus er på effekten (90). En identificering af potentielle kriser, knap to år efter opstarten af projektet, vurderes at være sent i forløbet og det kan tænkes at en løbende evaluering kunne have tydeliggjort behovet for en mere synlig rekrutteringsstrategi tidligere i forløbet, hvormed en forandring af denne kunne have været igangsat tidligere.

I analyse- og diskussionskapitlet findes det blandt andet at gravide, som i perioder arbejder i weekenden, ytrer ønske om en ændring af tidspunktet for træningsseancerne i *Gravid og Glad*. Dette ønske blev, ifølge de sundhedsprofessionelle, vurderet muligt at opfylde. Såfremt de sundhedsprofessionelle var blevet bekendte med dette ønske tidligere i forløbet gennem en evaluering, kunne de have foretaget en ændring af ugedagen, hvormed tilslutningen af sygeplejersker og SOSU-assistenten, som er den faggruppe med flest graviditetsgener, jf. afsnit 2.5, potentielt ville have været større, eftersom denne branche ofte er forbundet med weekendarbejde. Dog bør der foretages en forespørgsel om, hvorvidt dette forslag er gældende blandt alle gravide, eftersom der var flere der i interviewet gav udtryk for, at træningen om mandagen befandt dem godt. En ændring af ugedagen udelukkende baseret på enkelte gravides ønsker, kan resultere i, at andre deltagere forhindres. Flytningen af tidspunktet kan dermed få u hensigtsmæssige konsekvenser og en øget tilslutningen formodes ikke at tilstræbes ved denne handling. Således vil løbende evalueringer medvirke til, at muligheder og begrænsninger ved potentielle forandringstiltag identificeres, hvilket ligger til grund for forslaget om implementering af formative evalueringer i *Gravid og Glad*.

Ovenstående forandringsforslag kan dog medføre nogle omkostninger, både økonomisk og tidsmæssigt, eftersom det kræver ressourcer at udføre løbende formative evalueringer. Velvidende at *Gravid og Glad* kun har en vis mængde ressourcer til rådighed, antages det dog, at omkostninger ved løbende evalueringer vil kunne betale sig på sigt, hvis det fordrer en større tilslutning af gravide til indsatsen. Det er især fordelagtigt, hvis en øget tilslutning bevirker, at indsatsens periode forlænges.

## ***Trin 2 – Oprettelse af den styrende koalition i Gravid og Glad***

Den styrende koalition i organisationen *Gravid og Glad* består af tre personer, der alle er ansvarlige og aktive i eller omkring indsatsen. De tre personer udgøres af en fysioterapeut, der også har en kandidat i folkesundhed, som ugentligt tilbyder de gravide superviseret træning, og som ligeledes er udvikler af og tovholder på projektet. Derudover består den af en jordemoder, som afholder netværksmøder og individuelle samtaler med de gravide efter behov. Slutteligt en overordnet projektleder som også er tovholder på projektet. Hun er dog ikke synlig i samme omfang som de to andre involverede, men beskæftiger sig med de mere overordnede og økonomiske rammer for projektet. Således opfattes denne koalition, grundet deres faglige baggrund, ekspertise og forskellige roller i *Gravid og Glad*, umiddelbart som værende en solid kerne, der vurderes at have tilstrækkelig indflydelse til at kunne igangsætte en forandring, kommunikere budskaber ud og deltage i nøglebeslutninger, hvilket der appelleres til på trin 4 i Kotters model (85,87). Det kan dog diskuteres, hvor stærke de reelt set fremstår, eftersom teamet ikke indeholder ledelsesrepræsentanter fra de gravides arbejdspladser, som også spiller en vigtig rolle i forandringsøjemed. I analyse og diskussionsafsnittet blev det nemlig fundet, at ledelsen på de pågældende arbejdspladser skulle medvirke til, at informere de gravide medarbejdere om *Gravid og Glads* tilbud. Men eftersom den pågældende ledelse sjældent var synlig for de gravide, blev dette ikke praktiseret, hvilket forårsagede en manglende italesættelse på arbejdspladsen. Dette resulterede i u hensigtsmæssige konsekvenser blandt de gravide medarbejdere, idet de tolkede den manglende italesættelse, som manglende opbakning og accept af deres deltagelse i *Gravid og Glad*. Disse følelser vurderes at være en årsag til den lave tilslutning.

Med udgangspunkt i Kotters fire nøglekarakteristika, som findes væsentlige for en effektiv styrende koalition, vurderes det således, at koalitionen i nærværende case besidder karakteristikaene *stillingsindflydelse*, *ekspertise* og *troværdighed* (85). Dette på baggrund af deres førnævnte roller i indsatsen og deres forskellige synsvinkler både fagligt, men også deres arbejdsmæssige erfaringer. Dog vurderes det, at nøglekarakteristikaet *lederskab* ikke er opfyldt til fulde, grundet det manglende samarbejde med ledelsen på de gravides arbejdspladser.

På baggrund af at den styrende koalition synes at mangle nøglekarakteristikaet *lederskab*, vurderes et væsentligt forandringstiltag at være, at styrke den nuværende koalition, således forandringsprocessen ikke blot iværksættes, men også findes effektiv. Denne styrkelse kan ske ved at inddrage nøglepersoner, som kan repræsentere de enkelte arbejdspladser. Eftersom den øverste ledelse ikke fremstod særlig synlig for de gravide medarbejdere, i og med de ikke havde deres daglige gang på samme matrikel og formodes at have andre ledelsesopgaver, vil det være ideelt at udvælge personer, som netop er i daglig kontakt med de gravide og har indsigt i, hvilke

medarbejdere der er gravide og bør modtage information om indsatsen. Dette vurderes at kunne optimere mulighederne for, at de budskaber og visioner som *Gravid og Glad* ønsker at kommunikere ud også foretages. Dog skal ledelsesaspektet ikke glemmes, og specialegruppen er bevidste om, at mange beslutninger og tiltag kræver en accept på ledelsesniveau. Det vurderes dog, at et samarbejde med nøglepersoner, som har deres daglige gang tæt på de gravide også vil være en fordel for den øverste ledelse, da inddragelsen af andre nøglepersoner, kan være et mellemlid til kommunikationen med den øverste ledelse, og dermed være en gevinst for såvel de gravide som ledelsen.

Ydermere vurderes nøglepersonerne, som befinder sig på de gravides arbejdspladser, også at have større indsigt i egen organisation sammenlignet med de sundhedsprofessionelle som fandt det uoverskueligt og vanskeligt. Dermed vurderes det, at nøglepersonerne også har lettere ved at tage kontakt til den øverste ledelse, såfremt der er behov for dette, og derigennem videreformidle ledelsens feedback til de sundhedsprofessionelle i *Gravid og Glad*.

*Gravid og Glad* har allerede forsøgt at inddrage andre nøglepersoner, eftersom de har taget kontakt til lønsagsbehandlere og bedt dem informere om indsatsen i samme øjeblik de får besked på, at en medarbejder er gravid. Således vurderes det, at den nuværende koalitionen selv har taget første spadestik mod en stærkere konstellation af koalitionen.

Foruden ovennævnte aktører kunne en arbejdsmiljørepræsentant ligeledes være en optimal samarbejdspartner at inddrage i koalitionen, hvilket italesættes af de sundhedsprofessionelle i afsnit 10.1.5.3. Kotter lægger vægt på, at teamets medlemmer skal være troværdige og have et godt ry i organisationen, så andre medarbejdere tager deres udtalelser seriøst (85). Det formodes, at en arbejdsmiljørepræsentant, qua sine opgaver og berøringsflader, besidder disse egenskaber, hvorfor denne også ses som egnet til at formidle budskaber blandt de gravide, således *Gravid og Glad* bliver mere synlig og muligheden for en øget tilslutning kan øges. Hvem de rette nøglepersoner kunne være, kræver dog et organisatorisk indsigt i de forskellige arbejdspladser i forhold til hvem der findes kompetente, troværdige og kan stå til rådighed i forhold til at få italesat *Gravid og Glad* på arbejdspladserne.

Forslaget om at styrke koalitionen, ved at inddrage en repræsentant fra de gravides arbejdspladser, vurderes ligeledes at være givtigt i evalueringøjemed, eftersom de sundhedsprofessionelle, derigennem kan rådføre sig med én, som er tættere på de gravide og dermed har et større overblik og viden omkring, hvad der sker ude i feltet, og om rekrutteringsmetoderne forløber efter hensigten.

### ***Trin 3 - Skabe vision og strategi for Gravid og Glad***

Som beskrevet i afsnit 2.5 beror visionen i Aarhus kommune på, at skabe struktur og rammer, der gør det sunde valg lettere og mere attraktivt for den enkelte borger. På baggrund af denne er der

udarbejdet en vision for *Gravid og Glad*, som handler om at øge trivlsen blandt gravide medarbejdere og reducere det graviditetsbetingede sygefravær i MSO.

Eftersom visionen, jf. Kotter (1999), er noget både den styrende koalition i *Gravid og Glad* samt medarbejdere og ledere på de pågældende arbejdspladser skal kunne se en mening med, synes det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle i nærværende case formår at italesætte vigtigheden ved at efterleve visionen ude på arbejdspladserne. Dette for at pointere, at der skal tages hånd om de gravide medarbejdere og sigtes efter, at de forbliver i arbejde frem til den egentlige barselsperiode eftersom en sygemelding af de gravide før tid kan forårsage negative omkostninger på flere områder jf. 2.2.1. Hvordan der bør appelleres til den øverste ledelse og medarbejderne om, at gravides deltagelse i *Gravid og Glad* og dermed også deres fravær i arbejdstiden kommer alle parter til gode, kræver en større indsigt i ledelsens og medarbejdernes tankegang. Dette har nærværende speciale ikke valgt at fokusere på. Det foreslås dog, at de sundhedsprofessionelle opnår indsigt i ledelsens og medarbejdernes ønsker og mål, eftersom det vurderes at kunne styrke opbakningen og accepten af indsatsen, såfremt de på baggrund af denne indsigt fremlægger vigtigheden i at imødekomme *Gravid og Glads* tiltag på arbejdspladserne for de øvrige ansatte.

Dette blev blandt andet praktiseret i Region Sjælland og Odense kommune, jf. afsnit 2.5, hvor de havde stor effekt med deres gravidpolitikker, eftersom de valgte at inddrage og appellere til alle på arbejdspladsen og ikke blot de gravide, som politikkerne egentligt blev skabt på baggrund af.

Således er der tale om en etablering af oplevelsen af nødvendighed, jf. trin 1, på flere niveauer, eftersom oplevelsen af nødvendighed både skal finde sted blandt de sundhedsprofessionelle i *Gravid og Glad* men også blandt medarbejdere og ledere på de enkelte arbejdspladser. Såfremt de ikke kan se nødvendigheden eller meningen med at øge trivlsen blandt de gravide medarbejder og reducere det graviditetsbetingede sygefravær, vurderes det ikke, at de vil forsøge at efterleve visionen, eftersom det at se mening i en given indsats fordrer motivation, jf. afsnit 2.8.

Da visionen med underliggende delmål, er udarbejdet af de sundhedsprofessionelle, kan der stilles spørgsmål ved, hvorvidt målene udelukkende er baseret på de sundhedsprofessionelles ønsker og mål, og dermed ikke kan betegnes som *ægte* mål for medarbejderne og ledelsen på de pågældende arbejdspladser, jf. Wackerhausen afsnit 2.8. Dette formodes ligeledes at kunne forårsage en manglende promovning fra ledelsen og en manglende italesættelse blandt medarbejderne. Dog er dette aspekt ikke undersøgt yderligere, hvorfor der ikke kan drages konklusioner på disse antagelser.

Fremadrettet foreslås det, at *Gravid og Glads* visioner og mål udarbejdes med afsæt i flere perspektiver, hvorved det sikres, at ikke kun de sundhedsprofessionelle kan se meningen heri, men

ligeledes de gravide, deres ledere og kolleger, hvilket formodes også at kunne forbedre rekrutteringen af deltagere til indsatsen.

I denne forbindelse vurderes forslaget om løbende evalueringer i trin 1 at kunne bidrage til at indhente flere perspektiver, ligesom en inddragelse af en repræsentant i koalitionen, jf. trin 2, vurderes at kunne medvirke til et bedre samspil mellem de sundhedsprofessionelle og arbejdspladserne. Begge forslag menes at kunne bidrage til, at de sundhedsprofessionelle får lettere ved at sætte sig ind i ledelsens og medarbejdernes tankegang, hvilket findes anvendelig, når der skal etableres en oplevelse af nødvendighed, med henblik på at forbinde *Gravid og Glad* som noget positivt.

#### ***Trin 4 – Kommunikation af Gravid og Glads vision***

Som nævnt i ovenstående trin 3 beror visionen i *Gravid og Glad* på at øge trivslen blandt gravide medarbejdere i MSO og reducere det graviditetsbetingede sygefravær. Kotter anbefaler, at kommunikationen af visionen formidles på en direkte og enkel måde. Dette vurderes ikke at være tilfældet i nærværende case, eftersom det er fundet, at de gravide medarbejdere ikke blev bekendt med *Gravid og Glad* gennem de sundhedsprofessionelles rekrutteringsmetoder, til trods for at budskabet spredtes på forskellige fora, hvilket også anbefales af Kotter (85,87). Således vurderes kommunikationen ikke at være direkte.

Ydermere blev der i afsnit 10.1.1, fundet, at *Gravid og Glads* vision sjældent gentages på de mange fora, hvormed deres budskaber går tabt. Således efterlever *Gravid og Glad* ej heller det sidste af Kotters nøgleelementer for en god kommunikation, nemlig *gentagelse*. Kotter nævner, at jo flere gange den omtales jo bedre huskes den af medarbejderne (85). Den mindre simple og direkte måde at formidle visionen på og den manglende gentagelse vurderes således, at være en medvirkende forklaring på den lave tilslutning til indsatsen idet de gravide medarbejdere ikke mindes om tiltagets eksistens og tilgængelighed. På samme vis kan det ikke forventes, at den pågældende ledelse, som blev fundet mindre aktiv i promoveringen af *Gravid og Glad*, informerer sine medarbejdere om tiltaget, eftersom de ikke løbende gøres opmærksomme på eksistensen heraf. Det findes derfor vigtigt, at visionen og budskaberne også gentages for ledelsen, eller andre nøglepersoner, jf. trin 2, med jævne mellemrum, eftersom deres adfærd er af stor betydning i forhold til at få alle medarbejdere med (85). Her kan igen refereres til Odense Kommune og Region Sjælland, jf. afsnit 2.5, som netop har formået at favne hele arbejdspladsen i rekrutteringen af deltagere. Disse kunne således være en inspirationskilde for *Gravid og Glad* på dette punkt.

På baggrund af ovenstående synes et væsentligt forandringstiltag at være, at *Gravid og Glad* fremadrettet tillægger kommunikationen af deres vision et større fokus. Dette vurderes at resultere i en større synlighed af *Gravid og Glad* og dermed en forbedring af rekrutteringsprocessen.

Her kan der med fordel drages nytte af Lasswells udvidede kommunikationsmodel, hvormed organisationen *Gravid og Glad* gøres opmærksomme på, hvad der skal til for at forbedre kommunikation af deres vision. I relation til Lasswells element *indkodning* foreslås det, at *Gravid og Glad* fokuserer mere på mund-til-mund metoden som deres primære medie, eftersom dette for har vist sig at have den største effekt i nærværende case. Mund-til-mund metoden som værende det mest effektive medie bakkes også op af Kotters begreb *tovejskommunikation* samt Koopmans et al (2012) og Groeneveld et al (2009), jf. 10.1.1.2. Dette er således et belæg for at foreslå denne metode som den primære rekrutteringsmetode i *Gravid og Glad*.

Ydermere foreslås det, at de sundhedsprofessionelle gentager visionen på de allerede anvendte medier, og gør sig overvejelser omkring, hvorvidt mindre effektive rekrutteringsmetoder, som eksempelvis pjecen, skal fungere som supplerende materiale i stedet. Dette forslag beror sig på, at pjecerne blev fundet effektive i forhold til at uddybe og underbygge de mundtlige informationer der gives, men knap så effektive hvis de lægges i personalerummene alene. På nuværende tidspunkt vedhæftes pjecen som supplement af lønsagsbehandlerne, men pjecerne kunne lige så vel anvendes som en form for velkomstmateriale, der udleveres til de gravide, ved første møde med *Gravid og Glad*, hvilket netop italesættes af de sundhedsprofessionelle. Dette kræver dog først og fremmest, at flere bliver bekendte med indsatsen. Uanset kommunikationsmedie er det dog vigtigt, at indsatsens indhold fremstår direkte (85), således jordemoderens ydelser og tilgængelighed er lige så synlig som træningsdelen. Dette vurderes også at kunne bidrage til en øget tilslutning, eftersom de gravide deltagere hentyder til at muligheden for ekstra jordemoderkonsultationer er attraktivt, og fremhæves som en motivation for deltagelse, jf. afsnit 10.1.5.3. Ydermere skal promoveringen på medarbejderportalen gøres mere fængende og tilgængelig, hvilket også anbefales af de gravide i nærværende case, eftersom de ikke har bemærket den i deres søgen på computeren, jf. afsnit 10.1.1.3.

Dernæst bør der rettes fokus på elementerne *afkodning og modtager*. Ved *afkodning* fokuseres der på, hvordan budskabet forstås og om det bliver formidlet til de personer man ønsker. Som nævnt når *Gravid og Glads* budskaber sjældent frem til de gravide og den øverste ledelse, grundet de førnævnte udfordringer og manglende nøgleelementer i kommunikationen. Således fungerer afkodningen ikke optimalt i nærværende case.

For at sikre at budskaberne rammer den ønskede målgruppe, bør de sundhedsprofessionelle analysere *modtageren*, således denne kan afkode budskabet som ønsket. Eksempelvis er nogle medarbejdere udekørende og sidder ikke ved en computer i løbet af arbejdsdagen. For at ramme

denne gruppe vil medarbejderportalen muligvis ikke være den bedste rekrutteringsmetode, hvorfor det er vigtigt at undersøge, hvilken metode der i stedet bør anvendes.

Slutteligt foreslås det, at der rettes fokus mod den *støj*, som kan forekomme i kommunikationen. Her kan blandt andet nævnes de udfordringer, som både de gravide og de sundhedsprofessionelle oplever jf. afsnit 10.1.3 og 10.1.4. Et eksempel på støj er, at pjecer og plakater i personalerummene kan forsvinde i mængden andre plakater. Det synes dermed vigtigt, at de sundhedsprofessionelle gøres opmærksomme på denne støj, blandt andet ved at indhente *feedback* fra modtagerne af deres budskab. Således har de mulighed for at få forklaret, hvad der fungerer godt, eller hvad der kan gøres bedre og dermed tage hensyn til muligt støj. Dette kan samtidig bevirke, at de gravide medarbejdere vil føle sig lyttet til og betydelige i processen (85). Denne feedback kan blandt andet indhentes ved løbende evalueringer af indsatsen og selve rekrutteringsprocessen, jf. trin 1, således mulige barrierer kan imødekommes i tide.

### ***Trin 5 - Skabe mulighed for forandring ved at fjerne barrierer og styrke medarbejderne***

For at organisation og medarbejdere kan handle ud fra visionen om at øge trivslen og reducere det graviditetsbetingede sygefravær, er det vigtigt, at de nødvendige kompetencer er til stede for begge parter (85,87). Såfremt de første fire trin er gennemført med succes og med et ønske om at efterleve visionen, kan der være barrierer som hindrer implementeringen af disse trin. Ifølge Kotter (1999) vurderes disse barrierer at rumme *struktur, færdigheder, systemer og arbejdsledere*.

Relateret til nærværende case omhandler de *strukturelle barrierer* blandt andet de sundhedsprofessionelles manglende overblik over, hvem i organisationen de må og kan rette henvendelse til for at kunne styrke de gravides deltagelse, jf. afsnit 10.1.4. Som nævnt på trin 2 bør disse barrierer imødekommes ved at fokusere på en eventuel inddragelse af nøglepersoner i *Gravid og Glads* koalitionen, som kan repræsentere de gravides arbejdspladser og hjælpe de sundhedsprofessionelle med at etablere kontakt til den øverste ledelse og danne indsigt i organisationsstrukturen.

Som beskrevet i afsnit 10.1.3.2 oplever de gravide manglende støtte og opbakning til deres deltagelse i *Gravid og Glad*, hvilket forårsages af kulturen på arbejdspladsen herunder en manglende positiv italesættelse af indsatsen. Denne udfordring vurderes at kunne betegnes som strukturel og ledelsesmæssig, eftersom det blandt andet er den øverste ledelse, der bør italesætte og promovere *Gravid og Glad* over for de gravide, men ikke formår at gøre det. Således vurderes ledelsen ikke at handle målrettet for at få igangsat en forandring, hvilket findes vigtigt ifølge Kotter, såfremt forandringen skal lykkes. Udfordringen vurderes dog at være en anden, såfremt det handler om uvidenhed blandt ledelsen. En nærmere beskrivelse af en forandring af kulturen finder sted på trin 8.

Ifølge Kotter (1999) kan *færdigheder* ligeledes forbindes med barrierer. Med afsæt i dette begreb kan der relateres til de sundhedsprofessionelle i *Gravid og Glad* og deres manglende nøglekarakteristika, *lederskabet*, som beskrevet i trin 1. Således handler det om, at de sundhedsprofessionelle skal opnå færdigheder i at inddrage andre nøglepersoner i deres beslutninger, ligesom de skal iværksætte nye handlinger såsom løbende evalueringer af deres rekrutteringsproces. Tilegnelsen af disse færdigheder vurderes at kunne imødekomme de strukturelle barrierer, eftersom færdigheder er forbundet med den rette viden og de rette kompetencer (85).

Den tredje type barriere er *systemer*, hvortil Kotter mener, at samtlige informationssystemer skal være i overensstemmelse med visionen og understøtte den forandring som foretages (85). Eftersom visionen i *Gravid og Glad* har fokus på de gravides trivsel og sygefravær, findes det vigtigt at informationssystemerne og handleplanerne på de pågældende arbejdspladser, stemmer overens med og bakker op om denne vision. Således foreslås det, at *Gravid og Glad* opfordrer de enkelte arbejdspladser til at gennemgå deres handleplaner og strategier og undersøge, hvorvidt de gravides trivsel er indtænkt i disse, eller om de skal tages op til revurdering, så de stemmer overens med den overordnede vision.

### ***Trin 6 - Generere kortsigtede gevinster ved en ændret rekrutteringsproces***

Når en forandring igangsættes, kan der gå lang tid før den egentlige effekt kommer til syne. Det kan derfor være vigtigt at skabe kortsigtede gevinster, eftersom det støtter medarbejderne i deres handlinger og beviser, at handlinger kan betale sig (85).

Med afsæt i de forskellige forandringsforslag, ekspliciteret af de gravide, de sundhedsprofessionelle samt specialegruppen og udfoldet yderligere i analyse- og diskussionskapitlet står det klart, at nogle forandringstiltag hurtigere kan vise effekter end andre. Eksempelvis vil effekten ved inddragelse af lønsagsbehandlerne i rekrutteringen, kunne evalueres hurtigere gennem en uformel simpel spørgerunde, sammenlignet med effektivvurderingen af en større kulturforandring på de pågældende arbejdspladser, eftersom en kulturændring er forbundet med ændring af handlinger og adfærd, som først og fremmest skal implementeres, men også forankres, jf. afsnit 7.1, hvorfor gevinsterne heraf vil være mere langsigtede.

Et væsentligt forandringsforslag er derfor, at *Gravid og Glad* skal forsøge at generere kortsigtede gevinster, som støtter og motiverer både dem selv, men også de pågældende arbejdspladser i deres handlinger.

Gevinsten ved inddragelsen af lønsagsbehandlerne kan blandt andet bidrage med, at de sundhedsprofessionelle hurtigere bliver gjort opmærksomme på, at der kan være ting ved rekrutteringsmetoderne, der skal justeres ved, eftersom lønsagsbehandlerne befinder sig ude blandt



de gravide, og derfor har mulighed for at undersøge processen. Dette vurderes at motivere de sundhedsprofessionelle til at stille mod de mere langsigtede mål, som handler om at forbedre hele deres rekrutteringsproces og gøre tiltaget mere synligt.

Omvendt vil lønsagsbehandlerne også kunne bidrage med en italesættelse af *Gravid og Glad* over for de gravide, og eftersom de gravide derigennem får indsatsen tilbudt, vurderes det også at kunne have indflydelse på deres tvivl omkring opbakning til indsatsen jf. afsnit 10.1.3. Dette vurderes ligeledes at kunne bidrage til, at de gravide selv anbefaler indsatsen og gør andre opmærksomme herpå, hvilket ligeledes påvirker det mere langsigtede mål i forhold til at øge rekrutteringen.

Såfremt de graviders deltagelse i *Gravid og Glad* også er værdifuld for de øvrige medarbejdere på arbejdspladsen, vurderes det ligeledes at kunne motivere hele arbejdspladsen til at stræbe mod langsigtede gevinster som øget trivsel og nedbringelse af sygefraværet blandt de gravide. Disse gevinster menes at være en følge af, at de gravide efter træningsseancerne om mandagen kommer tilbage med fornyet energi og godt humør, som kan være afsmittende på deres kolleger, ligesom den fornyede energi vurderes at kunne bevirke, at de gravide løser deres arbejdsopgaver med et større drive, jf. 10.1.2, hvilket vurderes at være en gevinst for såvel kolleger som ledere, men også for organisationen *Gravid og Glad* eftersom det vurderes at kunne skabe en større tilslutning til indsatsen.

Således vurderes det, at en positiv effekt på det graviditetsbetingede sygefravær, ikke kun medfører gevinster for den styrende koalition, men også medfører gevinster for den enkelte gravide og arbejdspladsen.

Ydermere vurderes ovenstående gevinster at kunne bidrage med gevinster på et større samfundsniveau eftersom folkesundheden øges, såfremt flere gravide tilslutter sig og undgår sygdomsmeldinger, hvilket også betyder forbedringer på den økonomiske front, da der således vil ske en reducere af udgifter til sygedagpenge, ligesom andre omkostninger forbundet med det graviditetsbetingede sygefravær vil minimeres, jf. afsnit 2.11.

### ***Trin 7 - Fastholdelse af resultater og produktion af forandring***

Såfremt der opnås en effekt af de iværksatte forandringstiltag, er det vigtigt at fortsætte denne fremgang mod nye udfordringer, som kan opstå.

Som nævnt i trin 2 vil det være fordelagtigt at inddrage repræsentanter fra arbejdspladsen i den styrende koalition. Såfremt koalitionen udvides med nøglepersoner fra arbejdspladserne, som udfører deres opgaver på bedste vis og formår at bidrage til en effektivisering af rekrutteringsprocessen, foreslås det, at de sundhedsprofessionelle i *Gravid og Glad* uddelegerer flere opgaver og ansvarsområder til de forskellige nøglepersoner. Denne overdragelse vurderes at

give de sundhedsprofessionelle mere overskud til andre opgaver som eksempelvis en formativ evaluering af indsatsen og rekrutteringsprocessen, hvormed nye udfordringer kan komme frem i lyset, og et fokus kan rettes mod at bevare overblikket og opretholde oplevelsen af nødvendighed i relation til indsatsen.

### ***Trin 8 – Forankring og iværksættelse af Gravid og Glad i de gravides arbejdskultur***

Eftersom dette trin er det sidste i Kotters model, vil det indeholde flere aspekter, som er udfoldet på de tidligere trin.

I analysen og diskussionen blev det fundet, at en manglende italesættelse af *Gravid og Glad* på de gravides arbejdspladser, kan give anledning til følelser som tvivl, dårlig samvittighed og manglende oplevelse af accept hos de gravide, jf. afsnit 10.1.3.2. Dette illustrerer netop, at organisationskulturen påvirker det enkelte individs adfærd (85). Ovenstående følelser vurderes at være en medvirkende faktor til den lave tilslutning af deltagere, idet det formodes, at følelserne kan overskygge lysten til deltagelse. At lysten til at deltage kan være en barriere for deltagelse i en indsats, findes ligeledes i studierne af Bardus et al (2014), Lakerveld et al (2008), Groeneveld et al (2009).

Således fokuserer trin 8 på, hvorledes en positiv italesættelse af *Gravid og Glad* kan forankres i kulturen på de gravides arbejdspladser, således visionen gøres mere synlig og uhensigtsmæssige konsekvenser, som ovenstående negative følelser, undgås.

Det vurderes at en forankring af *Gravid og Glad* i arbejdskulturen, hvor indsatsen skal synliggøres og italesættes positivt, først og fremmest kræver en forandring af kulturen i organisationen *Gravid og Glad*. At kulturen i *Gravid og Glad* skal forandres, før kulturen på de pågældende arbejdspladser kan forandres skyldes, at *Gravid og Glad* er en organisation omkring et projekt, der udspiller sig på de gravides arbejdspladser i arbejdstiden. Således har handlingerne og tilgangen i *Gravid og Glad* indvirkning på, hvorledes indsatsen modtages og udspiller sig på disse arbejdspladser.

En kulturforandring kræver dog et vist kendskab til organisationen, og hvad der bør ændres på, førend forandringen reelt set kan finde sted (85). De konkrete forandringsforslag bygger dermed på, at de sundhedsprofessionelle får dannet sig et overblik over egen organisation og bliver bevidste omkring kulturen heri, da denne blev fundet manglende af de sundhedsprofessionelle jf. afsnit 10.1.4. Her vurderes Scheins kulturniveauer (89) at være et nyttigt redskab, hvormed de sundhedsprofessionelle, lag for lag, kan opnå et bedre kendskab til egen organisationskultur.

Med fokus på *artefakterne* foreslås det således, at de sundhedsprofessionelle løbende observerer de ting, der umiddelbart kommer til syne. Dette kan være tilslutningen til deres indsats, som i nærværende speciale vurderes utilstrækkelig i forhold til det opstillede delmål om at rekruttere 50

% af de gravide i MSO. Det kan være deres adfærd i forhold til at rekruttere deltagere, herunder de metoder og de fora der anvendes, jf. trin 4. Derudover kan det være en observation af deres indbyrdes samarbejde og konstellationen af koalitionen, jf. trin 2. Gennem disse observationer kan de sundhedsprofessionelle gøre sig antagelser, som efterfølgende kan sidestilles med de reelle værdier.

*Værdierne i Gravid og Glad* er deres drømmescenarie for indsatsen, der hvor de ønsker, at organisationen bevæger sig hen (89), Her kan igen refereres til deres ønske om en deltagelsesprocent på 50 %, ligesom der kan refereres til deres vision om at øge trivslen blandt gravide medarbejder i MSO og reducerede det graviditetsbetingede sygefravær, jf. trin 4. En sidestilling af ovenstående to lag vurderes at kunne åbne op for, at visse ting ikke stemmer overens, hvormed de sundhedsprofessionelle bør bevæge sig dybere ned til antagelserne, som ifølge Schein (1994) er vigtig at tage højde for, såfremt en forandringsproces skal lykkes jf. kapitel 7.

*Grundlæggende antagelserne* er alt det, som de sundhedsprofessionelle gør uden at tale om det (89). Små uskrevne regler og ritualer, som guider dem igennem projektet, og som har betydning for deres handlinger og adfærd på de ovenstående to niveauer. Ifølge Schein (1994), kan det være svært at se de grundlæggende antagelser i den organisation man befinder sig i, hvorfor det foreslås, som beskrevet på trin 1, at de sundhedsprofessionelle gør brug af løbende evalueringer og rådfører sig med de gravide og andre nøglepersoner, hvorved disse antagelser kan identificeres. Bliver de grundlæggende antagelser synlige, kan de justeres såfremt der er behov for dette, eller de kan medvirke til at illustrere små gevinster, såfremt de findes effektive, hvilket ifølge Kotter (1999), er det første skridt på vejen mod ændring af kulturen.

Slutteligt foreslås det, at *Gravid og Glad* retter fokus mod alle medarbejdere på de pågældende arbejdspladser og ikke kun de gravide, når der informeres om indsatsen og gevinsterne ved deltagelse i *Gravid og Glad*, jf. indsatserne i Region Sjælland og Odense kommune afsnit 2.6. Et bredere fokus og øget synliggørelse over for alle på arbejdspladserne, i forhold til hvilken betydning det har for dem, at de gravide kolleger og medarbejdere undgår sygemeldinger og forbliver i arbejde, vurderes at kunne medvirke til en ændring i disses handlinger og adfærd, hvormed en positiv italesættelse og accept af *Gravid og Glad* kan forankres i arbejdskulturen.

### **Opsummering**

Med afsæt i de graviders og de sundhedsprofessionelles udsagn, specialegruppens forforståelse samt de inddragede teorier, er der udarbejdet tre anbefalinger til forandringstiltag, der potentielt kan forbedre rekrutteringen af gravide til indsatsen *Gravid og Glad*.

- *Styrk koalitionen ved inddragelse af en repræsentant fra de gravides arbejdspladser, således denne kan medvirke til at skabe indsigt i organisationsstrukturen på disse arbejdspladser og videregive budskabet om Gravid og Glad, eftersom de er tættere på de gravide medarbejdere.*
- *Foretag formative evalueringer, da de bidrager til identificering af kriser ved rekrutteringsprocessen og etablering af oplevelsen af nødvendighed. Dette skaber ligeledes indblik i de impliceredes tankegang, således visionen kan imødekomme flere perspektiver under udarbejdelsen af denne.*
- *Øge synligheden af Gravid og Glad på arbejdspladserne gennem rekrutteringsmetoderne med fokus på kommunikationen af disse. Synligheden kan blandt andet øges gennem en kontinuerlig promovring og med overvejende brug af mund-til-mund metoden.*

Med udgangspunkt i ovenstående kapitel er specialegruppens forforståelse blev udvidet, idet det er fundet, at et kendskab til organisationen og et fokus på kommunikationsprocessen er vigtige aspekter at medtænke, førend en synliggørelse af rekrutteringsmetoderne i *Gravid og Glad* kan praktiseres.



# Kapitel 12

DISKUSSION AF  
REFERENCERAMME,  
METODE OG TEORI

## 12.0 DISKUSSION AF REFERENCERAMME, METODE OG TEORI

Nedenstående kapitel indeholder en diskussion af specialets referenceramme og dennes betydning for undersøgelsen. Ydermere diskuteres valg af metoder og teori samt anvendelsen af disse til besvarelsen af specialets problemformulering. Slutteligt diskuteres videnshuller i relation til den indsamlede empiri fra interviews.

Specialegruppens etiske overvejelser beskrives løbende, under de afsnit hvor overvejelserne har fundet sted, hvilket ligeledes gør sig gældende i forhold til kvalitetskravene *pålidelighed*, *gyldighed* og *generaliserbarhed*. Eftersom dette speciale anvender en hermeneutisk ramme, relaterer de anvendte kvalitetsbegreber sig til den hermeneutiske forskningsproces, jf. Dahlager og Fredslund (2013). Ydermere suppleres med kvalitetskrav i relation til det kvalitative forskningsinterview med henblik på om der er stringens og sammenhæng under hele processen (73).

### 12.1 Specialets referenceramme

I følgende afsnit diskuteres specialets overordnede rammer og hvorledes disse har skabt muligheder og begrænsninger i produktionen af viden i dette speciale.

#### 12.1.1 Hermeneutikken

Med hermeneutikken har specialegruppen formået at opnå en dybdegående og indlevende forståelse for de gravides og de sundhedsprofessionelles oplevelser og meninger om rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad*.

Det vurderes at det hermeneutiske perspektiv er ført hele vejen igennem specialet, særligt har specialegruppen været opmærksomme på at sætte forforståelsen i spil under indsamlingen af empiri, i analysen og diskussionen af denne samt i udarbejdelsen af forandringsforslag. Det kan dog diskuteres, om denne forforståelse burde være sat mere i spil, og om der i specialet skabes en tilstrækkelig dybdegående forståelse for de gravide og sundhedsprofessionelles udsagn, eller om denne forståelse kunne være dybere. Ud fra den hermeneutiske spiral kan der altid arbejdes med forståelsen, hvorfor der altid vil være argumenter for at arbejde mere med forforståelsen (62). I nærværende speciale vurderes det, at forforståelsen er sat i spil, idet specialegruppen gentagne gange har gjort sig bevidste omkring denne, ekspliciteret den i specialet og forholdt sig til, i hvilket omfang den er blevet udvidet, og hvor den yderligere kunne udvides. Denne bevidstgørelse vurderes at have styrket specialets *pålidelighed*, eftersom specialegruppen således er tro mod den hermeneutiske tilgang.

Således er der i nærværende speciale blevet konstrueret en produktiv viden, eftersom de barrierer, der blev fundet udfordrende i problemanalysen, er blevet udfoldet yderligere gennem de gravide og de sundhedsprofessionelles perspektiver. Eksempelvis blev det nævnt i problemanalysen, at tiden var en barriere for deltagelse uden yderligere uddybning af dette. De gravide i nærværende case har bidraget til en udvidelse af denne forståelse, eftersom de i fokusgruppeinterviewet har uddybet, at manglende tid til deltagelse, kan skyldes vigtige gøremål i hverdagslivet som afhentning af børn mv. Et andet eksempel er, at det ud fra problemanalysen blev antaget, at personer der i forvejen har kontakt til sundhedsprofessionelle takker nej til sundhedsindsatser, eftersom de finder den nuværende kontakt tilstrækkelig. Dette gjorde sig ikke gældende i nærværende case eftersom de gravide trods den obligatoriske kontakt til jordemoder i forbindelse med en graviditet, så muligheden for ekstra jordemoderkonsultationer som en motivationsfaktor for deres deltagelse i *Gravid og Glad*.

Det kan dog diskuteres hvorvidt specialets produktion af viden konstrueret ud fra de gravide og de sundhedsprofessionelle udsagn i samspil med specialegruppens forforståelse, kan relateres til den 'virkelige' verden, eftersom disse udsagn og forståelser netop er konstruktioner, der kan opfattes og opleves forskelligt blandt andre gravide og sundhedsprofessionelle, afhængig af de situationelle og kulturelle forhold de befinder sig i (60), jf. specialets epistemologiske positionering afsnit 5.1. Specialet har dog, med inddragelse af tilgængelige viden i form af studier og teori forsøgt, at støtte op omkring den konstruerede viden hvormed det kan antages, at specialets resultater i et vist omfang kan relateres til den 'virkelige' verden velvidende, at der ikke er tale om en endegyldig sandhed.

### **11.1.2 Design**

Nærværende speciale har gjort brug af en atypisk enkelt case som design for specialet. Dette er gjort med baggrund i, at der ikke eksisterer indsatser i Danmark med samme indhold som *Gravid og Glad*, hvorfor det ikke har været muligt at inddrage flere cases i undersøgelsen. Formålet med specialet var heller ikke at lave en sammenligning på tværs af indsatser men netop at få et indblik i både gravide og sundhedsprofessionelles oplevelser i forbindelse med rekrutteringen til en sundhedsfremmende indsats. På denne baggrund vurderes det, at den valgte case i nærværende speciale har været relevant og medvirkende til at kunne opnå den nødvendige viden i forsøget på at besvare nærværende problemformuleringen.

At casen er en atypisk case, vurderes at have betydning for *generaliserbarheden* af specialets fund. I denne type cases er det nemlig kun muligt: "(...) at diskutere fortolkningens omsættelighed til andre situationer" (62, s. 179). Dette placerer sig tæt op ad begrebet *analytisk generaliserbarhed*

(62), som betyder, at de fremfundne forandringsforslag i nærværende speciale kan bidrage til inspiration for andre kommuner eller virksomheder, som har en vision om at nedbringe det graviditetsbetingede sygefravær, eller har fokus på hvorledes rekrutteringen i en sådan indsats kan gribes an.

BIKVA-modellen har ligeledes været inspiration for specialets design i forhold til fremgangsmåden i indsamlingen af empirien. Modellen vurderes at have bidraget positivt til at få inddraget primært brugernes, men også de sundhedsprofessionelles perspektiv som var ønsket af specialegruppen. Modellen har dog medført nogle begrænsninger for specialegruppen, i forhold til at kunne skabe åbenhed i interviewene, på trods af at det er forsøgt at have en abduktiv tilgang, ligesom det også er forsøgt at arbejde mere ateoretisk. Særligt har der været en begrænsning i det dyadiske interview og dermed over for de sundhedsprofessionelles udsagn, eftersom dette interview i høj grad tog udgangspunkt i de gravides oplevelser, jf. BIKVA-modellen afsnit 5.3.2. Såfremt modellen ikke var blevet anvendt, vurderes det, at en bredere og dybere forståelse af de sundhedsprofessionelles perspektiv kunne være fremkommet, eftersom specialegruppen således ikke havde været fokuseret på bestemte parametre udvundet gennem fokusgruppeinterviewet.

Det vurderes dog, at modellen med sin struktur har bidraget til, at specialegruppen istedet har fået en dybere forståelse for de gravides perspektiv, hvilket netop var ønsket, eftersom dette perspektiv findes overset, men særdeles vigtigt at inddrage når potentielle forandringer skal foretages jf. afsnit 2.2.1 og 2.4. Yderligere har specialegruppen fremstillet forandringsforslag, som ligger ud over de gravides, hvilket ikke er i overensstemmelse med BIKVA-modellen, da denne har til formål udelukkende at inddrage brugernes udsagn. Dog fremgår det af metodeafsnittet, at modellen kun anvendes som inspiration, hvorfor specialegruppens forslag er fundet relevant at medtage. At specialegruppen har valgt at komme med forslag til mulige forandringer, har bidraget til, at de sundhedsprofessionelle har kunnet forholde sig til antagelser, som specialegruppen har erhvervet sig gennem problemanalysen, og som vurderes at kunne minimere barrierer for deltagelse. Såfremt disse antagelser blev vurderet at kunne imødekomme de gravides barrierer, kunne de dermed medtænkes i de fremtidige forandringsforslag.

Ved brug af BIKVA-modellen har det været muligt for specialegruppen at skabe en struktur og derigennem redegøre og argumentere for hvert skridt i indsamlingen af empiri. Derudover er den fundet anvendelig i besvarelsen af specialets problemformulering, eftersom den har medvirket til at holde fokus på de gravides perspektiver i begge interviews med tanke på et fremtidigt forandringstiltag, hvilket har styrket specialets *gyldighed*.



## 12.2 Det kvalitative forskningsinterview

I følgende afsnit diskuteres anvendelsen af kvalitative interviews, samt de valg der er gjort i forskningsprocessen i forbindelse med valg af deltagere, moderatorens rolle samt udførelsen af de kvalitative interviews.

### 12.2.1 Udvalgelse af deltagere

Der kan stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt de gravide deltagere i nærværende case er den rette målgruppe i forhold til at kunne besvare specialets problemformulering omhandlende hvilke barrierer, der påvirker til ikke-deltagelse. Det kan diskuteres hvorvidt de gravide, som har valgt at deltage i *Gravid og Glad*, kan bidrage med det bedste indblik i hvilke barrierer der måtte være for ikke-deltagelse, eller om dette indblik ville opnås bedre ved at inddrage gravide, som har fravalgt at deltage i indsatsen. Således har de deltagende og ikke-deltagende gravide i MSO ikke nødvendigvis den samme oplevelse af potentielle barrierer for at til- eller fravælge en sundhedsfremmende indsats.

Et argument for ikke at inddrage ikke-deltagende gravide var, at en kontakt til disse ikke var mulig, eftersom hverken specialegruppen eller Folkesundhed Aarhus var bekendte med hvem disse kvinder er. Eftersom gravide medarbejdere som har fravalgt at deltage i *Gravid og Glad* ikke er registreret, blev det vurderet, at en opsporing af disse kvinder ville være en så omfattende udfordring for specialegruppen, at det tidsmæssigt ville strække sig ud over specialets tidsperspektiv.

Ved at inddrage gravide medarbejdere som deltagere i indsatsen vurderes det alligevel, at være muligt at få indblik i hvilke barrierer der kan være for ikke-deltagelse. Dette skyldes, at disse deltagere ligger inde med viden omkring kollegers og egne argumenter for at fravælge at deltage, velvidende at denne viden kan bygge på deres formodninger, og derfor ikke er direkte viden fra de gravide som ikke deltager. Da de fremkomne barrierer udsprunget af den indsamlede empiri stemmer overens med barrierer fundet i de videnskabelige studier, vurderes det dog, at de gravides udsagn er dækkende til besvarelse af første del af problemformuleringen omhandlende brugerperspektivet.

Et andet argument for at inddrage de nuværende gravide deltagere i nærværende speciale var, at de grundet deres deltagelse i indsatsen *Gravid og Glad* havde bedre mulighed for at komme med konkrete forslag til en forandring af rekrutteringsstrategien, da de kender til indsatsen og dermed har kendskab til hvilken strategi, der er anvendt mod dem. Der ville være en potentiel risiko for, at ikke-deltagende ikke har kendskab til indsatsen og derfor ikke kunne forholde sig til forandringer relateret til *Gravid og Glad*.

Eftersom de gravide deltagere i fokusgruppeinterviewet er præget af heterogenitet, afspejler de således personer med forskellig baggrund, arbejdsområde, alder og antal graviditeter, jf. afsnit 6.1.1.1. Denne variation blandt de deltagende vurderes at styrke specialets *gyldighed*, eftersom specialet netop har til hensigt at udarbejde et forandringsforslag, der har fokus på alle gravide i MSO med forskellige sociale og kulturelle baggrunde.

#### ***12.2.1.1 Rekruttering af gravide deltagere til fokusgruppeinterview***

Eftersom det ikke lykkedes specialegruppen at rekruttere tilstrækkeligt med deltagere til fokusgruppeinterviewet gennem den mundtlige invitation, som blev givet i forbindelse med en træningsseance med lavt fremmøde, eller gennem den efterfølgende skriftlige invitation pr. mail valgte specialegruppen at kontakte de potentielle deltagere pr. telefon, da denne rekrutteringsmetode blev fundet effektiv af Koopmans et al (2012).

Denne handling var forbundet med etiske overvejelser (75), eftersom specialegruppen vurderede at et uforberedt telefonopkald kunne være en større indgriben i de gravides private liv sammenlignet med en invitation pr. mail. Ligeledes var det formodet, at denne indgriben kunne resultere i, at de gravide kunne have sværere ved at afvise fokusgruppeinterviewet. Specialegruppen lagde derfor i den telefoniske samtale udtrykkeligt vægt på, at det fortsat var et tilbud, og at de på ingen måde var tvunget til at deltage, ligesom der blev ekspliciteret, at de gerne måtte få lidt betænkningstid og melde tilbage nogle dage senere. De gravide tog positivt imod opkaldet og det sikrede en hurtigere tilbagemelding om deltagelse, hvorfor det vurderes at denne strategi var det rette valg.

#### **12.2.2 Udførelse af interviews**

Under fokusgruppeinterviewet, med de syv gravide deltagere, var der en oplevelse af, at de gravide formåede at skabe en aktiv dialog omkring specialegruppens spørgsmål, lige så vel som de supplerede hinandens oplevelser godt. Dog bar diskussionen både positiv og negativ præg af, at én af de gravide havde et dybere kendskab til indsatsen, grundet tidligere arbejdsopgaver. Positivt betød dette, at den gravide havde interesse i emnet og dermed spurgte ind til de øvrige gravide deltagere, hvilket anses som en styrke i interviewet. Dermed åbnede den gravide op for perspektiver, som moderator ikke umiddelbart havde tænkt på. Som eksempel kan nævnes, at dialogen omkring inddragelse af nøglepersoner blev igangsat af denne gravide. Negativt betød det, at denne gravide til tider var dominerende under interviewet, hvilket resulterede i, at mere introverte deltagere ikke kom til orde i samme omfang. Det vurderes dog at alle gravides perspektiver kom frem under interviewet, men moderator kunne med fordel have stillet flere opfølgende spørgsmål, for at få uddybet de mere introverte deltageres oplevelser.

På trods af ovenstående blev der skabt en ny og dybere forståelse for hvilke motivationsfaktorer og barrierer, de gravide oplevede i relation til *Gravid og Glad*. Eftersom ønsket var, at få indsigt i flere gravides perspektiver vurderes det, at fokusgruppeinterviewet fungerede efter hensigten, og at samme resultat ikke var opnået ved individuelle interviews med de gravide.

Efter fokusgruppeinterviewet blev der afholdt et dyadisk interview med de sundhedsprofessionelle, for således at gøre det muligt at frembringe realistiske forslag til hvorledes rekrutteringsprocessen kan se ud fremadrettet med afsæt i de gravides ønsker. Det kan diskuteres, hvorvidt projektlederen skulle have været en del af det dyadiske interview, da denne har ansvaret for og overblikket over hvilke økonomiske ressourcer, der er til rådighed i det videre arbejde med indsatsen. Såfremt dette havde været aktuelt, ville der have været tale om et fokusgruppeinterview som metode frem for et dyadisk interview. Det vurderes dog, at de to sundhedsprofessionelle besad tilstrækkelig autoritet og viden til at forholde sig til de gravides forslag, der ikke var baseret på store økonomiske udgifter, hvilket også er et belæg for at undlade at inddrage projektlederen. Derudover er de to sundhedsprofessionelle, som blev valgt til interviewet, tættere på deltagerne og har derfor større mulighed for at forholde sig til de gravides oplevelser og forslag, sammenlignet med projektlederen.

Efter udførelsen af begge interviews, som blev optaget på lydfil, blev optagelserne transskriberet ordret. Specialegruppen var under gennemlæsning af transskriptionerne opmærksomme på potentielle overensstemmelser mellem lydoptagelsen og transskriptionen, hvilket blev skærpet ved, at to af specialemedlemmerne lyttede optagelserne igennem mens de læste transskriptionsmaterialet, jf. afsnit 6.1.3. Herved vurderes risikoen for fejlhøring og fejlfortolkning af empirien at være nedsat (73). Dette vurderes at have styrket *pålideligheden* af de udsagn analysen er bygget op omkring.

#### ***12.2.2.1 Moderatorposition***

Moderatoren kan grundet sin profession og rolle i interviewene, medvirke til at der uhensigtsmæssigt kan opstå en negativ magtrelation, som kan påvirke deltagerens lyst til at dele sine oplevelser og meninger (75). Magtrelationen i interviewene blev forsøgt undgået ved, at skabe trygge rammer for informanterne, blandt andet ved at afholde interviewet et velkendt sted, ved at holde en uformel tone, hvor der ikke blev gjort brug af et akademisk sprog og ved at fremtræde høflig og respektfuld (73), hvilket formodes at have virket. For at undgå en negativ magtrelation var det også vigtigt at skabe nærhed, til deltagerne, uden at være for involveret, således den professionelle distance blev bevaret, hvilket interviewguiden var en god hjælp til, idet den gav plads

til, at moderator kunne vise interesse og spørge ind til deltagernes udsagn, mens den samtidig sikrede, at moderator havde den professionelle rolle under interviewene.

Under både fokusgruppeinterviewet og det dyadiske interview var der en god flydende dialog mellem deltagerne, hvilket var ønsket fra specialegruppens side. Dermed vurderes det, at der ikke opstod en negativ magtrelation mellem deltagerne og moderator, men at deltagerne var villige til at dele oplevelser og meninger på trods af, at moderatoren satte rammerne for interviewene.

### 12. 3 Litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning i nærværende speciale er foretaget i seks sundheds- og samfundsvidenskabelige databaser, der dækker forskellige områder her indenfor og derfor synes at supplere hinanden. Dermed synes dækningsgraden af relevant litteratur at være høj.

Indledningsvist blev det forsøgt at finde studier hvor målgruppen var gravide kvinder, og interventionen skulle omhandle graviditet, men eftersom dette ikke frembragte relevante hits, valgte specialegruppen at udvide målgruppen til voksne personer af begge køn, mens interventionen blev udvidet til at måtte omhandle populationsbaserede sundhedsindsatser målrettet raske mennesker eller forebyggelse af livsstilssygdomme.

Den systematiske litteratursøgning resulterede stadig kun i få studier, hvorfor de opstillede inklusionskriterier endnu engang blev udvidet, således studierne måtte indeholde screeningstilbud, hvis blot det ikke var screening for livstruende sygdomme, som eksempelvis cancer.

Specialegruppen er blevet opmærksom på, at trunkeringen af ordet "Non-participat\*" med fordel kunne have været "Non-participa\*", hvormed det formodes at ord som Non-participant(s) blev inkluderet i søgningen. Dette kunne muligvis have medført flere hits i databaserne.

Det kan diskuteres hvorvidt den systematiske litteratursøgning beskrevet ovenfor er fyldestgørende, eftersom der blev frasorteret en del studier i udvælgelsesprocessen. Dog blev kvaliteten af søgningen bekræftet, eftersom kontakt med bibliotekarer på Aalborg Universitet ikke kunne bidrage med en yderligere specificering af søgningen. Således vurderes søgningen at være fyldestgørende og medvirkende til at højne *pålideligheden* i indsamlingen af de fremfundne studier.

I forhold til *generaliseringen* af specialets fund vurderes det ikke at være muligt at overføre, fund direkte til fremtidige lignende indsatser, da formålet med nærværende speciale har været at bidrage til et potentielt forandringsperspektiv i relation til rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad*. Dette skyldes, at det ikke nødvendigvis er de samme barrierer og udfordringer der opleves af andre deltagere og sundhedsprofessionelle. Dog vurderes det, at inddragelsen af videnskabelige studier øger muligheden for en generalisering af specialets forandringsforslag, eftersom disse viser samme tendens som udforsket i nærværende case.

## 12.4 Diskussion af anvendt teori

Følgende afsnit har til formål at diskutere anvendelsen af de forskellige teoretikere, som er medtaget i specialets kapitel 11.0, *Casen i et forandringsperspektiv*. Herunder hvordan de har skabt muligheder og begrænsninger i udfoldelsen af konkrete forandringsforslag, og dermed været anvendelige til besvarelsen af sidste del af problemformuleringen.

### 12.4.1 Kotters 8-trinsmodel

Kotters 8-trins model er fundet anvendelig til brug i nærværende speciale, da den illustrerer en konceptuel model for forandring. Dermed har modellen medvirket til diskussionen af hvorledes en forandring af rekrutteringen i *Gravid og Glad* potentielt kan forbedres. Modellen er ligeledes fundet relevant at inddrage i diskussionen af *Casen i et forandringsperspektiv*, da den indeholder mange parametre, som stemmer overens med nogle af de problematikker, der blev fundet i relation til barrierer og udfordringer ved rekruttering af deltagere. Således har modellen med sine otte trin, bidraget med et godt struktureret overblik over hvilke elementer, der skal tilgodeses i en forandringsproces, og dermed har det været muligt for specialegruppen at analysere og diskutere nærværende speciales forandringsproces i hvert trin mere dybdegående.

På trods af det gode overblik modellen skaber, er der dog nogle kritikpunkter i relation til denne. Som skrevet er det en meget overordnet model, hvilket tydeliggøres idet Kotter taler mere om hvad en organisation bør gøre, end hvordan organisationen reelt skal udføre handlingerne på hvert enkelt trin. Dertil opleves det, at trinene er overlappende hinanden, hvilket gør modellen svær at beskrive i forhold til dens anvendelse i praksis. Kotter fremhæver, at man i en forandringsproces må følge trinene stringent, og ikke springe nogle trin over (85), hvilket i praksis kan synes vanskeligt at gøre til fulde, eftersom der netop ikke foreligger præcise bud på hvorledes, eksempelvis kommunikationen skal praktiseres. Dog vurderes det, at modellen har bidraget til, at specialegruppen er kommet omkring væsentlige parametre i relation til et fremtidigt forandringsperspektiv grundet modellens fokus på vigtige elementer i en forandringsproces.

Dette kan således styrke relevansen og anvendeligheden af nærværende speciales forandringsforslag over for de sundhedsprofessionelle.

I tilfælde hvor der har været behov for at supplerer Kotters trin, blev det valgt at inddrage Lasswell og Schein, således elementerne om at forbedre kommunikationen og ændre på kulturen blev mere håndgribelige.

### 12.4.2 Lasswells udvidede kommunikationsmodel

Anvendelsen af Lasswells kommunikationsmodel er fundet relevant og anvendelig i dette speciale, eftersom der netop blev fundet udfordringer forbundet med kommunikationen, og dermed synliggørelsen, af *Gravid og Glads* vision og budskaber.

Kommunikationsmodellen har bidraget med et struktureret overblik over forskellige grundkomponenter, der er indeholdt i en kommunikationsproces (88). Desforuden har Lasswell formået at adskille de forskellige komponenter i kommunikationen, således de hver især kan udforskes selvstændigt. På den måde kan de sundhedsprofessionelle med udgangspunkt i modellen, forberede sig på deres fremtidige kommunikation ned til mindste detalje, hvorved potentielle barrierer i kommunikationsprocessen og muligheder for at imødekomme disse kan indtænkes på forhånd.

Lasswells model kan dog kritiseres for, at det primære fokus ligger på hvordan budskabet spredes ud, hvilke medier der bør anvendes og hvem modtageren bør være. Der er ikke i samme omfang taget højde for kulturelle og sociale faktorer, som vurderes også at have indflydelse på kommunikationsprocessen og forståelsen af det, der kommunikeres ud.

Således kan de sundhedsprofessionelles kulturelle og sociale baggrunde adskille sig fra de gravides, hvilket formodes at kunne vanskeliggøre kommunikationsprocessen, uanset medie.

Dog vurderes modellen, at være anvendelig, idet den pointerer vigtige elementer i en kommunikationsproces, som kan styrke de sundhedsprofessionelles kommunikationsstrategier. Det vil dog være ideelt, også at indtænke de kulturelle og sociale forhold sideløbende med Lasswells model.

Eftersom kommunikation blandt andet er en del af adfærden når der tales organisationskultur, er Schein anvendt i nærværende speciale til at tydeliggøre hvorledes *Gravid og Glad* kan opnå et bedre kendskab til egen organisation på vej mod en forankring af indsatsen på de gravides arbejdspladser.

### 12.4.3 Scheins teori om kulturniveauer

Scheins teori, omhandlende de tre kulturniveauer, er fundet relevant at inddrage i nærværende speciale, eftersom der blev fundet udfordringer forbundet med arbejdskulturen hos henholdsvis *Gravid og Glad*, men også blandt de gravide.

De tre kulturniveauer har bidraget med et struktureret overblik over, hvorledes man kan forstå og betragte en organisationskultur, hvilket kan medvirke til at forbedre kommunikationen og dermed rekrutteringsprocessen. Ligeledes påpeger den vigtigheden i at beskæftige sig med antagelserne i kulturen, eftersom de påvirker handlingerne og adfærden heri.

I modsætning til Kotter er Scheins teori mere analyserende og dermed knap så handlingsorienteret (89). Det kan derfor være svært, rent praktisk, at anvende teorien som et redskab til de sundhedsprofessionelle i *Gravid og Glad*. Schein (1994) giver ikke konkrete fremgangsmåder, hvorpå de tre niveauer kan afdækkes i en analyse af kulturen, hvorfor det er uklart hvordan man bør gå til værks. Ydermere giver han ikke nogle retningslinjer for, hvordan man når fra artefaktniveauet til værdiniveauet og slutteligt det mere ubevidste niveau, antagelserne. Således er det op til de sundhedsprofessionelle selv, at finde frem til de grundlæggende antagelser og kortlægge dele af kulturen. Det kan dog diskuteres hvorvidt der også er behov for konkrete handlinger, eftersom en organisation består af mennesker, og det kan diskuteres, hvorvidt menneskelig adfærd kan forandres ud fra konkrete anbefalinger. Således vurderes det at en analyse af den pågældende organisation er tilstrækkelig, eftersom den kan synliggøre, hvilke handlinger der er behov for i den specifikke case, afhængig af den situationelle og kulturelle kontekst på aktuelle tidspunkt.

Overordnet set har både Kotter, Laswell og Schein bidraget med overblik, uddybelse og ideer til, hvad der skal fokuseres på i et fremtidigt forandringstiltag af rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad*. Anvendelsen af teorierne vurderes ligeledes at oversætte specialegruppens forandringsforslag, som er formuleret med afsæt i de empiriske iagttagelser, til et højere abstraktionsniveau, som teorien netop udgør (91). Dette vurderes ydermere at styrke *gyldigheden* af nærværende speciales resultater.

## 12.5 Specialets videnshuller

Efter udarbejdelsen af specialet og en reflektiv gennemgang af processen er der fundet nogle videnshuller, som kunne være interessant at have undersøgt nærmere, eftersom det kan have betydning for rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad*. Videnshullerne optræder i de forskellige interviews og beror sig på udtalelser fra de deltagende, som kunne have været interessant at udforske yderligere, men som ikke er foretaget grundet andre fokusområder i specialet.

Første videnshul bygger på, at størstedelen af de gravide i nærværende case havde valgt at deltage i *Gravid og Glad* for at forblive sunde og ikke fordi de på forhånd døjede med graviditetsgener. Studiet af Groeneveld et al (2009) samt Wall & Teeland et al (2004) viste derimod, at personer, der opfattede sig selv som sunde og raske var mindre tilbøjelige til at deltage i sundhedsindsatser. Således kunne det være interessant at undersøge, hvorvidt de gravide i nærværende case, som ikke var præget af graviditetsgener, valgte at deltage fordi de følte sig mindre sunde på andre områder, der ikke var relateret til deres graviditet. Såfremt dette var tilfældet bruger *Gravid og Glad* ressourcer på den forkerte målgruppe.

Andet videnshul beror sig på, at en af de gravides motivation for deltagelse i *Gravid og Glad* blandt andet bygger på at møde andre i samme situation. Dette bliver der ikke spurgt yderligere ind til i interviewet blandt de resterende deltagere, hvorfor det er usikkert hvorvidt andre motiveres af det samme. I tillæg til dette kunne det have været interessant at undersøge, hvad der vejede tungest blandt de gravide i forhold til deres fremmøde, om det er muligheden for professionel vejledning eller muligheden for at være sammen med andre ligesindede og sparre med disse. Såfremt deres største motivationsfaktor beror sig på sidstnævnte, kan forslaget om at tilbyde *Gravid og Glad* i lokalområder måske alligevel praktiseres, eftersom der således blot skal stilles træningslokaler til rådighed, hvor de gravide kan mødes og træne sammen. Dette formodes ikke at stille yderligere krav til de sundhedsprofessionelles tid og ressourcer.

Tredje videnshul bygger på de sundhedsprofessionelles organisatoriske udfordringer, i forhold til den manglende tilladelse til at tage direkte kontakt til den øverste ledelse, hvilket resulterede i en mangelfuld promovering af *Gravid og Glad* på arbejdspladserne og et begrænset samarbejde de sundhedsprofessionelle og ledelsen imellem. I interviewet blev der ikke spurgt nærmere ind til denne udtalelse, men det vurderes, at en større viden på området og dermed en dybere indsigt i organisationsstrukturen, kunne have bidraget til udarbejdelsen af mere konkrete anbefalinger i forhold til at etablere en bedre kontakt og et bedre samarbejde med ledelsen.



# Kapitel 13

## KONKLUSION

## 13.0 Konklusion

Med henblik på specialets problemformulering: *“Hvordan opleves rekrutteringsprocessen til indsatsen Gravid og Glad, og hvilke forandringer kan medvirke til at forbedre rekrutteringsprocessen - set ud fra et bruger- og professionelt perspektiv?”* kan det på baggrund af de gravides og de sundhedsprofessionelles udsagn konkluderes, at der opleves barrierer forbundet med rekrutteringsprocessen til *Gravid og Glad*. Disse barrierer er dermed en medvirkende forklaring på den lave tilslutning til indsatsen.

Det er i nærværende speciale fundet, at en manglende synlighed af indsatsen forårsager, at de gravide, i nærværende case ikke rekrutteres gennem *Gravid og Glads* anvendte rekrutteringsmetoder, men derimod ved tilfældigheder. Flere af rekrutteringsmetoder er de gravide slet ikke bekendte med.

Den manglende synlighed og promovning af *Gravid og Glad* er blandt andet forårsaget af organisatoriske og strukturelle udfordringer, idet de sundhedsprofessionelle mangler et strukturelt indblik i de gravides arbejdspladser, herunder hvem de kan og må kontakte, for at formidle deres budskab om indsatsen. Endvidere skyldes den manglende synlighed, at *Gravid og Glad* ikke har gentaget promovningen af deres budskaber på diverse fora samtidig med, at nogle af rekrutteringsmetoderne findes mindre fængende eller tilgængelige.

Endnu en barriere er, at placeringen for *Gravid og Glad* er medvirkende til, at de gravides kolleger fravælger at deltage i indsatsen på grund af afstanden til lokaliteten. Denne udfordring mener de sundhedsprofessionelle dog ikke er mulig at imødekomme på nuværende tidspunkt, hvorfor forandringsforslag, der imødekommer denne udfordring, ikke er beskrevet nærmere.

Ovenstående fund leder frem til følgende anbefalinger, der potentielt kan forbedre rekrutteringen af gravide medarbejder til *Gravid og Glad*, hvormed en øget trivsel og nedbringelse af det graviditetsbetingede sygefravær i MSO kan tilstræbes:

- *Styrk koalitionen ved inddragelse af en repræsentant fra de gravides arbejdspladser, således denne kan medvirke til at skabe indsigt i organisationsstrukturen på disse arbejdspladser, og videregive budskabet om Gravid og Glad eftersom de er tættere på de gravide medarbejdere.*
- *Foretag formative evalueringer, da de bidrager til identificering af kriser ved rekrutteringsprocessen og etablering af oplevelsen af nødvendighed. Dette skaber ligeledes indblik i de impliceredes tankegang, således visionen kan imødekomme flere perspektiver under udarbejdelsen af denne.*

- *Øge synligheden af Gravid og Glad på arbejdspladserne gennem rekrutteringsmetoderne med fokus på kommunikationen af disse. Synligheden kan blandt andet øges gennem en kontinuerlig promovering og med overvejende brug af mund-til-mund metoden som det primære medie.*

Under udarbejdelsen af forandringsforslag kan det være svært at tilgodese og tilfredsstille alle implicerede parter i en indsats, idet alle individer er forskellige, tænker forskelligt og har forskellige behov, både på det sociale, det kulturelle og organisatoriske niveau. En forandring der for nogle findes god, kan for andre være forbundet med udfordringer, hvorved der opstår en potentiel risiko for, at utilsigtede konsekvenser kan opstå.

Slutteligt bærer udarbejdelsen af specialet præg af, at der findes et videnshul på området. En væsentlig pointe i denne sammenhæng er, at der er behov for mere viden omkring indsatser, der har til hensigt at nedbringe det graviditetsbetingede sygefravær.



# Kapitel 14

## REFERENZELISTE

## 14.0 REFERENCELISTE

- (1) RB, Vennestrøm J. Den gravide syge er blevet en epidemi. 2014 02/01.
- (2) Bach HB, Coop Henriksen A. Gravides sygefravær. Kbh.: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2010.
- (3) Beskæftigelsesministeriet. Analyse af graviditetsbetinget fravær. Kbh. Beskæftigelsesministeriet; 2010.
- (4) Jordemoderforeningen. Barselsorlov med løn og dagpenge. Available at: <http://www.jordemoderforeningen.dk/loen-ansættelse/barsel-og-anden-orlov/barsel-og-boern/barselsorlov-med-loen-og-dagpenge/>. Accessed 02/23, 2016.
- (5) Dansk Arbejdsgiverforening. Arbejdsmarkedsrapport 2005 - Sygefravær. 2005:25-68.
- (6) Hansen ML, Thulstrup AM, Juhl M, Kristensen JK, Ramlau-Hansen CH. Occupational exposures and sick leave during pregnancy: results from a Danish cohort study. Scand J Work Environ Health 2015;41(4):397.
- (7) Sydsjö G, Monfils WG, de Keyser N, Claesson I, Sydsjö A, Josefsson A. Effects of a weight-gain restriction programme for obese pregnant women on sickness absence and pregnancy benefits. Scand J Prim Health Care 2013;31(2):106-110.
- (8) Beskæftigelsesministeriet. Analyse af sygefraværet. Kbh.: Beskæftigelsesministeriet; 2008.
- (9) Danmarks Statistik. Danmark i tal. årgang 2015. : Danmarks Statistik; 2015.
- (10) Danmarks statistik. Små udsving i sygefraværet. 2013; Available at: <http://www.dst.dk/da/Statistik/NytHtml?cid=18969>. Accessed 03.15, 2016.
- (11) Kommunernes Landsforening. Det kommunale arbejdsmarked i tal. Kbh; 2004
- (12) Myklebø S, Thune O. Sykefravær og svangerskap. Arbeid og velferd 2007;3.
- (13) Mastekaasa A. Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. Social Science and Medicine; 2005 p. 2261-2272
- (14) Mortensen OS, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær : årsager og handlemuligheder. Kbh.: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2008.
- (15) Brinkmann S, Petersen A. Diagnoser i samtiden: En introduktion. In: Brinkmann S, Petersen A, editors. Diagnoser : perspektiver, kritik og diskussion. 1. bogklubudgave ed. Kbh.: Gyldendals Bogklubber; 2015. p. 7-17.
- (16) Brinkmann S. Patologiseringstenen; diagnose og patologier før og nu. In: Brinkmann S. Det diagnostiserede liv – sygdom uden grænser. Forfatterne og Klim; 2010
- (17) Kærlev L, Jacobsen L,B, Olsen J, Bonde P. Long-term sick leave and its risk factors during pregnancy among Danish hospital employees. 2004 2004.

- (18) Roelen CA, Bültmann U, Groothoff J, van Rhenen W, Magerøy N, Moen BE, et al. Physical and mental fatigue as predictors of sickness absence among Norwegian nurses. *Res Nurs Health* 2013;36(5):453-465.
- (19) Arbejdstilsynet. Sygefravær og arbejdsmiljø. Kbh.: Arbejdstilsynet; 2005.
- (20) Hviid Jacobsen M, Tonboe J editors. Arbejdssamfundet : den beslaglagte tid og den splittede identitet. Kbh.: Hans Reitzel; 2004.
- (21) Wüst M. Maternal employment during pregnancy and birth outcomes: Evidence from Danish siblings. *Health Econ* 2015;24(6):711-725.
- (22) Höglund E, Dykes A. Living with uncertainty: A Swedish qualitative interview study of women at home on sick leave due to premature labour. *Midwifery* 2013;29(5):468-473.
- (23) Bury M. Sundhed og sygdom. Kbh.: Akademisk Forlag; 2007.
- (24) Launsø L, Rieper O, Olsen L. Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. 6th ed. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag; 2011.
- (25) Rose N. Hvad er diagnoser til for? In: Brinkmann S, Petersen A, editors. *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion* 36: 17; 2015. p. 17-36.
- (26) Niklasson G. Graviditet og risiko : kvinders oplevelse af tilbud, valg og krav. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2015.
- (27) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. 2nd ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; eksp. Komiteen for Sundhedsoplysning; 2013.
- (28) Ingerslev HJ, Humaidan P, Andersen A. Udvikling og udfordringer i fertilitetsbehandling i Danmark. *Ugeskrift for læger* 174/41. Oktober 2012.
- (29) Jensen LS. Overvægt. Available at: <http://www.jordemoderforeningen.dk/nyhedsbreve/nyhedsbreve/nyhedsbrev-for-gravide/singlevisning/artikel/overvaegt/>. Accessed 02/23, 2016.
- (30) Hansen ML, Thulstrup AM, Juhl M, Kristensen JK, Ramlau-Hansen CH. Predictors of sickness absence in pregnancy: a Danish cohort study. *Scand J Work Environ Health* 2015;41(2):184.
- (31) Biering K, Nøhr EA, Olsen J, ANDERSEN A, NYBO M, HJØLLUND NH, et al. Pregnancy-related pelvic pain is more frequent in women with increased body mass index. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90(10):1132-1139.
- (32) Diabetesforeningen. Graviditetsdiabetes. Available at: <http://www.diabetes.dk/diabetes-2/fakta-om-diabetes-2/graviditetsdiabetes.aspx>. Accessed 02/23, 2016.
- (33) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om fysisk aktivitet til gravide. 2013; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/anbefalinger/anbefalinger-fysisk-aktivitet-til-gravide>. Accessed 03.25, 2016.

- (34) Andersen LK, Backhausen M, Hegaard HK, Juhl M. Physical exercise and pelvic girdle pain in pregnancy: A nested case-control study within the Danish National Birth Cohort. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2015;6(4):198-203.
- (35) Sundhedsstyrelsen, Komiteen for Sundhedsoplysning. Sunde vaner - før, under og efter graviditet. 4th ed. København: Sundhedsstyrelsen; Komiteen for Sundhedsoplysning; 2014.
- (36) Christiansen M. Diabetes i graviditeten. 2015; Available at: <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/graviditet/sygdomme/graviditet-og-sygdom/diabetes-i-graviditeten/>. Accessed 03/20, 2016.
- (37) Kristensen P, Nordhagen R, Wergeland E, Bjerkedal T. Job adjustment and absence from work in mid-pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Occup Environ Med* 2008 Aug;65(8):560-566.
- (38) Den danske ordbog. Risikogruppe. Lokaliseret på: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=risikogruppe>
- (39) Mortensen OS, Andersen JH, Andersen JH, Ektor-Andersen J et al. Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejdet ved muskel- og skeletbesvær – årsager og handlemuligheder. Det Nationale Forskningscenter; 2008.
- (40) Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg. Sammen om sundhed - mere af det der virker. Aarhus Kommunes sundhedspolitik 2015-2018. 2015.
- (41) Aarhus Kommune. Sundhed og Omsorg. 2015; Available at: <https://www.aarhus.dk/da/omkommunen/organisation/sundhed-og-omsorg.aspx>. Accessed 05.12, 2016.
- (42) Aarhus Kommune. Personaleredegørelse 2014. 2014.
- (43) Conopor. Lokaliseret den 14.03.2016; <http://conopor.dk/historien.aspx>
- (44) Bardus M, Blake H, Lloyd S, Suzanne Suggs L. Reasons for participating and not participating in a e-health workplace physical activity intervention: A qualitative analysis. *International Journal of Workplace Health Management* 2014;7(4):229-246.
- (45) Koopmans B, Nielen MM, Schellevis FG, Korevaar JC. Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice. *BMC Public Health* 2012;12(1):1.
- (46) Lakerveld J, IJzelenberg W, Van Tulder MW, Hellemans IM, Rauwerda JA, Van Rossum AC, et al. Motives for (not) participating in a lifestyle intervention trial. *BMC Medical Research Methodology* 2008;8(1):1.
- (47) Groeneveld IF, Proper KI, van der Beek AJ, Hildebrandt VH, van Mechelen W. Factors associated with non-participation and drop-out in a lifestyle intervention for workers with an elevated risk of cardiovascular disease. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009 Dec 1;6:80-5868-6-80.
- (48) Wall M, Teeland L. Non-participants in a preventive health examination for cardiovascular disease: characteristics, reasons for non-participation, and willingness to participate in the future. *Scand J Prim Health Care* 2004;22(4):248-251.

- (49) Abrahamsson B, Berg MU, Jutengren G, Jonsson A. To recommend the local primary health-care centre or not: what importance do patients attach to initial contact quality, staff continuity and responsive staff encounters? *International Journal for Quality in Health Care* 2015;27(3):196-200.
- (50) Rongen A, Robroek SJ, Van Ginkel W, Lindeboom D, Altink B, Burdorf A. Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: a six-month follow-up study. *BMC Public Health* 2014;14(1):1.
- (51) Juul S. *Epidemiologi og evidens*. 2th. Ed. Kbh Munksgaard; 2012
- (52) Andreasen M, Falk J, Skov Nielsen N. Sundhed og trivsel på arbejdspladsen : inspiration til systematisk og strategisk arbejde med sundhedsfremme i virksomheden. 2010:64 sider, illustreret i farver.
- (53) Timm H. Det sunde væsen og de syge brugere. 2000:54-67.
- (54) Hart JT. *The political economy of health care: a clinical perspective*. 2006.
- (55) Wackerhausen S. Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. In: Juul Jensen U, Fuur Andersen P, editors. *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis* Århus: Philosophia; 1994.
- (56) Raffnsøe S, Thaning MS, Gudmand-Høyer M. Foucault. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2008.
- (57) Illeris K. *Læring*. 2. reviderede udgave ed. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2006.
- (58) Kemp P. Lægekunst som etik. In: Andreasen TE, Bjerrum M, Lund Christiansen K, editors. *Filosofi, etik, videnskabsteori* Kbh.: Akademisk; 2001. p. 343 sider.
- (59) Crotty M. *The foundations of Social Research Meaning and perspective in the research process*. Sage publications. 1998. p. 1-17.
- (60) Bitsch Olsen P, Pedersen K. f.1966-01-26. *Problemorienteret projektarbejde : en værktøjsbog*. 3. udgave (Ny 3. udgave) ed. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2003.
- (61) Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design. Choosing Among Five Approaches*, kap. 2, s. 15-35: Philosophical, Paradigm and Interpretative Frameworks; 2012
- (62) Dahlager L, Fredslund H. Hermeneutisk analyse. In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. 4th ed. Kbh. Munksgaard Danmark; 2015. p. 157-181.
- (63) Højbjerg H. Hermeneutik - Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne. In: Fuglsang L, Bitsch Olsen P, editors. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne : på tværs af fagkulturer og paradigmer*. 2nd ed. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2004. p. 309-347.
- (64) Høyer K. Hver er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4th ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011. p. 17-41.



- (65) Creswell JW. Qualitative inquiry and research design. Choosing Among Five Approaches, kap. 3, s. 35-53: Designing a qualitative study; 2012
- (66) Thagaard T. Systematik og indlevelse : en indføring i kvalitativ metode. Kbh.: Akademisk Forlag; 2004.
- (67) Antoft RH, Salemonsens H. Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningstrategi. In: Antoft RH, Jacobsen MH, Jørgensen A, Kristiansen S, editors. Håndværk og Horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode. 1st ed. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2012. p. 29-57.
- (68) Ramian K. Casestudiet i praksis. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2012.
- (69) Charmaz K. Constructing grounded theory. 2nd ed. London: SAGE; 2014
- (70) Krogstrup HK. Brugerinddragelse i evaluering - top-down og bottom-up perspektiver. In: Dahler-Larsen P, Krogstrup HK, Albæk E, Rieper O, editors. Tendenser i evaluering Odense: Bidragsyderne og Odense Universitetsforlag; 2001. p. 195-210.
- (71) Krogstrup HK, Dahler-Larsen P. Nye veje i evaluering : håndbog i tre evalueringsmodeller. Århus: Academica; 2003.
- (72) Krogstrup HK, Udvikling af evalueringsmodeller (projekt). Evalueringsmodeller. 2nd ed. Århus: Academica; 2006.
- (73) Christensen U, Nielsen A, Schmidt L. Det kvalitative forskningsinterview. In: Koch L, Vallgård S, editors. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4th ed. København: Munksgaard; 2007. p. 61-89.
- (74) Halkier B. Fokusgrupper. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitative metoder : en grundbog. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. p. 137-153.
- (75) Kvale S, Brinkmann S. Interview : introduktion til et håndværk. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2009.
- (76) Tanggaard L, Brinkmann S. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitative metoder: en grundbog. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. p. 29-54.
- (77) Morgan DL, Ataie J, Carder P, Hoffman K. Introducing Dyadic Interview as a Method for Collecting Qualitative Data. Advancing Qualitative Methods 2013; p. 1276-1284
- (78) Hviid Jacobsen M, Kristiansen S, Prieur A. Liv, fortælling, tekst : strejftog i kvalitativ sociologi. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag; 2002.
- (79) Maxwell JA, 1941-. A realist approach for qualitative research. Los Angeles, Calif.: SAGE Publications; 2012.
- (80) Brinkman og Kvale 2005, Confronting the etichs of qualitative research. Journal of constrictivist psychology, 18 s. 157-181.

- (81) Munch Kristiansen H, Buus N, Tingleff EB, Blach Rossen C. Litteratursøgning i praksis : begreber, strategier og modeller. Sygeplejersken 2008;108(10, Tillæg):2-8.
- (82) Rienecker L, Stray Jørgensen P. Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 4th ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2012.
- (83) Sundhedsstyrelsen. Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Kbh; 2005
- (84) Embase: <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>.
- (85) Kotter JP. I spidsen for forandringer. Kbh.: Peter Asschenfeldts Nye Forlag; 1999.
- (86) Kotter JP. Haster!: Fornemmelse for forandring. 2nd ed. Kbh.: Gyldendal Business; 2010.
- (87) Kotter JP. Acceleration: Strategisk smidighed i en foranderlig verden. Kbh.: Gyldendal Business; 2015.
- (88) Helder J, Bredenlöv T, Nørgaard JL. Kommunikationsteori - i en grundbog. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag, København; 2009.
- (89) Schein EH. Organisationskultur og ledelse. 2nd ed. Kbh.: Valmuen; 1994.
- (90) Høgsbro K, Rieper O. Formativ Evaluering. In: Dahler-Larsen, Krogstrup HK. Tendenser i Evaluering. Bidragyderne og Odense Universitetsforlag; 2011 p. 180-194
- (91) McQueen DV, Kickbusch I,1950-, Potvin L. Health and modernity : the role of theory in health promotion. New York: Springer; 2007.

# Kapitel 15

## BILAGSFORTEGNELSE

## **15.0 BILAGSFORTEGNELSE**

- BILAG 1: Søgeprotokol
- BILAG 2: Vurdering af udvalgte studier
- BILAG 3: Samarbejdsaftale
- BILAG 4: Invitation til fokusgruppeinterview
- BILAG 5: Samtykkeerklæring til gravide og sundhedsprofessionelle
- BILAG 6: Interviewguide
  - 6.1 Fokusgruppeinterview
  - 6.2 Dyadisk interview
- BILAG 7: Retningslinjer for transskribering
- BILAG 8: Analyseprocessen
  - 8.1 Empiri fra fokusgruppeinterview
  - 8.2 Empiri fra dyadisk interview

## BILAG 1: Søgeprotokol

---

Resultaterne fra denne søgning skal bruges i problemanalysen til at belyse hvilke faktorer der er medvirkende til at folk ikke deltager i sundhedsinterventioner. Dette kan være faktorer ud fra deltagerperspektivet, men også omhandle selve interventionen.

Foruden at studierne anvendes i problemanalysen, vil resultaterne fra den systematiske søgning blive inddraget i den fortolkende analyse, i forhold til at kunne diskutere den indsamlede empiri fra interviews.

### **Blokanalyse**

Der er foretaget bloksøgning for at skabe struktur, systematik og overblik når der skal søges i de forskellige databaser.

1 facet = Voksne

2 facet = Sundhedsfremmende og forebyggende indsats

3 facet = Ikke-deltagelse

### **Beskrivelse af facetter**

#### *1. Voksne*

Som starten af søgeprocessen var det ønsket at målgruppe var sammenlignelig med Deltagerne i *Gravid og Glad*, hvilket vil sige kvinder og gerne gravide. Dog resulterede dette i en meget smal søgning. Derfor blev det valgt, at udvidet denne facet til blot at omhandle voksne generelt, hvilket vurderes at være minimum 18 år. Det at udbrede facetten og undersøge voksne generelt, vurderes at være en fordel idet barrierer for deltagelse i sundhedsindsatser ønskes belyst for hele den voksne befolkning.

#### *2) Sundhedsfremmende og forebyggende indsatser*

Denne facet skal sikre, at søgningen rettes mod videnskabelige studier, der har fokus på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Disse indsatser skal gerne være af primær forebyggende karakter (83), hvilket betyder, at indsatserne har fokus på at forebygge sygdom eller psykosociale problemer i at opstå, og dermed er målrettet personer uden diagnose. Eftersom størstedelen af denne type undersøgelser har fokus på patientdeltagelse, vurderes det dog acceptabelt at målgruppen er i risiko for sygdomme som man sidestilles med livsstilssygdomme, som eksempelvis diabetes og hjertekarsygdom, hvis fokus stadig er på forebyggelse af disse sygdomme og ikke et behandlende fokus.

#### *3) Ikke-deltagelse*

Denne facet er med til at afgrænse søgningen, til at omhandle videnskabelige studier der undersøger hvilke faktorer der har indflydelse på at nogle fravælger at deltage i indsatsen. Dermed formodes det samtidig, at studier der undersøger effekten af en indsats ikke fremkommer af søgningen.

## Valg af databaser

Database	Begrundelse for valg
PubMed	Denne database er en af de mest omfattende sundhedsfaglige databaser, som indeholder flervidenskabelige artikler. Heri muliggøres søgning af den nyeste litteratur, hvilket formodes også at gælde sundhedsindsatser blandt gravide kvinder.
PsykInfo	Denne database er valgt eftersom den indeholder litteratur inden blandt andet emnerne psykologi, sociologi, antropologi og adfærdsmæssige videnskabsområder, som vurderes at være relevante i forhold til indhente viden omkring samfundskulturen, som kan påvirke de gravides adfærd i forhold til en sundhedsintervention. Derudover er 99 % af materialet i databasen peer reviewed, som sikre litteratur af høj kvalitet.
Sociological Abstract	Dette er den vigtigste sociologiske bibliografi. Denne database er lig PsykInfo i forhold til videnskabsområder særligt inden for sociologi og adfærd.
Cinahl	Databasen dækker over sundhedsvidenskabelige områder, hvor størstedelen er sygeplejefaglig viden. Derover dækker den områder inden for ergoterapi, fysioterapi og biomedicin.
Cochrane	Databasen indeholder litteratur omkring den nyeste viden om behandling og forebyggelse, herunder både medicinsk og psykologisk behandling. Denne vurderes at kunne bidrage med litteratur om sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Databasen indeholder litteratur der ikke er inkluderet i PubMed.
Embase	Den største database inden for medicin og biomedicin mm. Denne database inkluderer databasen MEDLINE.

## Søgning i databaser

AND			
Database	Facet 1 <i>Adults</i>	Facet 2 <i>Sundhedsfremmende og forebyggende indsatser</i>	Facet 3 <i>Ikke-deltagelse</i>
PubMed	Adult (MeSH) OR Adult	Health Education (MeSH) OR Health Education OR Health promotion (MeSH) OR	Refusal to participate (MeSH) OR Refusal to participate OR

		Health Education	Non-participat*
Sociological abstract	Adults (MeSH) OR Adults	Health Education (MeSH) OR Health Education OR Health Care Service (MeSH) OR Health care service	Refusal to participate OR Non-participation
PsykInfo	Adults Attitudes (Index Term) OR Adults attitudes	Health promotion (Index Term) OR Health promotion OR Health Education (Index Term) OR Health Education OR Health care services (Index Term) OR Health care Service	Treatment Barriers (Index Term) OR Treatment barriers OR Refusal to participat*
Cinahl	Adult (Cinahl Heading) OR Adult	Health Promotion (Cinahl heading) OR Health Promotion OR Health Education (Cinahl heading) OR Health Education OR Health Services (Cinahl heading) OR Health services	Refusal to participate (Cinahl heading) OR Refusal to participat* OR Non-participat*
Cochrane	Women (MeSH) OR wom*	Health Education (MeSH) OR Health education	Refusal to participate (MeSH) OR Refusal to Participat* OR Non-participat*
Embase	Adult	Health Promotion OR Health Education OR Health care	Refusal to participate

Fritekstsøgning markeres ikke

Trunkering er foretaget på relevante søgeord og markeres med \*. Trunkeringen er placeret ved ordets stamme for at sikre, at alle endelser medtages i søgningen.

## Udvælgelseskriterier:

- På trods af at målgruppen er voksne personer over 18 år, fravælges studier hvor målgruppens alder har stor betydning for deres fravalg af at deltage i en indsats.
- Målgruppen for studiet må ikke have en alvorlig sygdom eller diagnose som eksempelvis HIV eller cancer, da det formodes, at denne diagnose kan betyde at angst kan fremkomme som barriere for deltagelse. Diagnoser studierne må være målrettet, må gerne være livsstilsrelateret som eksempelvis diabetes eller hjerte-kar sygdom, såfremt formålet er at forebygge og eventuelle barriere er kun sygdomsrelateret.
- Indsatsen skal ikke omhandle screening eller behandling af diagnoser, hvor faktorer for fravalg i højere grad er påvirket af angst for en sygdom.
- Kun engelsk og skandinaviske studier inddrages, eftersom disse sprog beherskes af specialegruppen på et niveau så en kvalitetsvurdering kan finde sted.
- Ved søgninger hvor der er fremkommet flere studier end det vurderes at kunne overkomme, er det valgt at afgrænse søgningen til senest 10 år tilbage.

## Printscreen af søgningerne

### PubMed

History		Download history		Clear history	
Search	Add to builder	Query	Items found	Time	
#33	Add	Search (((("Adult"[Mesh]) OR adult)) AND (((("Refusal to Participate"[Mesh]) OR refusal to participat*) OR non participat*)) AND (((("Health Promotion"[Mesh]) OR health promotion)) OR (("Health Education"[Mesh]) OR health education)) OR (("Health Services"[Mesh]) OR health services)) Filters: published in the last 10 years; English	270	05.21.12	

I denne søgning er der afgrænset til 10 år, hvilket gav 270 hits, hvoraf otte er fundet relevante efter gennemlæsning af titel og abstract. Efter en nærmere gennemlæsning af hele studiet er tre studier fundet relevant at inddrage i dette speciale:

- Lakerveld et al (2008). *Motives for (not)participating in a lifestyle intervention trial*
- Koopmanns et al (2012). *“Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice”*
- Abrahamsson et al (2015). *“To recommend the local primary health-care centre or not: what importance do the patients attach to initial contact quality, staff continuity and responsive staff encounters?”*



## Sociological abstract

<input type="checkbox"/>	Set ▾	Search	Databases	Results	Actions
<input type="checkbox"/>	S15	<a href="#">S2 AND S5 AND S11</a> ✓ Limits applied	Sociological Abstracts	234*	Actions ▾
<input type="checkbox"/>	S14	<a href="#">S2 AND S5 AND S11</a>	Sociological Abstracts	294*	Actions ▾
<input type="checkbox"/>	S11	<a href="#">participation</a>	Sociological Abstracts	52,215*	Actions ▾
<input type="checkbox"/>	S10	<a href="#">S2 AND S5 AND S8</a>	Sociological Abstracts	4*	Actions ▾
<input type="checkbox"/>	S5	<a href="#">S3 OR S4</a>	Sociological Abstracts	36,661*	Actions ▾
<input type="checkbox"/>	S4	<a href="#">SU.EXACT("Health Care Services") OR (Health Care Services)</a>	Sociological Abstracts	21,210*	Actions ▾
<input type="checkbox"/>	S3	<a href="#">(Health education) OR SU.EXACT("Health Education")</a>	Sociological Abstracts	18,552*	Actions ▾
<input type="checkbox"/>	S2	<a href="#">S1 OR Adult</a>	Sociological Abstracts	41,665*	Actions ▾
<input type="checkbox"/>	S1	<a href="#">SU.EXACT("Adults")</a>	Sociological Abstracts	1,838*	Actions ▾











































Denne søgning gav 4 hits, hvoraf ingen findes relevant at inddrage i specialet efter gennemlæsning af titel og abstract.

## PsykInfo

#	Query	Databases	Results
1. <input type="checkbox"/>	((Any Field:(refusal to participat*)) OR ((Index Terms: ("Treatment Barriers")) OR Any Field:(Treatment barriers))) AND (((Index Terms:("Health Care Services")) OR Any Field:(Health care services)) OR ((Index Terms:("Health Education")) OR Any Field:(Health education)) OR ((Index Terms:("Health Promotion")) OR Any Field:(Health promotion))) AND ((Index Terms:("Adult Attitudes")) OR Any Field:(Adult attitudes)) AND <b>Publication Type: Journal</b>	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	93

I denne søgning fremkom 93 hits, hvoraf et var relevant efter gennemlæsning af titel og abstract. Studiet var dog ikke relevant efter gennemlæsning af hele studiet, da flere faktorer i høj grad var påvirket af deltageres høje alder.

### Cinahl

	Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/>	S14	 S2 AND S9 AND S13	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (23)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S13	 S11 OR S12	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (332)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S12	 non-participation	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (164)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S11	 (MH "Refusal to Participate") OR Refusal to participat*	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (169)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S10	 (MH "Refusal to Participate")	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (70)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S9	 S4 OR S6 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (221,857)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S8	 (MH "Health Services") OR Health services	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (157,380)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S7	 (MH "Health Services")	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (6,657)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S6	 (MH "Health Education") OR Health education	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (45,082)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S5	 (MH "Health Education")	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (14,602)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S4	 (MH "Health Promotion") OR Health Promotion	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (38,992)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S3	 (MH "Health Promotion")	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (33,164)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S2	 (MH "Adult") OR Adult	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (578,979)  <a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	S1	 (MH "Adult")	Search modes - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (492,406)  <a href="#">View</a>

I denne søgning fremkom 23 hits, hvoraf to var relevante efter gennemlæsning af titel og abstract. Endvidere var et af disse studier fortsat fundet relevant efter en gennemlæsning af hele studiet:

- Wall, M & Teeland, L (2004). *“Non-participants in a preventive health examination for cardiovascular disease: characteristics, reasons for non-participation, and willingness to participate in the future”*

## Cochrane

The screenshot shows the Cochrane Library search interface. At the top, there is the Cochrane Library logo and the tagline "Trusted evidence. Informed decisions. Better health." with a "Log in / Register" link. Below the navigation tabs (Search, Search Manager, Medical Terms (MeSH), Browse), a search strategy is displayed. The strategy consists of 10 numbered facets, each with a search term and a hit count. The facets are:

Facet	Search Term	Hit Count
#1	MeSH descriptor: [Women] explode all trees	479
#2	#1 or wom*	49952
#3	MeSH descriptor: [Health Education] explode all trees	11289
#4	#3 or health education	18299
#5	MeSH descriptor: [Refusal to Participate] explode all trees	27
#6	#5 or refusal to participat*	21
#7	non-participat*	177
#8	#6 or #7	192
#9	#2 and #4 and #8	34
#10		N/A

Denne søgning gav 37 hits, men ingen findes relevante at inddrage i specialet. Facet 1 *Adult* indsnævres til 'woman', da der fremkom mange hit ved at søge på 'Adult'.

En begrænsning ved databasen er, at den indeholder mange kvantitative studier, som har betydning for at studierne måler på faktorer som ikke er relevante for dette speciale. Lige såvel som databasen rummer mange medicinske studier, som omhandler screening og behandling af sygdomme

## EMBASE

The screenshot shows the EMBASE search results. It displays two numbered facets with their respective search terms and hit counts:

Facet	Search Term	Hit Count
#2	#1 AND ('article'/it OR 'review'/it)	377
#1	'adult'/exp AND ('health promotion'/exp OR 'health education'/exp OR 'health care'/exp) AND ('refusal to participate'/exp OR 'non participation')	404

I EMBASE er der ikke søgt fritext, eftersom databasen jævnligt opdateres, og de nyeste studier hurtigt får tildelt søgetermer.

Denne søgning gav 377 hits, hvoraf 11 studier var relevante efter læsning af titel og abstract. Ved nærmere gennemlæsning af de enkelte studier, var fire studier vurderet relevant at inddrage i nærværende speciale:

- Koopman et al (2012). "Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice"
- Bardus et al (2014). "Reasons for participating and not participation in an e-health workplace physical activity intervention"
- Groeneveld et al (2009). "Factors associated with non-participation and drop-out in a lifestyle intervention for workers with an elevated risk of cardiovascular disease"

- Wall, M & Teeland, L (2004). *“Non-participants in a preventive health examination for cardiovascular disease: characteristics, reasons for non- participation, and willingness to participate in the future”*

Studiet af Koopman et al (2012) blev fundet i både PubMed og EMBASE og studiet af Wall & Teeland (2004) var i søgningerne fra EMBASE og Cinahl.

Dermed resulterer den systematiske søgning i seks forskellige studier som inddrages i nærværende speciale.

**Tidsperspektiv:**

Den systematiske søgning er foretaget i perioden den 05.4.2016 - 31.05.2016

## BILAG 2: Vurdering af udvalgte studier

<b>Titel</b>	<i>Reasons for participating and not participation in a e-health workplace physical activity intervention</i>
<b>Forfatter</b>	Bardus, M., Blake, H., Lloyd S. & Suggs, SL. (2014)
<b>Formål</b>	At undersøge medarbejdernes argumenter for at deltage og ikke deltage i en aktuel e-sundhedsindsats på arbejdspladsen med fysisk aktivitet
<b>Indsats</b>	<p>Indsatsen varede 12 uger med e-mail og SMS som kommunikationsmiddel. De to grupper modtog:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. en personlig e-mail hver dag i 12 uger.</li> <li>2. en personlig e-mail og standard SMS-påmindelse hver uge i 12 uger.</li> </ol> <p>Inkluderede arbejdspladser: fem akademiske institutioner, fire kemiske virksomheder, en plastikfabrik, to rådgivende virksomheder, en stor televirksomhed, en IT-entreprise og et forsikringsselskab.</p>
<i>Rekruttering</i>	Arbejdspladserne tillod at promovere programmet til medarbejderne gennem posters, brochure og e-mail invitationer, hvorved der blev linket til studiets hjemmeside. Her skulle deltagerne selv tilmelde sig. Promoveringen blev hjulpet af sundhedsambassadører og frivillige fra hvert sted.
<b>Design /Metode</b>	<p>Samplingsmetode var <i>maksimum variation</i> og <i>ekstrem case</i>. Det var ønsket at indsamle perspektiver af bred variation.</p> <p>Individuelle interviews og fokusgruppeinterviews.</p> <p>Data blev tematisk analyseret og blev opdelt i to overordnede temaer 'grunde til at deltage' og 'grunde til ikke at deltage', med undertemaerne: 'indre grunde', 'programrelateret' og 'eksterne grunde'</p>
<b>Studiepopulation</b>	<p>Studiet undersøger de der deltog og ikke-deltog, eller forlod interventionen undervejs.</p> <p>42 medarbejdere, som deltog, gik med til et interview face-to-face, hvoraf 11 indvilligede i fokusgruppeinterview. Ni ikke-deltagere gik med til individuelle interviews. Størstedelen af de deltagende var medarbejdere på de akademiske institutioner.</p>
<b>Resultater</b>	<p>Grunde til deltagelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indre: Helbredsrelaterede grunde som vægttab og være mere aktiv. Det formodes at de der deltog havde en interesse for at forbedre eget helbred.</li> <li>• Programrelaterede: indsatsen var nem at gøre brug af og let tilgængelig, og ideen om påmindelse var tiltalende.</li> <li>• Eksterne: Anbefaling fra supervisor, leder og kollega var motiverende</li> </ul> <p>Grunde til ikke-deltagelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indre: Mangel på tid og engagement til at fuldføre deltagelsen</li> <li>• Programrelaterede: for tidskrævende at tilmelde sig, hvilket gjorde nogle mistede interessen inden tilmelding.</li> <li>• Eksterne: Medarbejderne glemte at tilmelde sig og nogle havde teknologiske udfordringer, hvilket var en ulempe idet indsatsen var teknologi.</li> </ul>

<b>Konklusion</b>	Medarbejderne er påvirket af både indre motiver og behov, karakteristika ved indsatsen samt eksterne grunde. I situationer hvor organisationen eller ledelsen aktivt promoverede programmet og opfordrende medarbejderne til at deltage, var der større sandsynlighed for at de tilmeldte sig.
<b>Begrænsninger</b>	Ingen ikke-deltagende medarbejdere deltog i fokusgruppeinterviewene. Den dialog der er i sådanne interviews kunne muligvis have ekspliciteret nogle argumenter som ikke kommer frem i individuelle interviews.  Idet interviewene skete 10 måneder efter indsatsen blev afsluttet, kan der være recall bias, idet der kan være argumenter, som deltagerne ikke kan huske.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Studiet vurderes at være af god kvalitet, idet metoden er gennemsigtig i forhold til deltagere, metodeanvendelse og bearbejdning af empiri. Derudover forholder studiet sig kritisk til de svagheder som har betydning for de fremkomne resultater.

<b>Titel:</b>	<i>Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice</i>
<b>Forfatter:</b>	Koopmans, B., Nielsen, M., Schellevis, FG. & Korevaar, JC. (2012)
<b>Formål</b>	At identificere faktorer der har negativ indflydelse på deltagelsen i populationsbaserede sygdoms forebyggelsesindsatser, og vurdere om typen af indsats er relateret til deltagelsesniveauet.
<b>Indsats Design / Metode</b>	Rekrutteringsstrategierne i de fundne studier: I de fleste studier skete rekruttering ved brev invitation fra en praktiserende læge, mens den i få studier skete ved i forbindelse med en konsultation. Andre studier rekrutterede telefonisk eller ved brug af pjecer i venterummet. I flere af studierne blev deltagelsesprocenten mål ved en sammenligning af forskellige rekrutteringsmetoder.  Review Søgningen skete i databaserne Pubmed, EMBASE, CINAHL og PsycINFO, hvor der blev fundet artikler fra 2000 til 2012.  Fokus i udvælgelsen var information ikke-deltagelse i populationsbaserede forebyggelsesindsatser for sygdomme.  Inklusionskriterierne: Indsatsen skulle være populationsbaseret, være målrettet en risikogruppe, være udført af praktiserende læge og studierne skulle informere om enten karakteristika eller årsager til ikke-deltagelse.
<b>Studiepopulation</b>	24 studier er inkluderet i dette review  <i>Studie Karakteristika:</i> 7 studier beskriver vaccinationsprogrammer 1 studie beskriver herpes 1 studie beskriver en bakterie 11 studier beskriver screeningsprogrammer målrettet tidlig opsporing 6 studier beskriver screeningsprogrammer målrettet identifikation af høj risiko

	for sygdom, samt beskrivelse af livsstilstilbud, behandlingstilbud eller en kombination.
<b>Resultater</b>	<p>Ikke-deltagelsesprocenten varierede mellem 10% og 99%, med et gennemsnit på 38 %.</p> <p>I forhold til rekrutteringsstrategi var der størst deltagelse ved aktive strategier som hjemme-vaccination, telefon rekruttering og booking samt påmindelse sammenlignet med mere passive strategier, som at invitere ved brev eller pjece. Ydermere var der lavere deltagelse ved rekruttering med pjecer i ventrummet, sammenlignet med at sende et brev ud.</p> <p>Reviewet finder ikke en forskel i deltagelsen grundet de forskellige programmer, men mere deres rekrutteringsstrategi.</p> <p>Tre grupper blev identificeret som ikke-deltagere: yngre personer, personer fra socialt udsatte områder og tidligere ikke-deltagere fandt at deltagelse ikke var personlig relevant. Personer der er tilfreds meget egen sundhed, er mindre tilbøjelig til at deltage.</p> <p>Dette review indikere at det kan være vigtigt i fremadrettet, at appellere til en personlig relevans og være tilpasset den specifikke målgruppe. De der er mindre tilbøjelig til at deltage, kan have behov for en mere aktiv rekruttering.</p>
<b>Konklusion</b>	Der findes ikke nogen forskel i forhold til typen af indsats og deltagelsesprocent, men stor forskel på rekrutteringsstrategier. Her synes en mere aktiv strategi at kunne sikre en større deltagelse.
<b>Begrænsninger</b>	<p>Som et kritikpunkt i undersøgelsen, så er der ret stor variation i svarene - hvilket betyder at det ikke kan konkluderes, hvad der er fælles for ikke-deltagere. Der kan blot gøres antagelser ud fra den tendens, der lader til at være. Der kan forekomme overestimering af deltagelsesprocenten, eftersom størstedelen af studierne er udført som et forsøg som formodes at være mere velorganiseret, end hvis det fandt sted som en reelt eksisterende indsats.</p> <p>Indholdet og formålet med de inkluderede studier, adskiller sig fra <i>Gravid og Glad</i>, det denne indsats er målrettet raske mennesker og forsøger ikke at behandle. Dermed formodes der at være barriere forbundet med de inkluderede studier som ikke er barriere for deltagelse i <i>Gravid og Glad</i>. Dog vurderes dette studie relevant, i forhold til at inddrage resultater omkring rekrutteringsstrategierne.</p>
<b>Kvalitetsvurdering</b>	<p>Der er stor gennemsigthed i studiet i forhold til den systematiske søgning, udvælgelseskriterier samt bearbejdningen af data. Derudover findes et flowdiagram over udvælgelsen af relevante studier. Studiet forholder sig til de svagheder som kan påvirke resultaterne, samt beskriver hvad der fremadrettet bør undersøges nærmere.</p> <p>Dette studie vurderes at kunne generaliseres til andre europæiske lande, eftersom disse har det tilfælles at forebyggelsesprogrammer ofte er gratis.</p>

<b>Titel</b>	<i>Motives for (not)participating in a lifestyle intervention trial</i>
<b>Forfatter</b>	Lakerveld, J., Ijzelenberg, W., Tulder, MW., Helleman, JM., Rossum, AC. &

	Seidell, JC. (2008)
<b>Formål</b>	At undersøge forskellene mellem deltagere og ikke-deltagere til et studie. Flg. elementer undersøges; Sociodemografiske-, helbredsrelaterede- og adfærdsmæssige variable.
<b>Indsats Design / Metode</b>	Deltagere fra studiet ALANT (Activity, Lifestyle And Nutritional Therapy-study) blev inviteret af en medicinske specialist ved en konsultation, samt nogle blev fundet gennem en database og kontakttet telefonisk. Data er indsamlet gennem spørgeskema og via databaser.  Deltagere der ikke returnerede spørgeskema efter to uger, fik tilsendt endnu et skema via mail og et påmindelses opkald.
<b>Studiepopulation</b>	Relevante deltagere var patienter med en stabil hjerte-kar sygdom i alderen 18-75 år, med minimum én af følgende risikofaktorer: rygning, diabetes, overvægtig eller mindre fysisk aktiv end anbefalingerne. Patienter blev ekskluderet hvis de ikke kunne kommunikere på hollandsk, eller hvis de havde ustabil CVD, et hæmoglobinniveau over 10 % eller ikke kunne gå op ad trapper.  Et cut-point blev sat ved 50 i henholdsvis gruppen for deltagere og ikke-deltagere.
<b>Resultater</b>	Studiet finder, at den <u>typiske deltager</u> i et sundhedsprogram for patienter med hjerte-kar sygdom, er <i>arbejdende, højtuddannet, yngre, single</i> . De primære grunde til at deltage var helbredsmæssig interesse samt støtte forskningen. Den primær grund til en at fravælge deltagelse er tid og det økonomiske aspekt ved at deltage. Selvom de fleste ikke-deltagende var arbejdsløse, blev tiden nævnt som en barriere.  Den største motiverende forskel mellem grupperne er deres villighed til at ændre livsstil og interessen i undersøgelsen.  <i>Afstand:</i> Afstanden til hospitalet var ikke forskellig mellem de to grupper, men blev nævnt som en barriere af de ikke-deltagende patienter. Dog var den offentlige transport i området var god.
<b>Konklusion</b>	Den største barriere for at deltage i dette studie var et tids- og økonomisk aspekt, hvorfor det kan være en mulighed at deltagelsen i fremtidige interventioner er gratis.  Den største forskel i motivation var villigheden til at ændre livsstil, som var størst hos de der deltog.
<b>Begrænsning</b>	Studiepopulationen var relativ lav, hvilket kan påvirke at målingen af signifikans. Rekrutteringspersonernes entusiasme blev ikke målt, hvorfor det ikke vides om dette kan have påvirkning på lysten til at deltage. Idet en deltagelse medfører økonomiske udgifter for nogle personer, kan være en grund til personer med lav socioøkonomisk status fravælger deltagelse.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Kvaliteten af studiet vurderes til at være god, idet der er en generel stor gennemsigtighed. Særligt er metodeafsnittet velbeskrevet, samt at studiet



	forholder sig kritisk til de svagheder der findes.
--	--

<b>Titel</b>	<i>To recommend the local primary health-care centre or not: what importance do the patients attach to initial contact quality, staff continuity and responsive staff encounters?</i>
<b>Forfatter</b>	Abrahamsson, B., Berg, ML.U., Jutengren, G & Jonsson, A. (2015)
<b>Formål</b>	<p>At undersøge faktorer der kan påvirke patienters villighed til at anbefale et sundhedscenter, baseret på hypoteserne:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En patients opfattelse af at blive godt modtaget under det første telefoniske møde, kan øge anbefalingerne</li> <li>2. Kontinuerlig pleje fra en konsultation til det næste øger sandsynligheden for en anbefaling</li> <li>3. Et lydhørt møde vil øge sandsynligheden for anbefalingerne</li> <li>4. Den professionelles rolle og evne til at være lydhør påvirker patienternes tendens til at anbefale sundhedscentrene, som vil variere, afhængig af den sundhedsprofessionelles professionen</li> </ol>
<b>Indsats Design / Metode</b>	<p>Tværsnitsstudie</p> <p>Et spørgeskema blev uddelt til 900 patienter som besøgte et af tre sundhedscentre i 2010. Her var en responsrate på 40 % (362) hvor de mest fuldførte data var fra kvinder, frem for mænd.</p> <p>Spørgeskema blev udsendt ved mail senest to uger efter besøget på centret. Her kunne deltagerne modtage op til to påmindelser, hvilke de ikke returnerede spørgeskemaet.</p> <p>10 Spørgsmålene blev udtrukket fra den Nationale Patientdatabase.</p> <p>Data er analyseret via SPSS, nærmere binære logistisk regression.</p>
<b>Studiepopulation</b>	362 patienter (62 % kvinder) som havde besøgt et sundhedscenter i september 2010. Deltagerne er i alle aldersgrupper.
<b>Resultater</b>	<p>I forhold til første hypotese var der tre gange større sandsynlighed for en anbefaling, hvis patienterne blev godt modtaget ved den første kontakt.</p> <p>I forhold til anden hypotese var der to gange større sandsynlighed for en anbefaling, hvis der var behandlingen fra den sundhedsprofessionelle var kontinuerlig.</p> <p>I forhold til tredje hypotese om at en ansvarlig sundhedsprofessionel havde betydning, viste det sig, at der var seks gange større sandsynlighed for en anbefaling hvis denne var ansvarlig. Vigtige evner hertil er empati, viden om hver patients oplevelser, forventninger og en bekymring for deres symptomer samt tage hensyn til patienten følelsesmæssige og intellektuelle stadie.</p> <p>I forhold til fjerde hypotese var der ingen signifikant sammenhæng mellem anbefaling og den sundhedsprofessionelles profession. Dette resultat kan skyldes, at de fleste professioner i dag har en bestemt viden om patienten, som skaber tryghed og patienttilfredshed.</p>

<b>Konklusion</b>	<p>Patienternes tendens til en anbefaling var påvirket af, den første kontakt, behandlingens kontinuitet og mødets lydhørhed. Dog ingen forskel på den sundhedsprofessionelles profession.</p> <p>Det interpersonelle aspekt i sundhedskonsultationerne har betydning for patienternes opfattelse af kvaliteten af sundhedscentrene.</p> <p>Studiet finder, at det ikke kun er behandlingen, der har betydning for anbefalingen, men at det er hele forløbet, herunder tilgængelighed, troværdighed og følelsen af at være godt modtaget.</p>
<b>Begrænsninger</b>	At designet er et tværsnitstudie, betyder at det ikke er muligt at drage konklusioner om sammenhænge, samt at der ikke gives tilstrækkelig empirisk støtte for at vurdere påvirkningen af de forskellige variabler.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Kvaliteten af dette studie vurderes at være godt, eftersom metodeafsnittet og bearbejdningen af data er gennemsigtig og velbeskrevet. Studiet formår at forholde sig kritisk til de fremfundne resultater.

<b>Titel</b>	<i>“Factors associated with non-participation and dropout in a lifestyle intervention for workers with an elevated risk of cardiovascular disease”</i>
<b>Forfatter</b>	Groeneveld, IF., Proper KI., Beek, AJ., Hildebrandt, VH. & Mechelen, W. (2009)
<b>Formål</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beskrive rekrutteringen, deltagelsen og procentdelen som droppede ud af indsatsen.</li> <li>2. Årsager til ikke-deltagelse og drop-ud</li> <li>3. Forskellen i alder og risiko for hjerte-kar sygdom , relateret til karakteristika mellem deltagere og ikke-deltagere, og mellem drop-ud og deltagere der gennemførte første follow-up.</li> </ol>
<b>Indsats</b>	<p>Indsatsen er varetaget af læger og sygeplejersker.</p> <p>Individuel vejledning baseret på motiverende spørgsmål, opmuntre deltagere til at stoppe rygning eller øge mængden af fysisk aktivitet og/eller forbedre spisevaner.</p>
<b>Design / Metode</b>	<p>Hver patient var tildelt tre gange personlig kontakt af 45-60 minutter og fire telefonsamtaler i varigheden af 15-30 minutter.</p> <p>Interventionen fandt sted uden for arbejdstider.</p> <p>Randomiseret kontrolleret studie</p> <p>Invitation skete ved brev og en brochure som informerede om undersøgelsen, beskrev fordele ved deltagelse og vigtigheden af at forbedre fremtidig sundhedsfremmende og forebyggende behandling. Derudover blev også et sekssidet spørgeskema tilsendt om livsstil, fravær, medicinforbrug og subjektiv vurdering af egen sundhed</p> <p>Follow-up spørgeskema blev tilsendt efter seks og 12 måneder.</p>
<b>Studiepopulation</b>	<p>Hollandske mandlige byggearbejdere i alderen 18-65 år med en øget risiko for hjerte-kar sygdom.</p> <p>27,2 % (1.104 mænd) af de inviterede ville ikke deltage, hvor 40,1 % af disse</p>

	<p>ikke gav nogen begrundelse. Af alle deltagere, droppede 8,6 % (70 mænd) ud før første follow-up måling, hvoraf 59 mænd begrundede årsager hertil.</p> <p>I alt fuldførte 746 mænd, 1.104 deltog ikke og 70 mænd droppede ud.</p>
<b>Resultater</b>	<p><i>Barriere for deltagelse</i> Grunde fra ikke-deltagere og drop-ud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke motiveret eller mangel på interesse</li> <li>• Har andre helbredsproblemer</li> <li>• Modtager anden behandling</li> </ul> <p>Grunde kun fra ikke-deltagere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Føler sig sund</li> <li>• Har allerede forbedre livsstil</li> <li>• Den regelmæssige risikovurdering for hjerte-kar sygdom er tilstrækkelig</li> </ul> <p>Grunde kun fra drop-ud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skuffet over organiseringen, planlægning af møder</li> </ul> <p>Den lave deltagelsesrate kan muligvis skyldes, at rekrutteringen skete ved tilsendt blev til hjemadressen, og derved ikke inddragede deres kollegaer. Derudover kan der være en forskellighed i vurderingen af hvornår noget er risiko. Dette kunne være imødekommet ved at beskrive en individuel risikoprofil i invitationen. For at imødekomme grunden til at droppe-ud, kunne planlægningen være sket ansigt til ansigt i stedet for over telefon. Eller finde en beliggenhed tættere på hjem og arbejdspladserne.</p>
<b>Konklusion</b>	Overordnet er de største barrierer for deltagelse er at mændene allerede er i behandling føler sig sunde nok, ikke har interesse for at deltage eller var skuffet over organiseringen og planlægningen i indsatsen.
<b>Begrænsning</b>	Årsager til ikke-deltagelse er kun kendt for halvdelen, hvorfor der kan være årsager som er forskellige fra de beskrevne. Derudover er definitionen på drop-ud ikke præcis nok, fordi det blev forventet at nogle drop-ud gennemførte anden follow-up. Ikke alle resultater kan generaliseres, særligt karakteristika for populationen. Dette skyldes blandt andet en lav responsrate.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Valg og fravalg er i studiet velargumenteret hele vejen igennem. Metodeafsnittet og resultatafsnittet er gennemsigtig og studiet fremhæver styrker og svagheder som bør forbedre i fremtidige studier. Dermed vurderes kvaliteten at være god.

<b>Titel</b>	<i>“Non-participants in a preventive health examination for cardiovascular disease: characteristics, reasons for non-participation, and willingness to participate in the future”</i>
<b>Forfatter</b>	Wall, M. & Teeland, L. (2004)
<b>Formål</b>	At undersøge følgende spørgsmål omkring ikke-deltagere: 1. Hvordan opfatter de sundhed sammenlignet med de som deltog i

	<p>helbredsundersøgelsen?</p> <p>2. Hvad er deres grunde for ikke at deltage?</p> <p>3. Hvor mange er interesseret i at deltage i en fremtidig helbredsundersøgelse?</p>
<p><b>Indsats</b></p> <p><b>Design / Metode</b></p>	<p>Ockelbo projektet blev igangsat i 2000 og skulle forebygge hjerte-kar sygdomme.</p> <p>Projektet blev promoveret gennem avisartikler, flyer, posters mm.</p> <p>Deltagerne blev inviteret ved et brev, underskrevet af den lokale arrangør, men informerede ikke om fordele og risikofaktorer.</p> <p>Kohortestudie</p> <p>Helbredsundersøgelsen fandt sted i arbejdstiden i det lokale sundhedscenter. Deltagerne skulle betale ca. 50 kr. for en undersøgelse. Et spørgeskema blev mailet som follow-up til de som ikke deltog i undersøgelsen. De som ikke besvarede denne påmindelse blev kontaktet på telefon.</p>
<b>Studiepopulation</b>	<p>Deltagerne skulle være 35 eller 40 år.</p> <p>Den endelige responsrate på spørgeskemaet var 93 %.</p>
<b>Resultater</b>	<p>Grunde til ikke at deltage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel på tid eller hindringer på arbejdet</li> <li>• Allerede i kontakt med sundhedsvæsenet</li> <li>• Føler sig sund</li> </ul> <p>I forhold til at deltage i en fremtidig helbredsundersøgelse svarede 55% ja, mens 28% ikke vidste det og 16% svarede nej.</p> <p>De personer som ikke deltog grundet mangel på tid eller havde arbejdsmæssige grunde, var mere tilbøjelige til at deltage i en fremtidig helbredsundersøgelse.</p> <p>For at øge deltagelsen fremadrettet, kan det være en mulighed at udvide åbningstiderne for en undersøgelse, så det bliver lettere at finde tid til.</p> <p>For at motivere de der ikke deltog grundet i forvejen kontakt til sundhedsvæsenet eller opfattede sig selv som tilstrækkelig sund, kan det være en mulighed at styrke promoveringen og udbrede den til fagprofessionelle som har kontakt med disse personer.</p> <p>For at reducere eventuelle bekymringer som kan opstå når risikofaktorer diskuteres, kan det være vigtigt at invitationen er velformuleret, for at mindske sådanne reaktioner.</p>
<b>Konklusion</b>	<p>Studiet finder at grunde til ikke at deltage i en helbredsundersøgelse er mangel på tid eller hindringer på arbejdet, at man allerede er i kontakt med sundhedsvæsenet eller at man føler sig sund nok. De personer som ikke havde tid var mest tilbøjelige til at deltage i en undersøgelse i fremtiden.</p>
<b>Begrænsning</b>	<p>Svagheder ved studiet er at det er begrænset til to aldersgrupper, nemlig 35 og 40 årige, og at undersøgelsen fandt sted i en mindre by. Dette kan have betydning for generaliserbarheden til andre aldersgrupper.</p>
<b>Kvalitetsvurdering</b>	<p>Kvaliteten i dette studie vurderes at være okay, eftersom interventionen, rekrutteringsprocessen og metodeafsnittet er velbeskrevet. Dog er selve analysemetoden at meget kort beskrevet. Eftersom data er indsamlet ved spørgeskema, fremkommer der ikke mere specifikke argumenter for de</p>

	<p>barrierer som kan hindre deltagelse. Dette formodes også at være grunden til at resultatafsnittet ikke er så dybdegående og informationsfyldt. Studiet formår at beskrive styrker og svagheder, samt mulige ændringer som kan øge deltagelsen i fremtiden. På trods af at svaghederne ikke er særligt dybdegående beskrevet, vurderes det alligevel at studiet formår at have en kritisk forholden til undersøgelsen.</p>
--	--

## BILAG 3: Samarbejdsaftale med praksiskontakt

---

### Samarbejdsaftale

Mellem: Aalborg Universitet

Institut for Medicin og Sundhedsteknologi  
Faggruppen for Folkesundhed og Epidemiologi  
Niels Jernesvej 14  
9220 Aalborg

Og

Aarhus Kommune  
Folkesundhed Aarhus  
Søren Frichs Vej 36G  
8000 Aarhus

Ovennævnte parter har indgået følgende aftale i forbindelse med et afgangsprøve på 10. sem. Folkesundhedsvidenskab, AAU. Projektet er gennemført af: Pernille Fleggaard, Rikke Bundgaard Oddershede og Anne Tilde Mogensen.

- 1. Projektets titel:** Rekruttering af gravide medarbejdere til indsatsen "Gravid og Glad" i Aarhus Kommune.
- 2. Projektets formål:** At undersøge rekrutteringsprocessen i indsatsen "Gravid og Glad", med henblik på at fremme rekrutteringen af deltagere, således at det graviditetsbetingede sygefravær i Magistraten Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune, reduceres.
- 3. Aftalegrundlaget:**
  - 3.1. Den viden, som de studerende erhverver om interne forhold, herunder drift, anlæg, metoder og speciel knowhow, vedrørende projektets faglige område, og som er markeret som fortrolige, må ikke udnyttes eller videregives til tredje person- vejleder og censor undtaget.
  - 3.2. De bearbejdede data er anonymiseret, så ingen konkrete personer kan identificeres. Anonymiseringen er foretaget således, at data kan anvendes som udgangspunkt for forskellige analyser. Nærværende aftale forpligter undertegnede studerende at sikre, at uvedkommende ikke får adgang til data. Personidentificerbare data må opbevares på undertegnede studerendes egne pc i forbindelse med det konkrete projektførløb. Efter afslutning af projektet er alle undertegnede studerende forpligtet til at slette samtlige personidentificerbare data. Undertegnede studerende er selv ansvarlige for forsvarlig sletning af data. Folkesundhed Aarhus kan ikke gøres ansvarlig for materiale og konklusioner udarbejdet på baggrund af udleverede data.
  - 3.3. Folkesundhed Aarhus, som virksomhed, vil ikke fremstå anonymiseret i specialerapporten.
  - 3.4. De indsamlede data vil danne grundlag for en specialerapport til skolen for Medicin og Sundhedsteknologi til brug for bedømmelse til eksamen. Denne rapport vil indgå i universitetets arkiv. Herudover kan data danne grundlag for conferencebidrag og artikler i relevante tidsskrifter. Folkesundhed Aarhus er berettiget til at modtage en kopi af såvel artikler og specialerapport, hvis det ønskes.
  - 3.5. Der modtages ikke honorar fra Aarhus Kommune i anledning af samarbejdet.



**AALBORG UNIVERSITET**

tidsskrifter. Folkesundhed Aarhus er berettiget til at modtage en kopi af såvel artikler og specialerapport, hvis det ønskes.

3.5. Der modtages ikke honorar fra Aarhus Kommune i anledning af samarbejdet.

**AAU:**

Dato            Navn

31/5    Rikke Odersleed

Dato            Navn

17/2    [Signature]

Dato            Navn

17/2    Anne Ildet Jørgensen

**Folkesundhed Aarhus, Aarhus kommune**

Dato            Navn

17/2-2016    [Signature]

## BILAG 4: Invitation til fokusgruppeinterview

---

Kære *Gravid & Glad* deltager

Tak for sidst til de deltagere, der var til stede mandag den 14. marts. Det var spændende at være med i træningen og møde jer.

Vi er tre universitetsstuderende fra Aalborg Universitet, som i øjeblikket er igang med vores speciale omhandlende rekrutteringen af deltagere til indsatsen *Gravid & Glad*, som du netop er en del af.

Vi ønsker at forbedre rekrutteringen således endnu flere gravide vil gøre brug af dette fantastiske tiltag - og i den forbindelse ønskes dit perspektiv på, hvilke forandringer der kan medvirke til at en sådan forbedring kan finde sted.

Derfor håber vi meget på, at du vil deltage i et interview sammen med andre deltagere fra *Gravid og Glad*. Du kommer til at fremstå som anonym deltager.

**Tid:** [REDACTED]

**Sted:** [REDACTED]

Vi vil sørge for at der er lidt godt til ganen, så du er klar til den efterfølgende træning.

Såfremt du ønsker at deltage, må du meget gerne melde tilbage på følgende mail:

[REDACTED]

Vi tillader os at kontakte dig i løbet af de næste 14 dage for at sikre, at alle har modtaget denne mail.

På forhånd tusind tak for din hjælp.

**Venlig Hilsen**

Rikke Oddershede, Anne Tilde Mogensen & Pernille Fleggaard



## BILAG 5: Samtykkeerklæring til gravide og sundhedsprofessionelle

---

### **Informeret samtykke til deltagelse i et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt.**

**Forskningsprojektets titel:** *Rekruttering af gravide til Gravid og Glad i Aarhus Kommune*

**Erklæring fra deltageren:**

Jeg har fået skriftlig og mundtlig information og jeg ved nok om formålet, metode, fordele og ulemper ved at sige ja til at deltage.

Jeg ved, at det er frivilligt at deltage, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage.

Jeg giver samtykke til at deltage i forskningsprojektet:

Deltagers navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

Ønsker du at blive informeret om forskningsprojektets resultat?:

Ja \_\_\_\_\_ (sæt x)      Nej \_\_\_\_\_ (sæt x)

---

**Erklæring fra den, der afgiver information:**

Jeg erklærer, at deltageren har modtaget mundtlig og skriftlig information om projektet.

Efter min overbevisning er der givet tilstrækkelig information til, at der kan træffes beslutning om deltagelse i projektet.

Navnet på den, der har afgivet information: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

## BILAG 6.1: Interviewguide for fokusgruppeinterview

---

### Briefing:

#### Information til deltagerne

- **Præsentation af os:** Vi er tre kandidatstuderende i Folkesundhedsvidenskab fra Aalborg Universitet.
- **Formål med specialet:** At undersøge rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad* ud fra et bruger- og sundhedsprofessionelt perspektiv, med henblik på at øge deltagelsen fremadrettet.
- **Formål med interviewet:** For det første er vi interesseret i *jeres erfaringer og oplevelser* i forbindelse med *Gravid og glad*, herunder særligt rekrutteringen, da der netop har været en lav tilslutning. Interviewet er struktureret således at vi starter åbent med at høre omkring jeres **motivation** for deltagelse i Gravid og Glad, derefter går vi videre med eventuelle **udfordringer** ved indsatsen og slutteligt ønsker vi at høre omkring jeres **forslag til forbedringer** af indsatsen.

#### Retningslinjer

- **Varighed:** ca. 1 time
- **Anonymitet:** På trods af at I netop har underskrevet en samtykkeerklæring, er det kun os i specialegruppen, som har kendskab til jeres navne. I vil således være anonyme i selve specialet.
- **Hvad er et fokusgruppeinterview:** Et fokusgruppeinterview er som udgangspunkt en dialog mellem jer, hvor vi netop er interesseret i at høre hvad I har at sige.
- **Moderator** (undertegnede): Det er mig der stiller spørgsmålene, og som er opmærksom på tiden. Dvs. hvis tiden skrider, kan jeg finde på at stoppe jeres dialog, dette betyder ikke, at det I taler om ikke er væsentligt, men at vi gerne skal nå igennem alle spørgsmål inden for denne time. Hvis dialogen går i stå eller vi gerne vil have uddybet et svar, kan det ske, at I spørges enkeltvis.
- **Observatør:** Der sidder en observatør med under interviewet. Denne vil som udgangspunkt tage noter, men kan også finde på at stille supplerende/opfølgende spørgsmål undervejs, eller gå i dialog med moderatoren (mig) (dette skal I ikke tage jer af).
- **Optagelse af samtalen:** Interviewet vil blive optaget, så vi kan gennemlytte dialogen og anvende den videre i vores speciale. Da det kan være svært at skelne mellem hvad der bliver sagt, hvis flere taler samtidigt, må I gerne være opmærksomme på ikke at tale i munden på hinanden. Ellers skal I bare snakke løs og tænke på, at der ikke er nogen rigtige eller forkerte svar.

**Præsentationsrunde af deltagerne:** I denne runde taler I en ad gangen, så vi kommer omkring jer alle (kort og præcist)

- Navn?
- Alder?
- Erhverv?
- Arbejdstider?
- Civilstatus?
- Antal graviditeter?

Tema	Interviewspørgsmål ( <i>dynamiske spørgsmål</i> )	Fokuspunkter
Baggrundsinformation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan har I fået kendskab til Gravid og Glad?               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvis leder, hvordan har denne informeret jer om tiltaget?</li> </ul> </li> </ul>	Afviger besvarelsene med spørgeskemaet?
Motiverende faktorer der øger tilslutningen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltager du af egen interesse eller på opfordring fra andre?               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvis dig selv, hvorfor har du valgt at deltage i Gravid og Glad?</li> <li>○ Hvad var det ved Gravid og Glad som vakte din interesse for at deltage?</li> <li>○ Hvis andre, hvem og hvorfor?</li> </ul> </li> </ul>	Hvad ligger til grund for deltagelse (Indsatsen, pres, indre motivation, arbejdskultur, hindre sygemelding) Spørg nærmere ind hertil.
Barrierer/udfordringer der begrænser tilslutningen?	<p><i>De næste spørgsmål omhandler de udfordringer, der kan påvirke at nogle fravælger at deltage. Det kan omhandle jer selv, men også hvis I har kendskab til kollegaer.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Havde I forud for tilmeldingen til <i>Gravid og Glad</i> haft overvejelser som talte imod at deltage? - Hvilke?               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvilke personlige eller arbejdsmæssige udfordringer/barrierer lå til grund for disse overvejelser?</li> <li>○ (Har du på noget tidspunkt været nødsaget til at fravælge en træning/et netværksmøde - hvorfor?)</li> </ul> </li> <li>• Har I kendskab til kolleger eller andre, som har fravalgt at deltage i Gravid og Glad - hvorfor tror I de har fravalgt det?</li> <li>• Føler I at tilbuddet om deltagelse i Gravid og Glad har været synlig?               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Føler I, at der har været nok information omkring Indsatsen? - hvis nej, hvad ville I vide mere om?</li> </ul> </li> <li>• Tror I at den lave tilmelding kan skyldes rekrutteringsprocessen (<i>pjecer, APV, intranet</i>), selve indholdet i <i>Gravid og Glad</i> eller andre forhold?</li> </ul>	Fravælges deltagelse på grund af arbejdsforhold eller familie/personlige forhold? <ul style="list-style-type: none"> <li>• uddybelse!</li> </ul>

<p>Forandringer der kan forbedre rekrutteringsprocessen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad tror I kan få flere gravide til at deltage i Gravid og Glad? (<i>fokus på hele indsatsen</i>)</li> <li>• Hvordan kan indsatsen blive mere synlig på arbejdspladserne, så flere gravide vil tilmelde sig? (<i>fokus på rekrutteringen</i>)</li> </ul>	<p>Fokus på ideer og om ændringerne omhandler rekruttering eller andre faktorer (fx andet tidspunkt, placering eller indhold af indsatsen)</p>
--	--	--

**Afrunding:**

- Vil I anbefale andre at deltage i Gravid og Glad?
- Er der nogen der sidde inde med nogle sidste kommentar? Ellers vil vi runde af, og sige tak for idag.

## BILAG 6.2: Interviewguide til dyadisk interview

---

### Briefing:

#### Information til deltagerne

- **Præsentation af os:** Vi er kandidatstuderende i Folkesundhedsvidenskab fra Aalborg Universitet.
- **Formål med specialet:** At undersøge rekrutteringsprocessen i *Gravid og Glad* ud fra et bruger- og sundhedsprofessionelt perspektiv, med henblik på at øge deltagelsen fremadrettet.
- **Strukturering af interviewet:** De gravide, vi talte med til fokusgruppeinterviewet, var meget positive over for indsatsen, men kom med nogle forslag til, hvorledes rekrutteringen kan styrkes. Da vores speciale har til hensigt at fokusere på et forandringsperspektiv, vil vi præsentere disse forslag og bede jer forholde jer til dem på en konstruktiv måde, uden at opfatte forslagene som en kritik, men i stedet som en hjælp til fremadrettet at kunne forbedre rekrutteringen af gravide.
- **Hvorfor jer:** I er valgt, eftersom I har et godt kendskab til indsatsen, deltagerne samt de valgt der er træffet i forbindelse med *Gravid og Glad*. Det kan ske, at nogle spørgsmål er mere rettet mod én af jer, men I må selvfølgelig gerne svare begge to.

#### Retningslinjer

- **Varighed:** ca. 1 time
- **Anonymitet:** På trods af at I netop har underskrevet en samtykkeerklæring, vil I fremgå anonyme med navn i specialet og kun fremgå ved funktion. Har I noget i mod dette?
- **Hvad er et dyadisk interview:** I stil med et fokusgruppeinterview; består interviewet som udgangspunkt af en dialog mellem jer, hvor vi er interesseret i at høre, hvad I har at sige.
- **Moderator** (undertegnede): Det er mig der stiller spørgsmålene, ligesom jeg også er opmærksom på tiden. Dvs. hvis tiden skrider, kan jeg finde på at stoppe jeres dialog, dette betyder ikke, at det I taler om ikke er væsentligt, men at vi gerne skal nå igennem alle spørgsmål inden for denne time.
- **Observatør:** Der sidder en observatør med under interviewet. Denne vil som udgangspunkt tage noter, men kan også finde på at stille supplerende/opfølgende spørgsmål undervejs, eller gå i dialog med moderatoren (mig) (dette skal I ikke tage jer af).
- **Optagelse af samtalen:** Interviewet vil blive optaget, så vi kan gennemlytte dialogen og anvende den videre i vores speciale. Da det kan være svært at skelne mellem hvad der bliver sagt, hvis I begge taler samtidigt, må I gerne være opmærksomme på ikke at tale i munden på hinanden. Ellers skal I bare snakke løs og tænke på, at der ikke er nogen rigtige eller forkerte svar.

#### Præsentation af de sundhedsprofessionelle:

- Faglig baggrund
- Rolle i forbindelse med *Gravid og Glad*

Tema	Interviewspørgsmål ( <i>dynamiske spørgsmål</i> )	Fokuspunkter
Rekrutteringsprocessen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vil i kort fortælle hvordan rekrutteringen til Gravid og Glad foregår? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hvor ofte informerer i arbejdspladserne om indsatsen?</li> </ul> </li> <li>• Hvilke overvejelser har I gjort jer omkring metoderne til at rekruttere deltagere til Gravid og glad? (pjece, kontakt til ledere, APV, medarbejderportal)</li> <li>• Har I nogle idéer om, hvilke rekrutteringsmetoder der har størst effekt? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hvorfor og hvordan</li> </ul> </li> </ul>	Vær klar til at hjælpe til refleksion over de enkelte metoderne.
<b>Udfordringer og forandringer ved rekruttering</b>		
Udfordringer de sundhedsprofessionelle møder.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Møder I udfordringer ved rekrutteringen af deltagere? Hvis, hvilke?</li> </ul>	Udfordringer ved de enkelte metoder (pjece, leder, APV, portal)
Praktiske barrierer (lokalitet, afstand)	<p><i>Barriere (afstanden)</i> De gravide oplever, at beliggenheden kan være en barriere grundet en stor afstand, idet det frarøver dem tid fra andre vigtige gøremål på dagen (arbejdsdage, hente børn fra institution etc).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er I bekendt med denne udfordring og hvad tænker I om det?</li> </ul> <p><i>Forandringsforslag (afstanden)</i> De gravide foreslår at udfordringer forbundet med lokaliteten/afstanden kan imødekommes ved at tilbyde <i>Gravid og Glad</i> i lokalområderne?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad tænker I om dette?</li> </ul> <hr/>	
Skiftende arbejdstider	<p><i>Barriere</i> En af de gravide med skiftende arbejdstider oplever, at det kan være svært at overskue en træning efter en weekendvagt, hvorfor hun i perioder vælger træningen fra.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er I bekendte med denne udfordring, og hvordan tænker I den kan imødekommes?</li> </ul>	

	<p><i>Forandringsforslag (eget forslag)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det muligt, at træningen kan placeres midt på ugen, således de gravide, der fx har weekendarbejde, bedre kan finde overskud til at deltage?</li> </ul>	
Arbejdskultur	<p><i>Barriere</i></p> <p>De gravide oplever en tvivl om, hvorvidt lederen og kolleger bakker op om og accepterer, at de deltager i <i>Gravid og Glad</i>, blandt andet fordi det sjældent italesættes af lederen. De oplever at have dårlig samvittighed, fordi deres fravær kan tillægge kolleger/lederen ekstra opgaver.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er I bekendte med disse oplevelser blandt de gravide, og hvordan tænker I indsatsen kan imødekommes?</li> </ul> <p><i>Forandringsforslag (eget forslag)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan I forestille jer at dette emne kan inddrages i indsatsen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kan dette emne om arbejdskultur inddrages på et netværksmøde?</li> </ul> </li> <li>• Har I indtænkt hele arbejdspladsen i rekrutteringsprocessen, eller er dette noget I kan forestille jer kan være en mulighed for at forandre arbejdskulturen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvordan?</li> </ul> </li> </ul>	<p>OBS, både indsatsen men også deres rolle som 'instruktør'</p> <p><i>Evt. inddrage <b>Odense Kommune</b>: Sætte fokus på holdningen om at arbejde sammen med en gravid. Informere på alle niveauer på arbejdspladsen.</i></p>
Synlighed	<p><i>Barriere</i></p> <p>Overordnet set oplever de ikke <i>Gravid og Glad</i> som synlig på arbejdspladserne. Flere af de gravide giver udtryk for, at deres leder ikke kender til indsatsen, og at det er svært selv at finde informationer omkring den. Derudover er der flere, der giver udtryk for, at de før opstarten på holdet, ikke var bekendte med fx jordemoderens rolle samt netværksmøderne som en del af tilbuddet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er I bekendte med dette?</li> </ul> <p><i>Forandringsforslag</i></p> <p>De gravide foreslår:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at informationen er mere uddybende, ift indsatsens tilbud, herunder jordemoderens rolle i indsatsen.</li> </ul>	<p>LANGSOMT!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leder</li> <li>• Information</li> <li>• Jordemoder</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvad tænker I om dette?</li> <li>• at der informeres om <i>Gravid og Glad</i> hyppigere ude på arbejdspladsen til leder eller anden, der kan informere medarbejderne (obs jobrotationer og afskedigelser) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvad tænker I om dette?</li> </ul> </li> <li>• at øge synligheden og tilgængeligheden ift. information på medarbejderportalen (fx en gravid dame der popper op) og pjecer, plakater i personalerummet. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvad tænker I om dette?</li> </ul> </li> </ul>	
Opsamlende spørgsmål	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad tænker I om de forslag de gravide er kommet med? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Er de realistiske?</li> <li>○ Er der nogle der er bedre/mere realistiske end andre?</li> </ul> </li> <li>• Kan I komme på andre forandringsforslag end dem som er blevet præsenteret, som kan sikre en større tilslutning til indsatsen?</li> </ul>	

**Afrunding:** Er der yderligere kommentar? Ellers vil vi runde af og sige tak for idag.



## BILAG 7: Retningslinjer for transskribering

---

### Retningslinjer:

F	= Forsker (specialegruppen)
G(X)	= Gravid informant
S(X)	= Sundhedsprofessionel informant
...	= Reflekterende pauser
<u>Understregning</u>	= Ord der tillægges særlig betydning
-	= Markerer at en person bliver afbrudt af en anden person
(Parentes om ord)	= Angiver at der utydelig tale, og at vi skriver det, vi tror vi hører
<i>(Kropssprog)</i>	= Kropssprog som tillægger ord/sætning en bestemt mening beskrives efterfølgende

## BILAG 8.1: Analyseprocessen af empiri fra fokusgruppeinterview

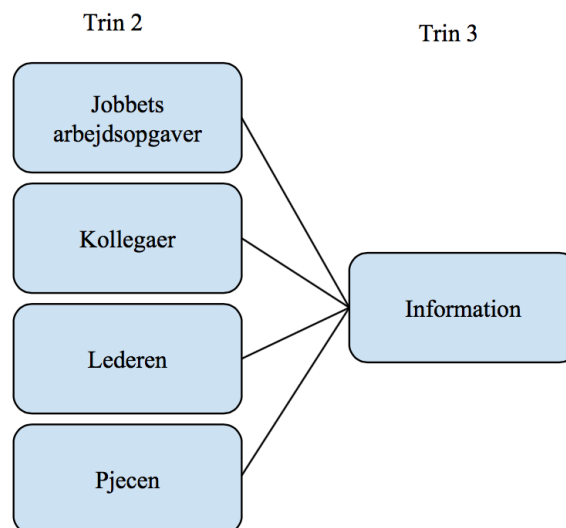
### Fra trin 2 til trin 3 - Tematisering af meningsbærende enheder (citater) operationaliseres.

Her handler det om at operationalisere temaerne fra trin 2 så kun de mest relevante temaer, i forhold til specialets problemstilling, står tilbage. Det kan ske at nogle temaer fjernes eller flere temaer sammenlægges og har behov for et nyt temanavn.

### Baggrundsoplysninger

#### *Information*

Størstedelen af de gravide fik kendskab til *Gravid og Glad* via mundtligt information fra kollegaer eller tidligere deltagere på holdet. Derudover var der to (G2 og G7), som udover kollegaer fik informationen via lederen. Sluttelig fik en enkelt (G5) kendskab ved tilfældigt at have læst pjecen for *Gravid og Glad*, og en enkelt gennem en tidligere arbejdsfunktion.



### Motiverende faktorer

#### *Interesse for egen sundhed*

Alle gravide udtrykker at deltagelsen er baseret på egen interesse. Denne interesse bygger blandt andet på at holde sig aktiv, forebygge graviditetssmerter samt at de synes det er godt at deltage i *Gravid og Glad*.

#### *Praktiske elementer*

Fem gravide udtrykker, at tidsrummet for træningen i *Gravid & Glad* rent praktisk hænger godt sammen med en travl hverdag. Ydermere fremhæver to, at en indlagt træning i arbejdsdagen gør ugen hele mere overkommeligt.

#### *Forblive i arbejde*

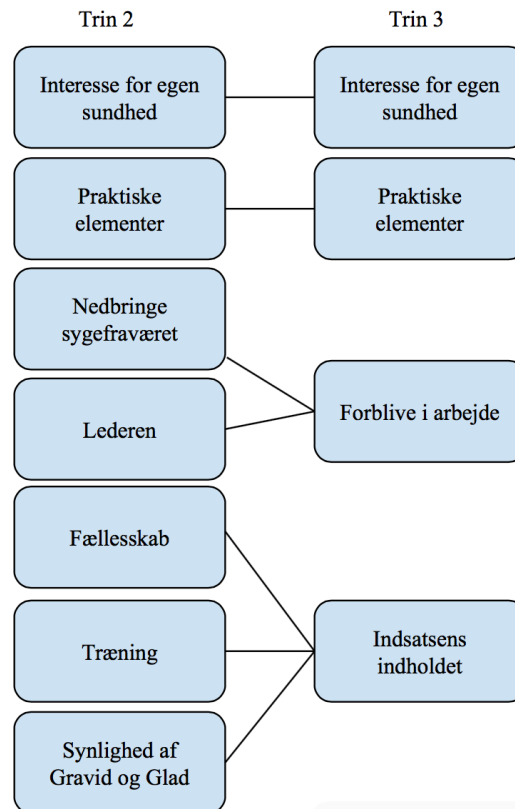
Flere af de gravide døjer med/har døjet med ryg- og lændesmerter samt bækkenløsning, hvorfor de ser træningen som en mulighed for at undgå forværring/tilbagefald af disse komplikationer og dermed

undgå sygemelding. G6 udtrykker i denne forbindelse, at dette ligeledes kan afhjælpe, at der skal indsættes vikarer tidligere. Yderligere blev G7 opfordret af en leder til at deltage i *Gravid og Glad*, idet hun tidligt i graviditetsforløbet døjede med bækkenløsning.

### **Indsatsens indhold**

De gravide giver udtryk for, at den målrettede træning og muligheden for at blive vejledt af henholdsvis fysioterapeut og jordemoder i *Gravid og Glad* er tiltalende.

Desforuden udtrykker de, at det er fedt mødes med andre i samme (gravide) situation.



## **Udfordrende faktorer**

### **Praktiske barriere**

Flere gravide udtrykker, at lokaliteten for *Gravid og Glad* kan være udfordrende, idet afstanden fra arbejdspladsen til midtbyen (eller til hjemmet efter træningen) kan være langt og dermed frarøve dem tid fra andre vigtige gøremål på dagen. Her refereres også til nogle af de gravides kolleger, som bevidst har valgt *Gravid og Glad* fra grundet dette. (Sydbyen nævnes ofte som eksempel)

En gravid med skiftende arbejdstid finder det nogle gange svært at overskue en træning efter en weekendvagt, hvorfor hun vælger træningen fra.

### **Arbejdskulturen på arbejdspladsen**

Der udtrykkes en bekymring for, hvorvidt de gravides kolleger finder det acceptabelt at de deltager i træningen midt i arbejdstiden. De afholder dem dog ikke fra at deltage, men giver anledning til bekymringer.

Tvivl omkring ledernes opbakning og accept for deltagelse, idet der slet ikke bliver talt om *Gravid*

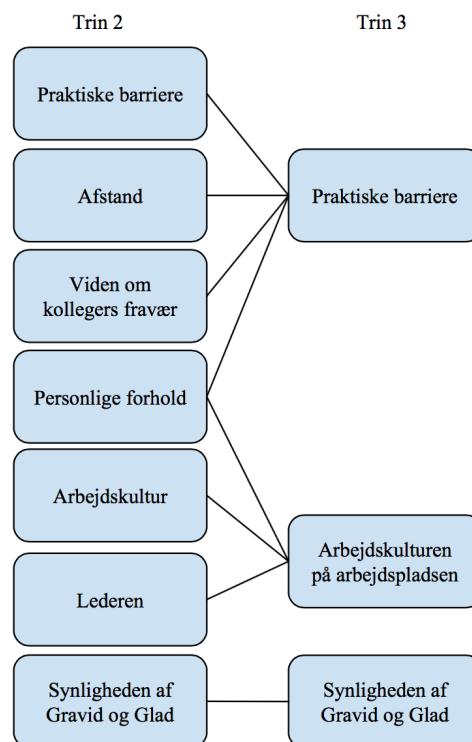
og *Glad* på arbejdspladsen eller bemærkninger, som ikke ligefrem lyder motiverende. En sygeplejersker fortæller blandt andet om indsatsen til sin leder, hvortil lederen svarer: “*Øhm ja, det er da også spændende*”.

(Uvidenhed omkring hvorvidt ledelsen er bekendt med indsatsen? Måske er det derfor der ikke tales om *Gravid og Glad*)

Dårlig samvittig over for kolleger/leder fordi de gravides fravær tillægger de andre flere opgaver - både rent praktisk, men også på ledelsesniveau i forhold til at få det hele til at gå op i en højere enhed.

### **Synligheden af Gravid og Glad**

Overordnet set er *Gravid og Glad* ikke synlig på arbejdspladsen. Flere gravide giver udtryk for, at deres ledere ikke kender til indsatsen. Desuden er tilbuddet svært at finde på medarbejderportalen, hvilket betyder at de gravide skal søge grundigt efter indsatsen. Og flere gravide var ved indsatsens start ikke bekendte med jordemoderens rolle og at netværksmøder også var en del af tilbuddet.



## **Forslag til forandringer**

### ***Forbedring af rekrutteringsstrategier***

#### Øget information til leder eller anden ressourceperson

De gravide ønsker, at lederne på arbejdspladsen eller anden ressourceperson bliver informeret mere dybdegående og hyppigere om indsatsen *Gravid og Glad*, således disse husker at informere deres gravide ansatte, hvad enten det er mundtligt, ved aflevering af pjece eller andet.

Jobrotation eller afskedigelse af leder og/eller ressourceperson kan resultere i, at informationen omkring *Gravid og Glad* går tabt.

#### Skriftlig information

De gravide efterlyser en øget synlighed omkring *Gravid og Glad* - bl.a. ved tildeling af pjecer og

ophæng af plakater i personalerum på arbejdspladsen.

Ydermere foreslår de gravide udlevering af et 'informations-kit', som kan udleveres af leder eller anden ressourceperson, når den gravide formidler at hun er gravid. Tilbuddet om *Gravid og Glad* skal indgå i dette 'kit'.

#### Medarbejderportal

De gravide finder det besværligt at finde information om *Gravid & Glad* på medarbejderportalen og foreslår derfor, at det skal gøres mere synligt og tilgængeligt i dette forum.

#### Information om indsatsen

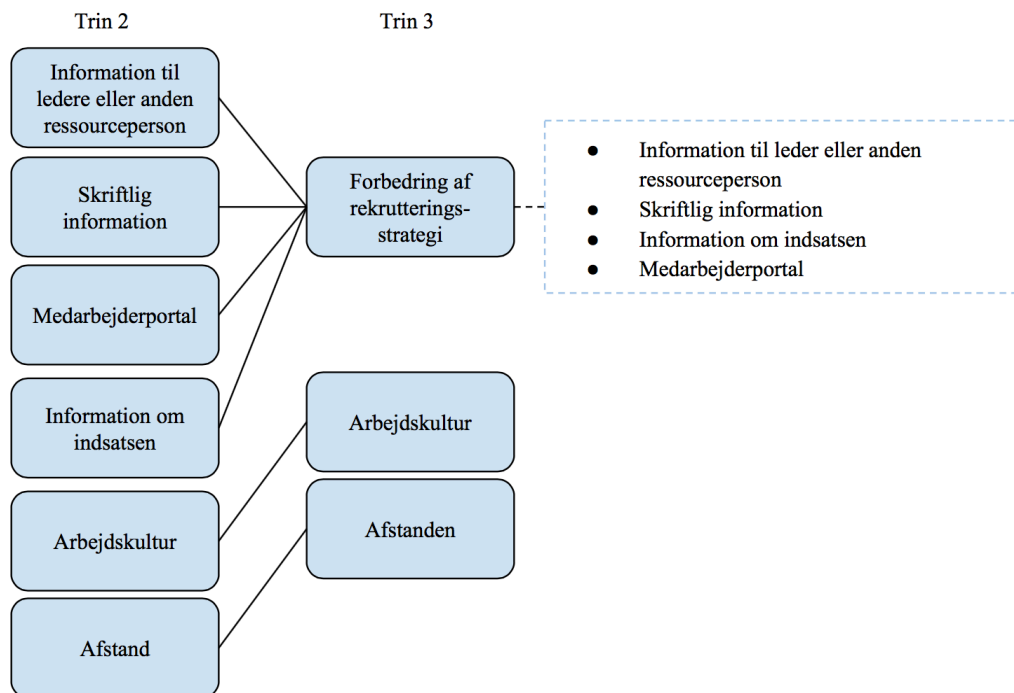
De gravide foreslår, at der skal være mere information om jordemoderens rolle og dette skal gøres til en del af markedsføringen. Ydermere foreslår de, at der udarbejdes mere information omkring netværksmøderne, herunder hvilke emner der bliver taget op på møderne.

#### **Arbejdskultur**

De gravide foreslår, at de også selv skal blive bedre til at italesætte *Gravid og Glad* på arbejdspladsen, således deres kolleger kan blive bekendte med indsatsen, såfremt den manglende italesættelse skyldes et manglende kendskab.

#### **Afstand**

De gravide foreslår at *Gravid & Glad's* lokalitet, som for nogen var en udfordring, kunne imødekommes ved at tilrettelægge træningsseancer i lokalområderne og gøre brug andre faciliteter.



## BILAG 8.2: Analyseprocessen af empiri fra dyadisk interview

---

### Fra trin 2 til trin 3 - Tematisering af meningsbærende enheder (citater) operationaliseres.

Her handler det om at operationalisere temaerne fra trin 2 så kun de mest relevante temaer, i forhold til specialets problemstilling, står tilbage. Det kan ske at nogle temaer fjernes eller flere temaer sammenlægges og har behov for et nyt temanavn.

### Rekrutteringsprocessen

#### **Rekrutteringsmetoder**

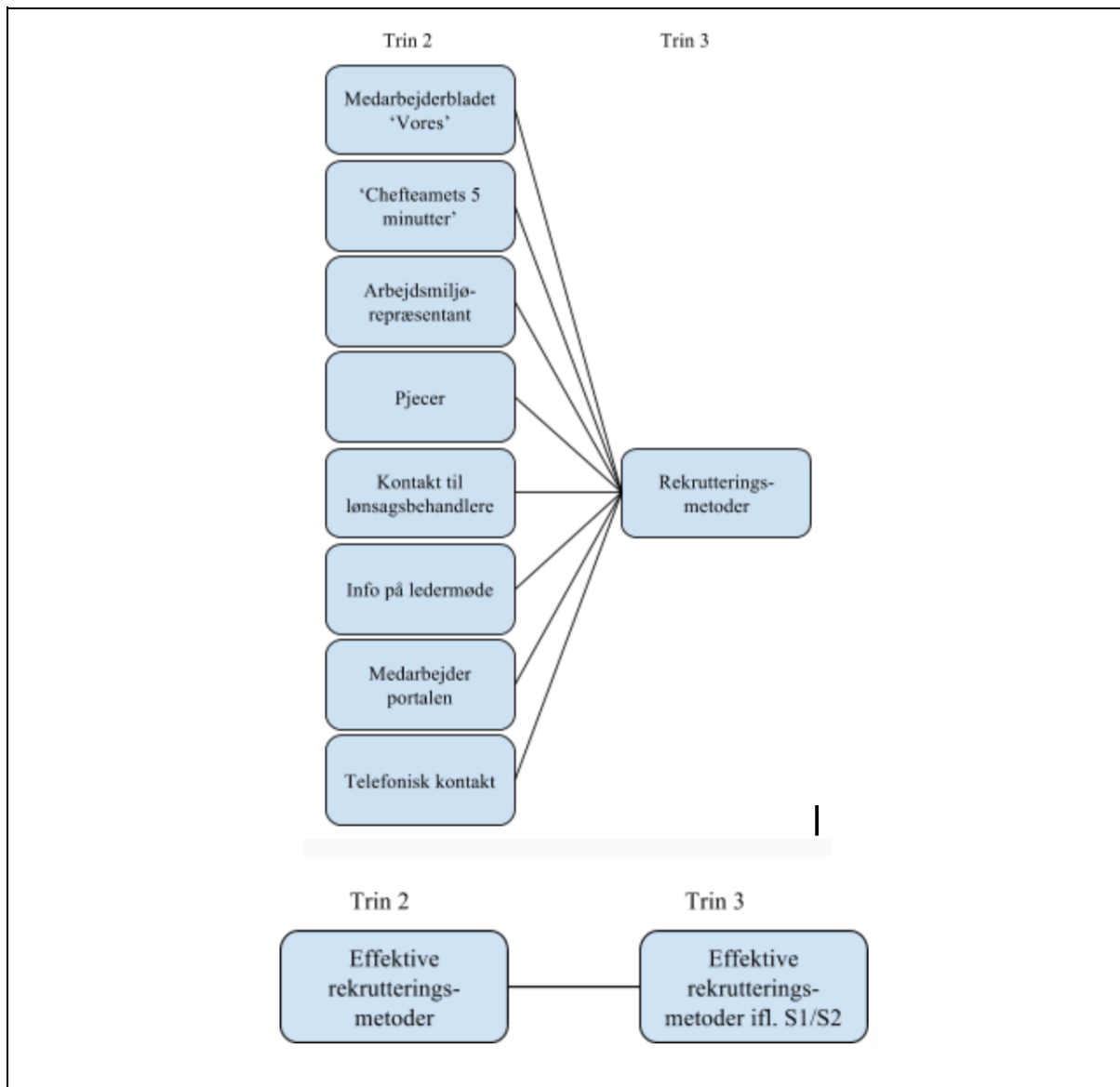
Rekrutteringen er ifølge de sundhedsprofessionelle foregået på flere forskellige måder, de har:

- Informeret om *Gravid og Glad* i medarbejderbladet 'Vores'
- Informeret om *Gravid og Glad* på 'Chefteamets 5 minutter'
- Haft en arbejdsmiljørepræsentant til at nævne indsatsen i hendes formidling om sygefravær på arbejdspladserne (dog uvist hvorvidt det egentligt *er* gjort)
- Afleveret pjecer på de gravides arbejdspladser
- **Nyt:** Præsenterer indsatsen på ledermøder
- **Nyt:** Skrevet rundt til alle områdernes lønsagsbehandlere og bedt dem uddele information omkring *Gravid og Glad* i forbindelse med barselsskemaerne.
- Reklamerer med et banner på Medarbejderportalen (er dog ikke bekendt med hvornår dette banner sidst er poppet op)
- Der er foretaget telefonisk kontakt til områdeledere for at sikre, at de kender til indsatsen og har modtaget pjecer.

#### **Effektive rekrutteringsmetoder ifølge S1 og S2**

Først nævnes mund-til-mund metoden, som formodes at være den mest effektive rekrutteringsmetode set ud fra de sundhedsprofessionelles perspektiv. Dertil er der en overbevisning om, at det fremadrettet vil have stor betydning for rekrutteringen, at lønsagsbehandlere sender information ud sammen med barselsskemaerne.

De sundhedsprofessionelle oplever dog en uoverensstemmelse mellem hvad de tror er de mest effektive metoder, og hvad resultaterne fra start-spørgeskemaerne som peger på information via ledelsen.

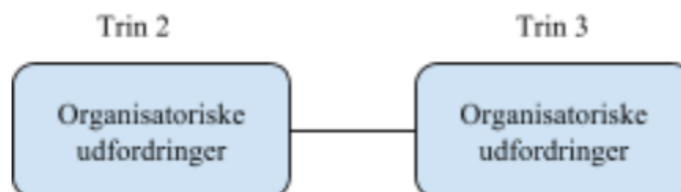


## Sundhedsprofessionelles udfordringer

### **Organisatoriske udfordringer**

De sundhedsprofessionelle oplever, at de største udfordringer er forbundet med det organisatoriske/bureaukratiske. De sundhedsprofessionelle har ikke mulighed for at tage *direkte* kontakt til ledelsen og bliver bedt om at forstyrre mindst muligt.

Desforuden informerer de om *Gravid og Glad* til den øverste ledelse og ikke mellemlidelsen, som er dem der er tættest på den ansatte.



## De sundhedsprofessionelles holdning til de gravides oplevelser af barriere og forandringsforslag

### **Praktiske barrierer**

De sundhedsprofessionelle informeres om de gravides forslag mht. at tilbyde *Gravid og Glad* i lokalområderne, for derigennem at rekruttere flere, de er dog bekendte med dette ønske men forklarer, at de i øjeblikket ikke besidder ressourcerne til opfylde dette. Ydermere kræver det, at der er flere gravide der tilslutter sig, således der ikke kun møder 1-2 gravide op på et hold, eftersom det sætter en barriere for en god hold dynamik. De understreger dog selv, at det måske kan være svært at få flere til at tilslutte sig medmindre man netop tilbyder det ude i lokalområderne (hønen og ægget).

Da de sundhedsprofessionelle informeres om at ugedagen for indsatsen, som ligger mandag, kan være en udfordring for dem der arbejder weekendvagt, ser de umiddelbart ingen barriere i at ændre dette ud fra eget perspektiv. Det kan dog være en barriere med træningslokalet, eftersom der er stor efterspørgsel på dette. Hvis det er flere der efterspørger at flytte ugedagen, formodes det dog at være muligt, dog først om en rum tid, grundet praktiske årsager.

### **Arbejdskultur**

De sundhedsprofessionelle informeres omkring, at de gravide kan være i tvivl om hvorvidt deres deltagelse i *Gravid og Glad* er accepteret af leder og/eller kolleger, lige så vel som de kan opleve dårlig samvittighed over at være fraværende i arbejdstiden og dermed tillægge deres kolleger ekstra arbejdsopgaver, dette er de sundhedsprofessionelle bekendte med er en problematik. De sundhedsprofessionelle appellerer til, at *alle* skal kunne se en gevinst ved indsatsen, den gravide, hendes kolleger og lederen. De nævner da selv, at de skal mere på banen i forhold til at køre ud i områderne og informere grundigere om indsatsen. Jo mere de selv italesætter det, jo mere formodes det også at blive italesat af ledere og kolleger, hvilket formodes at resultere i, at de gravide føler det er mere legalt at være fraværende grundet *Gravid og Glad* i arbejdstiden om mandagen. Desuden formodes den mere dybdegående information (forhåbentligt) også at kunne bidrage med, at lederne kan blive informeret om gevinsten ved at lade en gravid fortsætte på arbejdet (måske på nedsat tid/andre arbejdsopgaver), i stedet for at indhente en vikar, hvilket de formoder også vil styrke arbejdskulturen.

### **Forbedring af rekrutteringsmetoder**

#### *Synlighed af indsatsens tilbud, herunder jordemoderens rolle*

Da de sundhedsprofessionelle er umiddelbart ikke bekendte med, at de gravide primært forbinder indsatsen med et træningsforløb og at flere af de gravide, i starten af forløbet, ikke var bekendte med jordemoderens rolle. Jordemoderen mener dog at dette kan være forårsaget af, at projektmedarbejderen, som er tovholder på *Gravid og Glad* har været på barsel, hvorfor der ikke er blevet fulgt op på opgaver som kan påvirke promoveringen af indsatsen. De sundhedsprofessionelle formoder dog, at indsatsen er blevet mere synlige på denne front, eftersom jordemoderen ringer eller sender mail ud til de gravide, ved opstart af et forløb, samt at hun præsenterer sig i forbindelse med træningen.

Ydermere udtrykker de sundhedsprofessionelle, at det kan skyldes, at jordemodersamtalerne, i modsætning til træningen og netværksmøderne, ikke er skemalagte, men derimod kræver, at de gravide selv 'byder ind.'

Desforuden udtrykker de tvivl om hvorvidt det skriftlige materiale (pjece) beskriver jordemoder delen *godt nok*, hvorfor de vil gennemgå materialet og forbedre dette, såfremt det er tilfældet.

Da de sundhedsprofessionelle præsenteres for de gravides forslag om at informationen om indsatsen uddybes, både skriftligt og mundtligt, er det bestemt noget de ønsker at foretage sig.

De udtrykker, at de i første omgang vil gennemgå pjece, eftersom de netop skal trykke disse ud på ny. Ydermere foreslår de sundhedsprofessionelle selv at udarbejde noget velkomstmateriale, som kan udleveres til de gravide ved første møde. Materialet skal informere om alle *Gravid og Glad's* tilbud, herunder også tydeliggøre jordemoder-delen.



### Hyppigere promovering af Gravid og Glad

Da de sundhedsprofessionelle præsenteres for forslaget om at informere hyppigere omkring *Gravid og Glad* på arbejdspladsen til ledere eller anden (ressource)person, da informationen nemt kan gå tabt, blandt andet grundet jobrotation og afskedigelser, vil de bestemt bestræbe sig på dette.

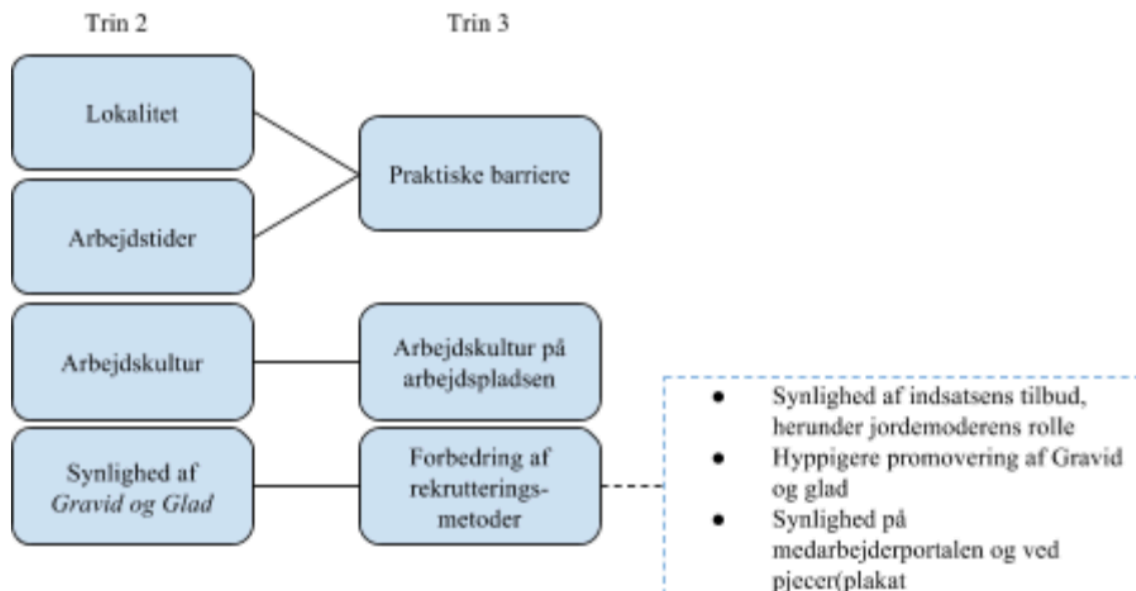
Ydermere giver de sundhedsprofessionelle udtryk for, at områdelederne måske ikke er de bedste at overlevere denne information til, eftersom de ikke er de gravides nærmeste leder, hvilket kan skyldes, at *Gravid og Glad* ikke nævnes. De udtrykker, at det er den nærmeste leder som kan informere de gravide medarbejdere om indsatsen. De sundhedsprofessionelle nævner derfor selv, at det kan være en idé at tage fat i arbejdsmiljørepræsentanterne i stedet (?) og lade dem fungere som nøglepersoner. Desforuden nævner de, hvorvidt det kunne være fordelagtigt endnu engang at komme på banen på 'Chefteamets 5 minutter' for at gøre sig mere synlige. De er dog ikke bekendte med, om man kan komme med i dette nyhedsbrev af flere omgang.

De sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at de i deres bestræbelser på at gøre *Gravid og Glad* mere synlige, skal ud og tale med lederne og eller arbejdsmiljøgrupperne. Dette især når der skal ændres på kulturen. Ved kulturændringer formoder de, at formidling gennem dialog virker bedre end pjecer og hjemmesider.

### Synlighed på medarbejderportal og ved pjecer/plakater

Da de sundhedsprofessionelle præsenteres for de gravides forslag om at øge synligheden og tilgængeligheden i forhold til den information der figurerer på medarbejderportalen og i forhold til udlevering af pjecer og plakater. Hertil udtrykker de sundhedsprofessionelle, at de ville kunne tage en ny runde ude på arbejdspladserne med nye, reviderede pjecer, lige såvel som det ville være en mulighed at have pjecer liggende til netværksmøderne, som de gravide således selv kunne tage med ud på arbejdspladserne og placere dem hvor de fremstår mest synlige.

Ydermere giver de udtryk for, at de vil rykke kommunikationsteamet for hvorledes promoveringen af *Gravid og Glad* forløber på medarbejderportalen i øjeblikket.



## Sundhedsprofessionelles forandringsforslag

### *Andre aktører*

De sundhedsprofessionelle foreslår selv, at de praktiserende læger kan være relevante at inddrage i processen, da det er lægerne der sygemelder de gravide medarbejdere. Det foreslås, at skabes en dialog mellem lægerne og enten lederne ude på arbejdspladserne eller de sundhedsprofessionelle i *Gravid og Glad*, så der skabes en fælles forståelse for, hvad de gravide rådes til under graviditeten.

