

Gruppe 10301:
Anna Helena Otthamar
Katrine Olesen Hinge
Rikke Holmegaard Calundan

Mental sundhed på en offentlig arbejdsplads på Færøerne

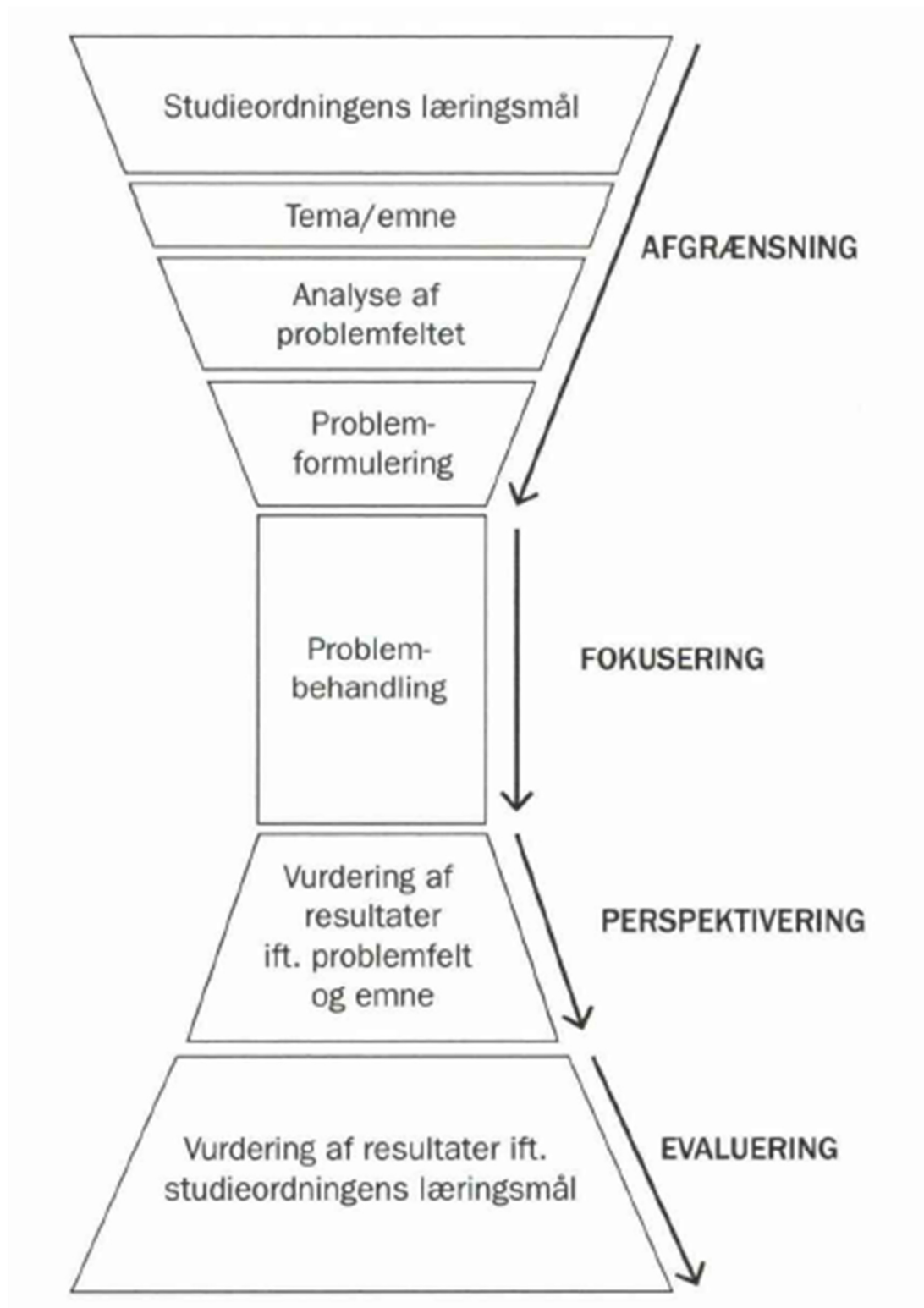
- En videreudvikling af ABC



Vejleder: Anna Marie Balling Høstgaard

Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab
Kandidatspeciale
Institut for medicin og sundhedsteknologi, Aalborg Universitet

Juni 2018
Anslag 282.571



Projektet er udarbejdet med baggrund i Aalborgmodellen. Modellen tager udgangspunkt i problembaserede læring (Holgaard et al. 2014).

Indholdsfortegnelse

Resumé	8
Abstract	9
1 Initierende problem.....	10
2 Problemanalyse	11
2.1 Mental sundhed på Færøerne.....	11
2.2 Færøerne som kontekst.....	13
2.2.1 Fakta om Færøerne	13
2.2.2 Sundhedsvæsenet på Færøerne.....	14
2.3 Mental sundhed	16
2.3.1 Definition af mental sundhed	16
2.3.2 Måling af mental sundhed.....	17
2.3.3 Årsagerne til god og dårlig mental sundhed	20
2.3.3.1 Proximale faktorer	21
2.3.3.2 Distale faktorer	22
<i>Præstationssamfundet</i>	22
<i>Stress</i>	24
<i>Sociale relationer</i>	25
<i>Opsamling</i>	26
2.3.4 Konsekvenser af henholdsvis god og dårlig mental sundhed	27
2.4 Sundhedsfremme på Færøerne.....	28
2.5 ABC for mental sundhed.....	30
2.5.1 Programteori	32
2.5.2 Partnerskab.....	34
2.6 Afgrænsning.....	36
3 Problemformulering	37
4 Metode	37
4.1 Videnskabsteoretisk position	37
4.1.1 Hermeneutik.....	39
4.1.2 Fælles forforståelse	40
4.1.3 Beskrivelse af konteksten - Case-inspireret studie.....	41
4.2 Medical Council Research (MRC).....	42

4.2.1 Udvikling	44
4.2.1.1 Teoretisk referenceramme – Lisa F. Berkman's konceptuelle model	44
4.2.1.2 Indsamling af empiri	46
<i>Det kvalitative forskningsinterview</i>	46
<i>Individuelle semistruktureret forskningsinterview</i>	47
Udvælgelse af informanter	47
Interviewguide	48
Gennemførelse af interview	50
Transskribering	50
Etiske overvejelser	51
Hermeneutisk analysestrategi	52
<i>Litteraturstudie</i>	53
<i>Indledende litteratursøgning</i>	53
<i>Systematisk litteratursøgning</i>	54
<i>Kædesøgning</i>	55
<i>Valg af databaser</i>	55
<i>Udvælgelse og vurdering af litteratur</i>	56
4.2.2 Afprøvning og evaluering	58
4.2.2.1 Teoretisk referenceramme – Peter Dahler-Larsens virkningsevaluering	58
4.2.2.2 Indsamling af empiri	60
4.2.3 Implementering	60
4.2.3.1 Teoretisk referenceramme - John Paul Kotters forandringsteori	61
4.2.3.2 Indsamling af empiri	62
5 Videreudvikling af ABC	63
5.1 Resultater og analyse	63
5.1.1 Analyse af kvalitativ studie	63
5.1.1.1 Informanternes forståelse af mental sundhed	64
5.1.1.2 Sociale relationers betydning på arbejdspladsen	67
5.1.1.3 Muligheder eller begrænsninger ved forbedring af mental sundhed på arbejdspladsen	69
<i>Muligheder</i>	69
<i>Begrænsninger</i>	70
5.1.1.4 Sociale aktiviteter betydning for de sociale relationer på arbejdspladsen	72
5.1.1.5 Gør noget aktivt og meningsfuldt på arbejdspladsen	74
5.1.2 Litteraturstudie	76

5.1.2.1. Resultatmatrix over studier	76
5.1.2.2 Kvalitetsvurdering og overførbarehed	81
5.1.2.3 Analyse af litteraturstudie	83
<i>Socialt element i sundhedsfremmende interventioner rettet mod mental sundhed</i>	83
<i>Muligheder og begrænsninger</i>	85
5.2 Diskussion af resultaterne knyttet til videreudviklingen af ABC	87
5.2.1 Forståelse af mental sundhed	88
5.2.2 Sociale relationers betydning for medarbejdernes mentale sundhed.....	89
5.2.3 Medarbejderinddragelse og aktiviteter.....	90
5.2.3.1 Sammenhæng mellem familie og arbejdsliv	92
5.2.4 Muligheder og begrænsninger ved videreudviklingen af ABC	94
5.2.4.1 Bevidstliggørelse af lederrolle	94
5.2.4.2 Manglende tid og ressourcer.....	94
5.3. Modellering af interventionen	95
6 Pilottest og evaluering af ABC	99
6.1 Resultater og analyse af kvalitativ studie.....	99
6.1.1 Ressourcer der er afsat i Torshavn kommune til ABC	99
6.2 Diskussion af resultater knyttet til pilottest og evaluering af ABC.....	100
6.2.1 Procesevaluering	101
6.2.2 Muligheder og begrænsninger	103
6.2.3 Sammenfatning af evaluering.....	104
7 Implementering	105
7.1 Analyse af interview	105
7.1.1 Implementering af aktiviteter der har fokus på at forbedre den mentale sundhed på arbejdspladsen	106
7.1.2 Lederens rolle	109
7.1.3 Arbejds miljø og arbejdskultur	111
7.1.4 Kommunikation i forhold til implementering af ABC	113
7.2 Analyse af litteraturstudie	114
7.3 Diskussion med teori	116
Fase 1	116
Fase 2:.....	118
Fase 3:.....	119
7.4 Sammenfatning af implementering.....	121
8 Metodediskussion	122

8.1 Overordnet metode.....	122
8.1.1 Videnskabsteoretiske position	122
8.1.2 Valg af udviklingsmodeller.....	123
8.1.3 Valg af teoretikere	124
8.1.3.1 Udvikling	124
8.1.3.2 Implementering	125
8.2 Det kvalitative studie	125
8.2.1 Interviewguiden.....	126
8.2.2 Interviewformen.....	126
8.2.3 Informanter	127
8.2.4 Rammerne for interviewene	127
8.3 Litteraturstudie.....	128
8.3.1 Søgestrategi og anvendte søgeord.....	128
8.3.1.1 Udvælgelse af litteratur.....	129
8.4 Gyldighed og overførbarehed	130
9. Beslutningsgrundlag for implementering af videreudvikling af ABC.....	131
10 Konklusion	135
11 Referencer	137
12 Bilag	145
Bilag 1 Oversigt over samarbejdspartnere	145
Bilag 2 Uformel samtale	150
Bilag 3 Interviewguide	151
Overordnet interviewguide	151
Interviewguide tilpasset makro-niveau	155
Interviewguide tilpasset mesoniveau.....	158
Interviewguide tilpasset mikroniveau	161
Bilag 4 Transskription procedure.....	164
Bilag 5 Informeret samtykke	165
Informeret samtykke (anonymt)	165
Informeret samtykke (ikke anonymt).....	166
Bilag 6 Informationsbrev til informanter.....	167
Bilag 7 Meningsbærende enheder og kategorier.....	168
Bilag 8 Søgebilag.....	181
Valg af databaser	183

Dokumentation af søgninger	183
Tabel over in- og eksklusionskriterier.....	197
Oversigt over udvælgelse af litteratur.....	197
Bilag 9 Tjeklister.....	198
Consort tjekliste.....	198
COREQ tjekliste.....	199
PRISMA tjekliste.....	202
Figur og tabeloversigt.....	205

Resumé

Baggrund: Der er en stigende tendens til dårlig mental sundhed både på verdensplan og på Færøerne. Ifølge den første færøske folkesundhedsundersøgelse er 25% af 25-34-årige i risiko for at få et langvarigt sygdomsforløb på grund af dårlig mental sundhed, målt ved stress. Med det øgede pres der bliver lagt på individer i deres arbejde i tråd med samfundsudviklingen, er der risiko for at medarbejdernes mentale sundhed forværres. Torshavn kommune valgt at implementere ABC (Act-Belong-Commit) for at fremme deres medarbejderes mentale sundhed.

Formål: Formålet med dette projekt er at udarbejde et beslutningsgrundlag for implementering af ABC på en offentlig arbejdsplads på Færøerne med henblik på at fremme medarbejdernes mentale sundhed.

Design og metode: Via en flervidenskabelig tilgang anvendes MRC's retningslinjer som overordnet ramme i udarbejdelsen af et beslutningsgrundlag for udvikling og implementering af ABC på en offentlig arbejdsplads på Færøerne. Der udarbejdes et kvalitativt interviewstudie med Berkman et al.s konceptuelle model med henblik på at videreudvikle ABC. Ligeledes udarbejdes et litteraturstudie til at afdække eksisterende evidens, i forhold til i videreudviklingen af ABC. Det kvalitative studie benyttes yderligere sammen med Dahler-Larsens teori om virkningsevaluering som baggrund til anbefalinger i forhold til pilottest og evaluering af interventionen. Slutteligt anvendes det kvalitative studie og litteraturstudiet sammen med Kotter forandringsteori til at belyse den optimale implementeringsproces.

Resultater: De kvalitative studie viste, at for at der sker en forandring på arbejdspladsen i form af bedre mental sundhed, så skal medarbejderne inddrages i udviklingen af aktiviteter og at lederne skal have de fornødne kompetencer til at lede processen. Der er flere forskellige aktiviteter der kan have en positiv indflydelse på medarbejdernes mentale sundhed, men det der især har betydning for den mentale sundhed er, at aktiviteterne udføres i fællesskab, da medarbejderne således yder social støtte til hinanden.

Konklusion: Det kan dermed udledes både af empiri og teori, at der mange muligheder i at tilpasse og implementere ABC på en offentlig arbejdsplads. ABC skal tilpasses den specifikke kontekst den implementeres i, hvilket gøres ved at inddrage medarbejdernes perspektiv i udviklingen og implementeringen af interventionen.

Abstract

Background: There is an increasing tendency for poor mental health both globally and in the Faroe Islands. According to the first Faroese public health survey, 25% of the 25-34-year-olds are at risk of long-term sickness due to poor mental health, measured by stress. With the increased pressure being imposed on individuals in their work in line with the development of society, there is a risk that the mental health of employees will deteriorate. The municipality of Torshavn chose to implement the ABC (Act-Belong-Commit) to promote the mental health of their employees.

Aim: The purpose of this project is to develop a decision base for the implementation of ABC at a public workplace in the Faroe Islands to promote the mental health of the employees

Design and Method: Through a multidisciplinary approach, MRC's guidelines are used as the overall framework in the preparation of a decision base for the development and implementation of ABC in a public workplace in the Faroe Islands. A qualitative interview study which uses Berkman et al.'s conceptual model is used to further develop ABC. Likewise, a literature study is used to uncover existing evidence, in relation to the further development of ABC. The qualitative study is also used along with Dahler-Larsen's theory of impact assessment as a basis for recommendations in relation to pilot tests and evaluation of the intervention. Finally, the qualitative study and literature study together with Kotter's theory is used to describe the optimal implementation process.

Results: The qualitative study showed that to promote a change in the workplace in terms of better mental health, employees should be involved in the development of activities and that managers should have the necessary skills to lead the process. There are several different activities that can positively influence the mental health of employees, but what is especially important for mental health is that the activities are carried out together, as employees provide social support to each other.

Conclusion: It is derived from both the empirical material and theory that there are many options in adapting and implementing ABC in a public workplace. ABC must be adapted to the specific context in which it is to be implemented, which is done by involving the employees' perspective in the development and implementation of the intervention.

1 Initierende problem

Dårlig mental sundhed er et stigende problem i hele verden (WHO 2003; Whiteford et al. 2013). Årsagerne til dårlig mental sundhed er mangfoldige og omfatter både sociodemografiske og livsstilsfaktorer (Christensen, Davidsen, Kjølner, et al. 2014). Samtidig har dårlig mental sundhed negative konsekvenser for såvel individ som samfundsøkonomi, da det påvirker individets velbefindende og evne til at arbejde og dermed evnen til at bidrage positivt til samfundet (Koushede et al. 2015; WHO 2013; Whiteford et al. 2013).

Der har i flere år været fokus på mental sundhed både i Danmark og resten af verden – herunder også på Færøerne (Sundhedsstyrelsen 2012; Eplov Falgaard & Lauridsen 2008; Whiteford et al. 2013). På grund af rigsfællesskabet lader Færøerne sig ofte inspirere af danske tiltag og dansk sundhedspolitik (Statsministeriet 2018; Fólkaheilsuráðið 2018a). Alligevel er det sparsomt, hvad der er blevet gjort på området. Den første færøske folkesundhedsundersøgelse fra 2015 viser, at i aldersgruppen 25-34-årige er 25% i risiko for at få et langvarigt sygdomsforløb på grund af dårlig mental sundhed (Lóður 2016). Denne aldersgruppe skiller sig ud som den, der har den dårligste mentale sundhed. Tendensen i undersøgelsen er, at jo ældre færinger er, desto bedre mental sundhed har de (Lóður 2016; Fólkaheilsuráðið 2015b). I den danske sundhedsprofil fra 2017 ses der en stigning af dårlig mental sundhed for de 25-34-årige (Jensen et al. 2018), samme tendens ses i resten af verden (Whiteford et al. 2013; WHO 2004). Dette taler for et yderligere øget fokus på mental sundhed på Færøerne, idet det også må forventes, at Færøerne vil opleve en lignende tendens med en stigende andel af borgere med dårlig mental sundhed.

Rådet for Folkesundhed på Færøerne begyndte at interessere sig for mental sundhed efter folkesundhedsundersøgelsen fra 2015 og igangsat initiativer på området for at bremse udviklingen af dårlig mental sundhed. De initiativer, der indtil nu er forsøgt implementeret, har dog ikke været evidensbaseret eller struktureret (Fólkaheilsuráðið 2018a). Der er på nuværende tidspunkt ikke udført evalueringer af folkesundhedsinitiativer, hvorfor det er uvist, hvorvidt de har den ønskede effekt om at bedre den mentale sundhed. Der er begrænset tilgængelig viden omkring implementering af interventioner, som kan forbedre den mentale sundhed på Færøerne. Der ses således et forandringspotentiale i at fremme den mentale sundhed på Færøerne. Ved at opnå indsigt i hvilke

samfundsmæssige, individuelle og sociale faktorer, der har betydning for færingers mentale sundhed, er målet at finde en strategi der har bedst mulig effekt på den mentale sundhed.

2 Problemanalyse

2.1 Mental sundhed på Færøerne

I følgende afsnit belyses problemet vedrørende mental sundhed på Færøerne. Rådet for Folkesundhed på Færøerne gennemførte i 2015 to undersøgelser, hvor de blandt andet undersøgte færingers mentale sundhed (Fólkaheilsuráðið 2015b; Fólkaheilsuráðið 2015a). Den første undersøgelse blev udarbejdet for at undersøge sundhedstilstanden for den voksne befolkning på Færøerne (Fólkaheilsuráðið 2015b), mens den anden undersøgelse havde til hensigt at undersøge velfærden på Færøerne (Fólkaheilsuráðið 2015a). Den første undersøgelse er en spørgeskemaundersøgelse, hvor 2184 færinger har svaret, hvilket giver en svarprocent på 47%. Undersøgelsen er udarbejdet med inspiration fra den danske sundhedsprofil (Fólkaheilsuráðið 2015b) og vil fremover blive beskrevet som den færøske sundhedsprofil. Rådet for Folkesundhed har valgt at bruge Perceived Stress Scale (PSS-score) som parameter til måling af den mentale sundhed. Ud fra WHO's definition af mental sundhed er det at kunne håndtere stressorer i hverdagen en del af den mentale sundhed (WHO 2013). Anvendelsen af PSS-score som mål for mental sundhed giver dog et forenklet billede af mental sundhed, hvilket diskuteres senere i projektet. I afrapporteringen af den færøske sundhedsprofils resultater beskrives det, at den aldersgruppe, der har den dårligste mentale sundhed, er aldersgruppen 25-34 år, hvor 25% er i risiko for et langvarigt sygdomsforløb grundet høj PSS-score (Lóður 2016). Denne konklusion om færingers mentale sundhed understøttes af en undersøgelse blandt elever (middelalder 20 år) på landets ungdomsuddannelser. Denne undersøgelse er udarbejdet af to færøske psykologer med udgangspunkt i The Warwick-Edinburg Mental Well-being Scale, som er et valideret redskab til måling af mental sundhed (Skaale & Davidsen 2017). Den færøske sundhedsprofil og undersøgelsen blandt unge på ungdomsuddannelserne kommer til den samme konklusion, at tilstanden af dårlig mental sundhed på Færøerne ligger på samme niveau som danskernes (Lóður 2016; Skaale & Davidsen 2017). Samtidig ses at den mentale sundhed forbedres i takt med at alderen stiger, både i den danske sundhedsprofil (Jensen et al. 2018) og i den færøske

sundhedsprofil (Fólkaheilsuráðið 2015b; Lóður 2016). I Danmark er sundhedsprofilen udarbejdet flere gange (Christensen, Davidsen, Ekholm, et al. 2014; Jensen et al. 2018) og derfor er det muligt at se, at der er en stigende incidens.

Ovenstående analyse af den færøske sundhedsprofil taler for, at den mentale sundhed for færinger ligger på samme niveau, som der ses i Danmark, hvor der ses en stigende incidens af dårlig mental sundhed samtidig med at det er de yngre generationer, det vil sige dem i 20'erne og 30'erne, der har den dårligste mentale sundhed.

Den anden undersøgelse, der blev udarbejdet af Rådet for Folkesundhed i 2015, er udarbejdet med udgangspunkt i OECD Better Life Initiative (Fólkaheilsuráðið 2015a). OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) er en international organisation, der arbejder med at fremme økonomisk fremgang i medlemslandene (Boarini 2011). OECD Better life Initiative måler på menneskers well-being (trivsel). Dermed er der fokus på det, der gør livet godt for mennesker (Durand 2015). Færøerne er ikke med i OECD, men Rådet for Folkesundhed har udarbejdet deres egen undersøgelse ud fra de samme mål, som anvendes i OECD Better Life Initiative (Fólkaheilsuráðið 2015a). Undersøgelsen viser, at færinger ligger højt på skalaen i forhold til velfærd sammenlignet med andre lande, og at de scorer højest i forhold til tilfredshed med livet. De eneste kategorier, hvor færinger er lavt placeret, er i forhold til uddannelse og indtægt (Fólkaheilsuráðið 2015a). Disse kategorier har en betydning for den mentale sundhed, idet de er blevet påpeget som vigtige determinanter for mental sundhed både i Danmark (Eplov Falgaard & Lauridsen 2008) og internationalt (WHO 2004).

Ud fra ovenstående er det færøske folk generelt tilfredse med deres liv sammenlignet med andre lande (Fólkaheilsuráðið 2015a). Til trods af det tyder det på et problem med dårlig mental sundhed blandt de 25-34 årige færinger (Fólkaheilsuráðið 2015b). Det er uvist om dette er en stigende eller faldende tendens, da undersøgelsen kun er udført en gang. Ud fra den danske sundhedsprofil fra 2017 fremgår det, at der er en tendens til, at flere og flere danskere får dårlig mental sundhed (Jensen et al. 2018). Da prævalensen af dårlig mental sundhed på Færøerne er den samme som i Danmark, forventes det også, at den stigende tendens med dårlig mental sundhed, også må være gældende for Færøerne. Endvidere synes der at være nogle vigtige determinanter for dårlig mental

sundhed, hvor færinger halter bagud, nemlig uddannelse og indtægt (Fólkaheilsuráðið 2015a). Det, at det er den unge generation, der har den dårligste mentale sundhed, vurderes også som problematisk, da dette er mennesker i den arbejdsdygtige alder. Derved opstår potentielle økonomiske konsekvenser for samfundet. Vurderingen er derfor, at færingers mentale sundhed, ligesom i Danmark, bliver et større problem. Det medfører et behov for at opnå en forståelse for hvilke faktorer, der påvirker færingers mentale sundhed, hvis en fokuseret indsats for at bremse denne udvikling, skal kunne iværksættes. For at opnå en forståelse for dette, er det først nødvendigt at undersøge nærmere, hvad der kendetegner Færøerne og færinger, hvilke årsager og konsekvenser, der er ved dårlig mental sundhed, samt hvad der på nuværende tidspunkt er gjort på Færøerne for at forbedre den mentale sundhed. Desuden er det nærlagt at undersøge, hvilke muligheder, der kan være for implementering af interventioner, der kan forbedre den mentale sundhed på Færøerne. Dette vil blive gennemgået i resten af problemanalysen.

2.2 Færøerne som kontekst

I dette afsnit beskrives, hvad der kendetegner Færøerne og den færøske befolkning. Først præsenteres den samfundsmæssige struktur kort, herunder hvordan det politiske og sundhedsmæssige system er opbygget, og hvad der kendetegner færinger som folkeslag. Dette gøres for at få en forståelse for, hvad der har betydning, når en intervention skal implementeres på Færøerne.

2.2.1 Fakta om Færøerne

Færøerne er et lille land på 1400 KM² fordelt på 18 større eller mindre øer, der er forbundet via tunneller og færger. Der bor omkring 50.000 mennesker (Hagstova Føroya 2016). Hovedstaden hedder Torshavn og her bor ca. 20.000 af landets befolkning (Nordisk ministerråd 2018). Der er mange små bygder og få byer. Øernes befolkning er således spredt ud over hele landet i mange små fællesskaber (Hagstova Føroya 2016). At vokse op i en lille bygd påvirker mennesker forskelligt (Anvik & Waldahl 2016). Nogle synes, at det er dejligt, at der er stille og de føler sig trygge, da de er tæt knyttet til deres familie, som gerne bor i nærheden. Andre finder det kedeligt og ensomt at bo i en lille bygd (Anvik & Waldahl 2016). At bo i et mindre samfund kan have den fordel, at alle kender alle. Ulempen kan dog også være, at det kan være svært at håndtere dårlig mental sundhed med familie eller naboer, uden at føle sig stigmatiseret ved at vise sårbarhed i forhold til mental sundhed.

Færøerne hører under kongeriget Danmark, men det er Lagtinget, der er den øverste myndighed på Færøerne. Rigsfællesskabet mellem Danmark og Færøerne har eksisteret i mange år. Den første hjemmestyreordning for Færøerne blev indført i 1948. Siden hen er der foretaget opgraderinger af denne, således at de i 2005 udarbejdede den sidste overdragelseslov, der gør, at Færøerne har fået selvstyre på alle områder undtagen sikkerheds- og udenrigspolitik (Statsministeriet 2018). Siden 1995 har Lagtinget fastsat reglerne for sundhedsvæsenet, herunder styring af ydelser og administration (Føroya Landsstýri 1999). Figur 1 skitserer opbygningen af samfundssystemet for henholdsvis Danmark og Færøerne.



Figur 1, Egen figur med inspiration fra Grundloven (1953) og Statsministeriet (2018) over opbygning af samfunds- og sundhedssystemet i Danmark og på Færøerne.

2.2.2 Sundhedsvæsenet på Færøerne

Sundhedsvæsenet på Færøerne organiseres ud fra samme princip som i Danmark. Det danske sundhedsvæsen består af sygehuse, praktiserende læger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer samt apoteker, hvor der er en vis egenbetaling til disse instanser (Pedersen 2013). Grunden til at det færøske sundhedsvæsen er organiseret på samme måde, kan skyldes færingers historie som en del af Danmark (Føroya Landsstýri 1999), og at økonomiske systemer har en *stiafhænighed*, der bunder i, at der hele tiden bygges videre på tidligere love og organiseringer (Pedersen 2013).

Det Færøske sundhedsvæsen drives af Lagtinget, og det er gratis at gå til lægen, komme på sygehus, samt at bruge sundhedsplejen. Der findes 3 kommunale hospitaler, men ingen privathospitaler på Færøerne, og alle apoteker er drevet af det offentlige (Nordisk Samarbejde 2018). I forhold til mental sundhed kan det være en ulempe, at Færøerne geografisk består af mange små bygder, da der er lange distancer til både de sociale tjenester, offentlig service samt private psykologer på Færøerne, idet disse tjenester kun forekommer i Torshavn (Anvik & Waldahl 2016). Dermed ligger meget af ansvaret for at identificere mentale sundhedsproblemer hos de pårørende og lokalsamfundet, hvorfor det er de uformelle sociale netværk, der hjælper dem, der bliver syge (Anvik & Waldahl 2016). Der er generelt mangel på lægeekspertise i alle specialer, da læger skal til udlandet for at uddanne og specialisere sig, hvilket kan have den konsekvens, at der ikke er kontinuitet i behandlingsforløbet (Anvik & Waldahl 2016). Dette kan have indflydelse på færingers mentale sundhed, da de ikke altid kan få hjælp, når de har brug for det.

I 2004 udarbejdede det Færøske sundhedsministerium en forebyggelsesplan, der skulle bygge på WHO's definition af sundhed, hvor sundhed ikke blot er fravær af sygdom, men en tilstand af fysisk, psykisk og social velvære (Landsstyret 2004). Den skulle primært gælde i perioden 2006-2009. Planen skulle indeholde både forebyggende og sundhedsfremmende interventioner på Færøerne og politikerne var optaget af, at sundhed skulle ind i alle politikker. Det ses dog af planen, at den kun indeholder elementer om folkesygdomme opstået på baggrund af livsstil (Landsstyret 2004). Dermed fremgår det, at den mentale sundhed ikke er en del af denne forebyggelsesplan, hvorfor der ses et potentiale i have fokus på forbedring af den mentale sundhed på Færøerne. Dette set i lyset af det tidligere beskrevne problem i forhold til mental sundhed på Færøerne (Fólkaheilsuráðið 2015b; Lóður 2016; Skaale & Davidsen 2017).

På Færøerne er det Rådet for Folkesundhed, der har det overordnede ansvar for at igangsætte forebyggelses og sundhedsfremmende interventioner for hele befolkningen (Fólkaheilsuráðið 2018a). Det er den færøske Social- og sundhedsminister, der sammen med andre sundhedsordførere, peger på medlemmerne til Rådet for Folkesundhed. Rådet består af 7 medlemmer, som sidder 4 år ad gangen. Rådsmedlemmerne repræsenterer undervisningsvæsenet, socialsystemet og forskelligt sundhedspersonale og dertil kommer et medlem med særlig forståelse for social- og sundhedsforhold (Fólkaheilsuráðið 2018a).

I 2008 vedtog Lagtinget at ligestille den psykiatriske behandling med den somatiske (Stenberg 2017). Dette sammen med resultaterne fra den færøske sundhedsprofil har gjort, at der i de sidste to år har været et øget fokus på mental sundhed. Det er udmundet i, at Landsstyret i 2017 har vedtaget, at en arbejdsgruppe skal udarbejde en psykiatriplan, som skal give en retning for arbejdet med psykisk sygdom på tværs af alle sektorer (Stenberg 2017). Forebyggende arbejde ses som et centralt element i planen (Stenberg 2017), hvor Rådet for Folkesundhed er den vigtigste aktør i forhold til arbejdet med at fremme færingers mentale sundhed.

2.3 Mental sundhed

I dette afsnit redegøres der for begrebet mental sundhed. Først fremstilles en definition af mental sundhed for at klarlægge, hvordan begrebet forstås og anvendes i dette projekt. Derefter beskrives nogle forskellige måder, hvorpå mental sundhed er blevet målt. Herunder ses der på, hvordan Rådet for Folkesundhed har valgt at måle mental sundhed, for at få en indsigt i deres syn på mental sundhed. Til sidst i afsnittet beskrives årsager og konsekvenser til god og dårlig mental sundhed, for derudfra at få et indblik i hvilke faktorer, der er vigtige at medtænke i arbejdet med mental sundhed på Færøerne.

2.3.1 Definition af mental sundhed

Overordnet er der tre forskellige tilgange at se sundhed på. Den patogenetiske tilgang, som ser sundhed som fravær af sygdom. Den salutogenetiske tilgang ser sundhed som tilstedeværelsen af menneskelig kapacitet og funktionalitet i adfærd, følelser og tænkning (Keyes 2013a). Den sidste tilgang til sundhed er den, som rummer begge tilgange (Keyes 2013a). Epidemiologiske studier har traditionelt fokuseret på, hvem der er syge, fremfor hvem der er raske (Vaillant 2012). Dog er der de seneste år rettet fokus på at definere mental sundhed ud fra en positiv synsvinkel, hvor der undersøges, hvad der kendetegner dem, der har god mental sundhed (Vaillant 2012; Keyes 2013a; Galderisi et al. 2015).

Der foreligger således forskellige forståelser for, hvad mental sundhed er. Der er endvidere flere definitioner fra forskellige lande (Vaillant 2012; WHO 2013), hvilket afspejler, at det er forskelligt, hvordan mental sundhed opfattes i forskellige kontekster (Shavitt et al. 2016; Bhugra et al. 2013).

WHO's definition af mental sundhed er den, som både Sundhedsstyrelsen i Danmark og Rådet for Folkesundhed på Færøerne tager udgangspunkt i.

“Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.” (WHO 2013).

Ud fra denne definition har en person god mental sundhed, når han eller hun formår at håndtere livets stressorer, at arbejde produktivt og at bidrage til fællesskabet. Definitionen lægger dermed op til, at en person med god mental sundhed kan realisere egne potentialer og bidrage positivt til samfundet. Mental sundhed beskrives som en tilstand af trivsel (well-being), hvilket også vurderes at indeholde de positive aspekter af mental sundhed. I forskning om mental sundhed er det en fordel at have en bred definition, da en bred definition er åben for fortolkning og derfor modtagelig for kulturelle forskelle (Vaillant 2012). WHO's definition af mental sundhed vurderes at være dækkende for et helhedssyn for mental sundhed, som rummer det salutogenetiske perspektiv, da den lægger vægt på personers kapacitet og håndtering af livet. Dertil vurderes definitionen som værende en bred definition, der kan gøre sig gældende i flere forskellige kulturer, som også ses ved at definitionen anvendes på tværs af landegrænser.

På baggrund af ovenforstående analyse af definitionen af mental sundhed, vælges der i dette projekt at tage udgangspunkt i WHO's definition af mental sundhed.

2.3.2 Måling af mental sundhed

I dette afsnit beskrives nogle af de måleredskaber, der anvendes i forhold til at undersøge færinger-nes mental sundhed. Dette gøres for at få indblik i redskabernes mulige begrænsninger.

Der er forskellige måder, hvorpå mental sundhed kan måles. Der har primært været fokus på at måle mental sundhed ud fra negative parametre, såsom risikofaktorer til sygdom (Vaillant 2012). Deriblandt er stress, målt med PSS (Perceived Stress Scale) også et af de benyttede parameter (Houssemand & Meyers 2011; Nielsen et al. 2017). Stress er også det parameter, som Rådet for Folkesundhed også har valgt at bruge som indikation for mental sundhed (Lóður 2016). Stress anses

dog kun som et parameter af flere, der belyser den mentale sundhed (Houssemand & Meyers 2011; Nielsen et al. 2017), hvorfor Rådet for Folkesundheds undersøgelse giver et forenklet billede af den mentale sundhed, idet deres undersøgelse (Den færøske sundhedsprofil) reelt måler stressniveauet hos befolkningen og ikke mental sundhed. Den færøske sundhedsprofil anvender dog også SF-12 spørgeskemaet til at måle fysisk og mental sundhed ligesom den danske sundhedsprofil (Fólkaheilsuráðið 2015b). SF-12 er et valideret måleredskab af fysisk og mental sundhed og giver derved et indblik i den mentale sundhed målt på andre parametre end stress. Problemet er her, at resultaternes fra spørgeskemaet ikke er analyseret, og afrapportering af resultatet kun er opgjort i procenter for hver svarmulighed i Den færøske sundhedsprofil. Der er ikke udarbejdet nogle statistiske analyser af resultaterne, hvilket blandt andet kan skyldes manglende ressourcer. Det vil være en fordel at udarbejde statistiske analyser af resultaterne fra SF-12 spørgeskemaet for at få et reelt billede af problemets omfang på Færøerne, samt for at kunne sammenligne resultaterne med de danske tal og derved give en mulighed for at vurdere omfanget af dårlig mental sundhed i landet. Endvidere vil statistisk analyse af SF-12 give mulighed for at supplere resultatet af sundhedsprofilen med et indblik i trivselsaspektet i forhold til WHO's definition af mental sundhed. På grund af at Rådet for Folkesundhed udelukkende har målt mental sundhed ud fra stress, har de alene fået resultater med fokus på den del af definitionen omkring mental sundhed, der omhandler håndtering af stressorer.

Alt i alt vurderes det mangelfuldt, at data fra den færøske sundhedsprofil ikke er analyseret i forhold til SF-12. Det vurderes som spild af ressourcer at udarbejde et spørgeskema på et repræsentativt udsnit af befolkningen, hvori mål for mental sundhed indgår, uden at data bruges til noget konkret. Heri ligger også etiske overvejelser, da det er spild af svarpersonernes tid og ressourcer, hvis svarene ikke bliver analyseret og brugt til noget i den endelige sundhedsprofil.

Det vurderes endvidere problematisk, at Rådet for Folkesundhed i deres analyse af data fra den færøske sundhedsprofil sætter lighedstegn mellem mental sundhed og stress (målt med PSS-skalaen) (Lóður 2016). Der ses en klar sammenhæng mellem stress og mental sundhed, hvor sammenhængen er at jo højere man scorer på stress-skalaen desto dårligere mental sundhed (Jensen et al. 2018; Herr et al. 2018; Basu et al. 2017). Mental sundhed ses som et mere overordnet begreb, hvor stress ses som en årsag til mental sundhed (Basu et al. 2017; Harvey et al. 2017), hvilket skildres

senere i problemanalysen (afsnit 2.3.3). Samtidig beskrives der flere andre faktorer, som har en indflydelse på mental sundhed, hvorfor det anses som en svaghed, at Rådet for Folkesundhed i deres rapport sætter lighedstegn mellem stress og mental sundhed. En mulig forklaring på dette kan ligge i, at mental sundhed er tabubelagt for færinger (Anvik & Waldahl 2016). Der er knyttet et vist stigma til mental sundhed, især i de små lokalsamfund på Færøerne, hvor folk har en tendens til at være bange for at skille sig ud fra mængden og blandt andet derfor ikke taler åbent om mentale helbredsproblemer (Anvik & Waldahl 2016). Dette kan være en mulig forklaring på, hvorfor Rådet for Folkesundhed har valgt at måle mental sundhed alene på en stress-skala (PSS). Stress er ikke på samme måde tabubelagt på Færøerne, fordi der igennem flere år har været fokus på stress, især stress på arbejdspladsen (Jákupsson 2014; Fegin 2018). Det har blandt andet medført, at der på mange arbejdspladser rundt om på Færøerne har været flere oplæg om stress, hvilket indikerer et vist kendskab til stress hos befolkningen (Kommunala Arbeidsgevarafelagið 2018). Stress kan anses som værende noget udefrakommende, der påvirker en person. På Færøerne er der især fokus på arbejdspladsen som kilden til stress. Mental sundhed har ikke en lige så tydelig årsagsforklaring og kan anses som noget, der kommer indefra. Derfor har færinger muligvis lettere ved at tale om stress end mental sundhed. Stress er mere håndgribeligt, samt når årsagen til stress til en vis grad er arbejdspladsen, bliver det i højere grad arbejdspladsen, der er problemet, end det enkelte menneske.

En måde hvorpå mental sundhed kan måles, er ved at se på en persons subjektive oplevelse af velvære (Keyes 2002). The Warwick-Edinburg Mental Well-being Scale er en skala, der fokuserer på de positive aspekter af mental sundhed, hvorfor den appellerer til dem, der arbejder med sundhedsfremme (Tennant et al. 2007). Skalaen består af 14 spørgsmål, som beskriver positive aspekter af den mentale sundhed. Denne måleskala er blevet brugt i undersøgelsen af de unges mentale sundhed på Færøerne. Her viser resultatet, at unge færingers mentale sundhed ligger på samme niveau som danskernes (Skaale & Davidsen 2017).

Med udgangspunkt i ovenforstående redegørelse af mental sundhed samt måling heraf ses det, at den måde, som data er blevet analyseret på i Den færøske sundhedsprofil, kun delvis er dækkende for WHO's definition på mental sundhed. Dette projekt vælger alligevel at benytte disse data, trods

de nævnte mangler, da disse data er de eneste tilgængelige data omkring mental sundhed på Færøerne, som projektet kan få adgang til. Dertil er det på baggrund af disse data, at Rådet for Folkesundhed har vurderet, at der er behov for at have fokus på den mentale sundhed i den færøske befolkning. Den færøske sundhedsprofil (Fólkaheilsuráðið 2015b; Lóður 2016) samt undersøgelsen blandt unge (Skaale & Davidsen 2017) giver et billede af, at der er et problem med den mentale sundhed i den færøske befolkning, samt at færingers mentale sundhed ligger på samme niveau som for eksempel danskernes. Dette indikerer et behov for at afdække de bagvedliggende grunde hertil, hvilket netop er projektets fokus. For at afdække hvilke faktorer, der har indflydelse på mental sundhed, redegøres der i det følgende afsnit for årsagerne til henholdsvis god og dårlig mental sundhed.

2.3.3 Årsagerne til god og dårlig mental sundhed

De to professorer i medicinsk sociologi, Bruce G. Link og Jo Phelan argumenterer for, at det er vigtigt at have fokus på de distale faktorer, som påvirker sygdomsudvikling og ikke kun de proximale faktorer, når årsager til sygdom undersøges (Link & Phelan 1995). Ved proximale faktorer forstås de individuelle risikofaktorer som for eksempel livsstil. De distale faktorer indbefatter faktorer så som socioøkonomisk status og mængden af social støtte, som er fundamentale årsager til sygdom, fordi de kan have indflydelse på, hvilke ressourcer individet har adgang til (Link & Phelan 1995). Forskning om mental sundhed har været præget af den patogene tanke. Dette har medført, at der primært har været fokus på individuelle (proximale) risikofaktorer i forskningen af mental sundhed (Eplov Falgaard & Lauridsen 2008). Derudover bygger flere undersøgelser, der har undersøgt sammenhængen mellem risikofaktorer og mental sundhed, deres resultater på tværsnitsundersøgelser, hvilket medfører, at der er lav evidens for kausale årsagssammenhænge (Fleming & Herring 2018; Jensen et al. 2018; Eriksen et al. 2016). Dermed kan der ikke siges noget om årsags-virknings sammenhæng, men blot at der er en sammenhæng. Derudover har et systematisk review vist modsigende resultater omkring mental sundhed og risikofaktorer (Fluharty et al. 2017). Det betyder, at der heller ikke på baggrund af dette er muligt at påpege en ensidig årsags-virknings sammenhæng. I forhold til dette projekt betyder det, at nogle faktorer kan være både årsager og konsekvenser. Årsagskæden til mental sundhed er kompleks (Taylor et al. 2007). Det betyder, at det er en forudsætning ved udarbejdelse af interventioner, der har til formål at fremme den mentale sundhed, at man kender

både risikofaktorerne til dårlig mental sundhed og de beskyttende faktorer, der opretholder god mental sundhed (Eplov Falgaard & Lauridsen 2008). Dette har sammenhæng med Link & Phelans teori, der også beskriver, at de distale og proximale faktorer påvirker hinanden og dermed kan være svære at adskille. Tilsammen udgør begge typer faktorer derfor en kompleks årsagskæde, der belyser risikoen for en given mental tilstand (Link & Phelan 1995). Derfor vil både risikofaktorer og beskyttende faktorer i forhold til mental sundhed blive beskrevet i dette afsnit ved opdeling i proximale og distale faktorer.

2.3.3.1 Proximale faktorer

De proximale årsager til mental sundhed udgøres, som tidligere beskrevet, af individuelle faktorer. Personer med dårlig mental sundhed har ofte højere BMI, større alkoholforbrug, ryger samt er inaktive (Christensen, Davidsen, Kjølner, et al. 2014; Eriksen et al. 2016). Dette understøttes af den færøske sundhedsprofil (Lóður 2016) og internationale studier (Fleming & Herring 2018; Fluharty et al. 2017), som angiver samme statistiske sammenhæng mellem mental sundhed og KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion). Derudover har flere studier forbundet dårlig mental sundhed med lav selvtillid eller det at føle sig isoleret (Stefansson 2006; Bhugra et al. 2013). God mental sundhed viser sig at være forbundet med en følelse af god social støtte (Kawachi & Berkman 2001). Den færøske sundhedsprofil viser, at 24% af studiepopulationen en gang imellem eller tit oplever, at de er alene, når de reelt har lyst til at være sammen med andre (Fólkaheilsuráðið 2015b). Dette kan have indflydelse på oplevelsen af social støtte. Følelsen af at have gode sociale relationer er noget, der kommer indefra individet og er derfor proximalt, mens interaktionen med andre individer bliver et samspil, der ikke kun handler om den enkelte og derfor kan anses som en distal faktor. Dette er et eksempel på det komplicerede samspil mellem de forskellige niveauer.

Årsagerne til god mental sundhed er blandt andet at have gode sociale relationer, både i form af familie og venner. Derudover er det vigtigt at føle, man kan bidrage til samfundet (Nielsen et al. 2017), hvilket genspejles i WHO's definition af mental sundhed (WHO 2013). Derved er der flere forskellige proximale faktorer, der har betydning for den mentale sundhed, såvel psykologiske som fysiske. Det beskrives senere i projektet, hvordan det at have fokus på det, der giver god mental sundhed, kan fremme den mentale sundhed, ikke kun for dem der er udsatte for kendte risikofaktorer for dårlig mental sundhed, men for hele befolkningen.

Beskrivelsen af de proximale årsager og dermed de årsager, der ligger tættest på individet, skal bidrage videre i projektet med at belyse, hvad der er vigtigt at medtænke på dette niveau.

2.3.3.2 Distale faktorer

De distale faktorer indbefatter fundamentale årsager til sygdom og er et kompleks samspil af faktorer (Link & Phelan 1995). Det kan være generelle socioøkonomiske årsager, såsom uddannelse, indkomst, sundhedsadfærd (Diderichsen et al. 2011). Undersøgelser viser, at lav socioøkonomisk status er forbundet med dårlig mental sundhed (Stefansson 2006; Bhugra et al. 2013). Kultur har også en indflydelse på mental sundhed (Shavitt et al. 2016). Som tidligere beskrevet er mental sundhed for mange familier på Færøerne et tabu, hvilket kan gøre det svært for dem, der har brug for hjælp at få den nødvendige hjælp, fordi borgerne ikke vil indrømme egne problemer eller opsøge den nødvendige hjælp. (Anvik & Waldahl 2016). Tabuet omkring mental sundhed er en distal faktor, som kan være en barriere i forhold til at fremme færingers mentale sundhed.

I det færøske samfund er kristendommen en vigtig faktor (Hovgaard 2001), hvilket kan have en distal betydning for de sociale faktorer. Den stærke religiøse tilstedeværelse på Færøerne har en indflydelse på kulturen og de samfundsmæssige værdier. Den kristne tro kan både forværre, men også forbedre den mentale sundhed. Den måde en kristen person anskuer verden på, kan være en beskyttende faktor i forhold til mental sundhed, idet troen kan være en kilde til håb (Lilja et al. 2016). Den stærke kristne tro kan også skabe sociale spændinger og har måske drevet folk ud i eksklusion fra samfundet (Hovgaard 2001), hvilket kan være årsag til dårlig mental sundhed. Et systematisk review viser, at personer der er religiøse, er mere tilfredse med livet (Campos-Matos et al. 2016). Dette kan skyldes, at der i et religiøst fællesskab er nogle positive sociale mellemmenneskelige relationer (Umberson & Karas Montez 2010), hvilket ses som en vigtig faktor i forhold til mental sundhed (Berkman et al. 2000). Udover de nævnte distale faktorer kan der være andre faktorer i samfundet, der har betydning for den mentale sundhed, hvilket vil blive præsenteret i det næste afsnit.

Præstationssamfundet

I det moderne samfund er der mere og mere fokus på præstationer og konkurrencedygtige borgere (Jensen 2005). Denne forandring i samfundet kan medføre negative konsekvenser i form af belastninger for borgerens følelsesliv og eksistens (Sørensen 2005). Den stigning, der ses af forekomsten

af dårlig mental sundhed (Nielsen et al. 2017), kan således være en reaktion på samfundsændringerne. Præstationssamfundet ses som en distal årsag til dårlig mental sundhed, der påvirker individet på et strukturelt niveau.

Ud fra WHO's definition af mental sundhed kan en borger med god mental sundhed bidrage positivt til samfundet (WHO 2013). Hvis personen ikke formår at leve op til samfundets funktionskrav, så anses personen som uduelig i samfundets øjne (Willig & Petersen 2005). Samtidig kan personens mentale sundhed påvirkes negativt, hvis denne ikke oplever, at han eller hun formår at præstere på arbejdet.

Moderne virksomheder stiller krav til medarbejderne om, at de skal være fleksible og tilpasningsdygtige for at tilgodese omverdenens krav om hurtige gevinster (Jensen 2005). Tidspresset er vokset ved, at arbejdet ikke har de samme grænser som tidligere, og de deadlines der er på arbejdet, er medarbejderens ansvar alene at overholde. Tidspresset på arbejdet kan for nogle synes overvældende og kan give medarbejderne en følelse af stress (Jensen 2005). Derfor er det betydningsfuldt for medarbejdernes mentale sundhed, at arbejdspladsen udarbejder planer for, hvordan arbejdsmiljøet og kulturen på arbejdspladsen sikrer medarbejdernes mentale sundhed (Dickson-Swift et al. 2014).

På Færøerne ses det, at den aldersgruppe, der har den dårligste mentale sundhed, er de 25-34-årige (Lóður 2016). I denne aldersgruppe stifter mange familie. Eksempelvis er gennemsnitsalderen for førstegangs fødende 30,1 år (Landslæknin 2017). Derfor kan det for denne aldersgruppe være en udfordring at kunne balancere mellem arbejdsliv og familieliv. Dette kan i sig selv påvirke den mentale sundhed (Jørgensen 2005) og er dermed en distal faktor. Det høje tempo på arbejdet påvirker også den tid og energi, der er til fritid og arbejde, hvilket kan betyde, at arbejdstiden kan blive henlagt til hjemmearbejde om aftenen eller i weekenden, da meget af arbejdet kan udføres på computeren, hvis arbejdsopgaverne skal nås (Jensen 2005). Stress på arbejdspladsen kan således smitte af på familielivet, da det kan være vanskeligt at få arbejdsliv og familieliv til at hænge sammen (Jørgensen 2005). Men det modsatte kan også være tilfældet. Det pres, der kommer hjemmefra, kan tages med på arbejde. Det, at have et arbejde, er dog også påvist at være positivt relateret til mental sundhed (Modini et al. 2016; Griffiths et al. 2007). Således ses det, at arbejdet både kan forårsage dårlig mental sundhed, men samtidig også fremmer den gode mentale sundhed. Dette viser igen, at mental sundhed er et komplekst begreb, som påvirkes af mange forskellige faktorer.

Ud fra ovenstående analyse tydeliggøres det, at præstationssamfundet har nogle konsekvenser, hvoraf en vigtig konsekvens er stress. Stress er netop også den måde, hvorpå Rådet for Folkesundhed valgte at måle mental sundhed, som beskrevet tidligere. I det følgende afsnit belyses stressbegrebet derfor nærmere.

Stress

Der ses en klar sammenhæng mellem oplevet stress og dårlig mental sundhed (Basu et al. 2017; Harvey et al. 2017). Stress er i nyere tid et begreb, der er blevet brugt bredt, både om det at have travlt i kortere perioder og på den længerevarende belastning af tidspres, der giver fysiske symptomer og som er årsag til sygdom (Nielsen & Kristensen 2007).

Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, opererer med begrebet *oplevelse af sammenhæng* (OAS), som overordnet handler om mestring af egne ressourcer (Antonovsky 2000). I forhold til mental sundhed og stress kan Antonovskys teori anvendes til at belyse, hvordan personer kan bevare eller få redskaber til at forbedre deres mestringsressourcer, således at de kan håndtere stressorer og dermed opretholde god mental sundhed. OAS består ifølge Antonovsky (2000) af *begribelighed*, som handler om, at indre og ydre stimuli er forståelige og forudsigelige. Endvidere omtaler Antonovsky *håndterbarhed*, som henviser til, om der er ressourcer til ens rådighed, hvor disse både er de ressourcer personen selv har og personens omgangskreds. Til sidst omfatter OAS *meningsfuldhed*, som handler om, at det personen foretager sig, giver mening i forhold til at være motiveret både følelsesmæssigt og kognitivt for at løse en specifik udfordring (Antonovsky 2000). Således spiller oplevelsen af *begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed* ind på, hvordan en person håndterer stress. En person med høj OAS er i højere grad i stand til at håndtere en stresset situation end en person med lav OAS. Således kan to personer, udsat for den samme stressede situation, have to vidt forskellige oplevelser af situationen og dermed påvirke deres mentale sundhed forskelligt. Hvis personen ikke har de nødvendige ressourcer til at håndtere en situation, kan dette tænkes at påvirke personens mentale sundhed negativt. På den måde kan Antonovskys teori benyttes til at belyse Link og Phelans (1995) bagvedliggende faktorer i forståelsen af, hvorfor stress kan opstå, og dermed hvad der er vigtigt at være opmærksom på, når der ønskes at skabe god mentale sundhed. Endvidere omtaler Antonovsky (2000) det at have god social støtte som en vigtig del af, hvordan en person håndterer stress. Det sociale aspekt af mental sundhed bliver afdækket i det følgende afsnit.

Sociale relationer

Der er påvist en sammenhæng mellem sociale relationer og mental sundhed, hvor gode sociale relationer ses som en faktor, der fremmer god mental sundhed (Berkman et al. 2000; Umberson & Karas Montez 2010; Thoits 2011; Basu et al. 2017; Gariépy et al. 2016). Sociale relationer er et begreb, der ikke kun vedrører distale faktorer, men er også et begreb, der rummer proximale faktorer, da følelserne omkring de sociale relationer ligger tæt på individet og derfor kan betragtes som proximale.

Personer med dårlig mental sundhed er ofte mere alene og har få tillidsfulde sociale relationer (Christensen, Davidsen, Kjølner, et al. 2014). Det tyder altså på, at et individs sociale netværk har indflydelse på dets mentale sundhed (Thoits 2011).

Social støtte er blevet påvist at være gavnlig for den mentale sundhed. Hvilke sociale relationer, der er de vigtigste, er der dog modsigende fund om (Berkman & Krishna 2014). Ifølge Berkman et al. (2000) er det forskelligt, hvilke sociale relationer der er af størst betydning for et individ. Et systematisk review fra 2016 viser, at kilden til social støtte ændres gennem individets livsperioder (Gariépy et al. 2016). Hos voksne var det primært ægtefæller, der var den største kilde til social støtte, mens for unge havde social støtte fra især forældre og familie en beskyttende effekt mod dårlig mental sundhed (Gariépy et al. 2016). Samtidig vises det, at evnen til at kunne være alene med sig selv også fremmer den mentale sundhed (Toft et al. 2017), samt at tætte sociale relationer også kan være stressende (Kawachi & Berkman 2001) og derved være med til at påvirke en persons mentale sundhed negativt. Der er altså ikke et entydigt, men derimod snarere et komplekst billede af betydningen af de sociale relationers betydning for den mentale sundhed.

De sociale relationers struktur påvirkes af nogle overordnede strukturelle faktorer som blandt andet indbefatter politiske, socioøkonomiske og kulturelle faktorer (Berkman et al. 2000). For at kunne opnå en dybere forståelse for, hvad der påvirker de sociale relationer, er det derfor nødvendigt at få indblik i disse overordnede strukturelle faktorer (Berkman et al. 2000). Således viser der sig et komplekst billede af de sociale relationers betydning for mental sundhed, hvor det er nødvendigt at indtænke samtlige samfundsmæssige niveauer.

Opsamling

Ud fra ovenstående kan det argumenteres for, at årsager til mental sundhed ikke kun kan deles i proximale og distale faktorer, men at det komplekse billede af årsager. I nedenstående tabel (tabel 1) inddeles årsager i 3 niveauer; de individuelle (mikroniveauet), de sociale (mesoniveauet) og de strukturelle (makroniveauet) årsager og kan således samles. Årsagerne er udtryk for både generelle faktorer, samt faktorer der er specifikke for Færøerne, som har indflydelse på god og dårlig mental sundhed.

Årsager til mental sundhed	God mental sundhed	Dårlig mental sundhed
Individ (mikroniveauet)	Følelsen af god social støtte Følelsen af at bidrage til samfundet	KRAM faktorer Lav selvtillid At føle sig isoleret
Socialt (mesoniveauet)	At have et arbejde Gode sociale relationer, familie og venner	Krav der ikke kan opfyldes på arbejde og i fritid Tidspres på arbejde Oplevelsen af stress
Strukturelt (makroniveauet)	Religion Arbejdsmiljøplaner Lovgivningsmæssige rammer for arbejde	Lav socioøkonomisk status Tabu om mental sundhed Religion

Tabel 1: Oversigt over årsager til god og dårlig mental sundhed fordelt på mikro-, meso- og makroniveau.

Det komplekse billede af årsagsfaktorer visualiseres i ovenstående tabel 1. Her ses det, at determinanter for god og dårlig mental sundhed er komplekse størrelser. Et eksempel på dette kan være de sociale relationer. Mangel på sociale relationer kan være årsag til den dårlige mentale sundhed, og samtidig kan dårlige eller mangelfulde sociale relationer også være årsager. Modsat kan gode sociale relationer også være gavnlige for den gode mentale sundhed, og behovet for tætte kontra mange relationer kan både ændre sig over tid og kan være forskelligt fra person til person.

Ud fra ovenstående opsamling fremgår det, at arbejdspladsen også har en betydning for både god og dårlig mental sundhed. Dette ses blandt andet ved, at det fremmer den gode mentale sundhed at have et arbejde, men samtidig kan arbejdet gennem oplevelse af stress og tidspres påvirke den mentale sundhed negativt. En del af WHO's definition af mental sundhed er, at individer føler at de bidrager til samfundet (WHO 2013). Hvis de ikke føler, at de formår at præstere på deres arbejde, kan det således påvirke deres mentale sundhed negativt. Dette sammen med det, at personer med et arbejde bruger mange timer på arbejdet, gør arbejdspladsen til et vigtigt element i arbejdet med mental sundhed.

Både sociale relationer og arbejdet påvirker den mentale sundhed på flere niveauer. I ønsket om at fremme den mentale sundhed er det derfor vigtigt at udarbejde initiativer, der både indtænker det individuelle, sociale og strukturelle niveau, således at der tages højde for kompleksiteten omkring det enkelte menneske.

2.3.4 Konsekvenser af henholdsvis god og dårlig mental sundhed

Der er både positive og negative konsekvenser knyttet til den mentale sundhed og disse vil blive beskrevet i dette afsnit. De negative konsekvenser fremkommer af den dårlige mentale sundhed, hvorimod de positive konsekvenser er en følge af at have og opretholde god mental sundhed.

Der ses negative konsekvenser af mental sundhed både på individ- og samfunds niveau. På individniveau er stigma og social eksklusion forbundet med dårlig mental sundhed, og ifølge et systematisk review er det væsentligt at få en forståelse for de kulturelle og sociale faktorer, der kan have betydning for at fremme inklusion og nedsætte stigma (Evans-Lacko et al. 2014). Som beskrevet i årsagsafsnittet 2.3.3, er det ud fra den nuværende forskning svært at finde årsags-virknings sammenhæng, hvorfor KRAM faktorerne, i form af, høj BMI, stort alkoholforbrug, manglede aktivitet og rygning, lige så godt kan være konsekvenser af dårlig mental sundhed, som de kan være årsager til det.

De negative konsekvenser ved dårlig mental sundhed på samfunds niveau er tabt produktivitet i forbindelse med både kortere og længere sygdomsforløb samt tilkendelse af førtidspension. Derudover er dårlig mental sundhed også forbundet med ekstra hospitalsindlæggelser samt højere dødelighed (Eriksen et al. 2016). I 2016 kostede den dårlige mentale sundhed i Danmark 3,3 mia. kroner til ekstra pleje og omsorg. Derudover kommer 14 mia. i produktivitetstab (Eriksen et al. 2016). Hvorvidt tallene er de samme for Færøerne, vides ikke, da der ikke foreligger undersøgelser på dette.

Det forventes dog, at der er en lignende tendens på Færøerne som i Danmark, da Færøerne på mange andre områder ligner Danmark.

De positive konsekvenser ved at opretholde god mental sundhed er, at det kan få befolkningen til at blomstre, hvilket ifølge Keyes (2002) er kendetegnet for personer, der besidder en høj grad af følelsesmæssig trivsel og dermed mental sundhed. Derudover vil der hos personer med god mental sundhed ses færre hospitalsindlæggelser og større produktivitet i form af mindre sygefravær (Eriksen et al. 2016). Personer med god mental sundhed har generelt et socialt netværk, en uddannelse, klarer sig selv økonomisk og bidrager dermed positivt til samfundet (Mental Capital and Wellbeing Project 2008).

Med udgangspunkt i ovenstående viden om mental sundhed fremgår et komplekst samspil mellem årsager og konsekvenser, der kan være svære at skille fra hinanden. I arbejdet med at forbedre den mentale sundhed på Færøerne kan det være gavnligt at undersøge, hvilke sundhedsfremmende interventioner allerede er forsøgt implementeret.

2.4 Sundhedsfremme på Færøerne

I dette afsnit redegøres der for, hvilke interventioner der har været igangsat på Færøerne for at skabe indsigt i Færøerne som kontekst, herunder hvilket syn der dominerer på det forebyggelses- og sundhedsfremmende arbejde på Færøerne. I sammenhæng med dette vil forebyggelse og sundhedsfremme blive defineret for at klarlægge, hvordan disse begreber forstås og anvendes i dette projekt.

I 2015 valgte Rådet for Folkesundhed at rette fokus på mental sundhed. Inden da var det udelukkende kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne), der var i fokus (Fólkaheilsuráðið 2018a). Fokus har således indtil 2015 været på forebyggelse af livsstilssygdomme. Dette fokus blev ændret i 2015 med implementeringen af Sunn Sinn (dk: Sundt Sind), som med en sundhedsfremmende tilgang søgte at bryde tabuet, der har været om mental sundhed på Færøerne. Interventionen byggede på en populationsstrategi. En populationsstrategi har hele befolkningen som målgruppe (Vallgård et al. 2014). Interventionen bestod af videoer, der blev lagt ud på sociale medier og hjemmesider, hvor kendte personer talte åbent om mental sundhed, og hvad de gjorde for at bevare en

god mental sundhed (Fólkaheilsuráðið 2018b). Disse videoer, som blev fremstillet i 2015-2016 (Fólkaheilsuráðið 2018b), blev startskuddet på en mere åben dialog om mentalt sundhed og har resulteret i flere artikler i færøske aviser, samtaler i den lokale radiostation samt konferencer om emnet (Nielsen et al. 2014; Góðan morgun Føroyar 2017; Behrens 2017).

Et tilbud, der er på Færøerne i forhold til mental sundhed, er Sinnisbati, som er en interessegruppe for mennesker med psykisk sygdom og deres pårørende (Sinnisbati 2017), og bygger således på en højrisikostrategi. En højrisikostrategi henvender sig til personer der er i høj risiko for at udvikle et givent outcome (Vallgård et al. 2014). Sinnisbati blev oprettet i 1982 og tilbyder personlig rådgivning og organiserer selvhjælpsgrupper, hvor pårørende til psykisk syge mennesker mødes i grupper, sammen med fagfolk (Sinnisbati 2017). Således søger Sinnisbati at fremme den mentale sundhed både hos personer, der har en psykisk diagnose, men også at hjælpe deres pårørende. Disse tilbud er dog afgrænset geografisk, da deres kontor ligger i Torshavn og derfor må man til Torshavn, hvis man har behov for personligt møde (Sinnisbati 2017).

Ved sundhedsfremmende interventioner er der altid både tilsigtede (positive) og utilsigtede (negative) konsekvenser (Merton 2017). Borgerne kan føle, at deres autonomi bliver krænket i forbindelse med sundhedsfremmende interventioner, hvilket kan skyldes, at de føler sig tvunget til at deltage og dermed ikke selv kan bestemme (Holtug et al. 2009). Sunn Sinn er en populationsstrategi, der forsøger at andre tabuet blandt hele befolkningen (Fólkaheilsuráðið 2018b), hvorfor det ved denne intervention er oplagt at være opmærksom på denne konsekvens. Der foreligger ingen evalueringer af de førnævnte interventioner rettet mod mental sundhed, hvorfor den egentlige effekt ikke kan tydeliggøres og eventuelle utilsigtede konsekvenser heller ikke kan påpeges.

Ovenstående viser, at det er meget begrænset, hvad der er implementeret på Færøerne for at forbedre den mentale sundhed. Det fokus, som Rådet for Folkesundhed havde på risikofaktorer, før de i 2015 valgte at lancere en sundhedsfremmende kampagne, byggede på forebyggelses tankegangen (Fólkaheilsuráðið 2018a), hvor der ud fra et patogenetisk sundhedssyn, søges at fjerne sygdom og ubehag. Denne tilgang fokuserer på det negative aspekt af sundhedsbegrebet (Iversen 2003), hvorimod den nye intervention Sunn Sinn bygger på det positive aspekt af sundhedsbegrebet. Dette ses

ved, at fokus er rettet mod de positive aspekter af sundhedsbegrebet gennem en salutogenetisk tankegang. Forebyggelse og sundhedsfremme er to begreber, hvor der er overlap og derfor er de svære at skelne i praksis (Iversen 2003; Sundhedsstyrelsen 2005).

Mental sundhed går på tværs af sygdom, da det er muligt at have god mental sundhed, selvom man er syg, og omvendt (Keyes 2013b). Således ses der et potentiale i at fremme mental sundhed for såvel syge som raske (Sundhedsstyrelsen 2012), hvorfor en sundhedsfremmende tilgang kan påvirke flest muligt mennesker positivt.

En ny intervention begyndte i 2017 med implementeringen af ABC for mental sundhed. Dette er den første intervention, der er implementeret på Færøerne, som har fokus på at fremme færingers mentale sundhed. Derfor vil ABC for mental sundhed blive uddybet i følgende afsnit.

2.5 ABC for mental sundhed

Følgende afsnit redegør for kampagnen ABC for mental sundhed (herefter ABC). Indledningsvis beskrives, hvorledes kampagnen er udviklet, samt hvilke komponenter den består af. Dernæst beskrives hvorledes, der arbejdes med kampagnen på Færøerne og hvilke udfordringer, der gør sig gældende, når kampagnen implementeres i en færøsk kontekst.

ABC, er oprindeligt udviklet af Mentally Healthy WA ved Curtin University i det vestlige Australien af Robert J. Donovan i 2004 (Toft et al. 2017; Donovan et al. 2006). Det overordnede budskab er, at mennesker skal være aktive både mentalt, fysisk og socialt. Kampagnens navn udgøres således af de 3 bogstaver ABC, hvor *A* står for *Act* og handler om at gøre noget aktivt. *B* står for *Belong* og handler om at gøre noget sammen med andre ved at engagere sig i gruppebaserede aktiviteter i enten formelle eller uformelle grupper. Til sidst er det *C*, som står for *Commit*, at gøre noget meningsfuldt som eksempelvis ved deltagelse i frivilligt arbejde (Anwar-McHenry et al. 2012; Donovan et al. 2006; Toft et al. 2017). ABC skal tilpasses ind i en specifik kontekst, hvorfor implementeringen af ABC skal udføres via partnerskaber med samarbejdspartnere. ABC bygger på, at de forskellige samarbejdspartnere skal implementere ABC i deres specifikke kontekst (Donovan et al. 2016).

A GØR NOGET AKTIVT

Man kan holde sig aktiv på mange forskellige måder og niveauer – både fysisk, socialt, mentalt og spirituelt. Det handler om alt fra at løbe en tur til ro og nærvær.

B GØR NOGET SAMMEN

Vær sammen med venner og familie, involvér dig i grupper, som du allerede er medlem af, meld dig ind i en ny klub eller deltag i lokale arrangementer. Det handler om at gøre noget sammen med nogen.

C GØR NOGET MENINGSFULDT

Sæt dig selv et mål, stort som småt, engagér dig i en hobby eller en god sag, bliv frivillig eller lær noget nyt. Det handler om at gøre noget, der giver mening for dig

Figur 2: Oversigt over budskabet bag ABC for mental sundhed (Koushede et al. 2018).

Ovenstående figur er en kortfattet version af budskabet bag ABC. Den færøske version er direkte oversat fra den danske version (Fólkaheilsuráðið 2017). Dog er nogle af de foreslåede aktiviteter på den danske version byttet ud med nogle andre i den færøske version. For eksempel står der i den danske version, at en måde at være mentalt aktiv er at lappe en cykel (Koushede et al. 2018). Denne aktivitet er byttet ud med at lappe bukser i den færøske udgave (Fólkaheilsuráðið 2017), da færinger ikke i lige så høj grad som danskere anvender cykel. Baggrunden for den færøske oversættelse står ikke beskrevet, men bygger formentlig på almen viden om færinger, som Rådet for Folkesundhed på Færøerne besidder. Ændringerne er kun i forhold til enkelte eksempler på aktiviteter, men hovedbudskabet er det samme som for den danske version (Fólkaheilsuráðið 2017).

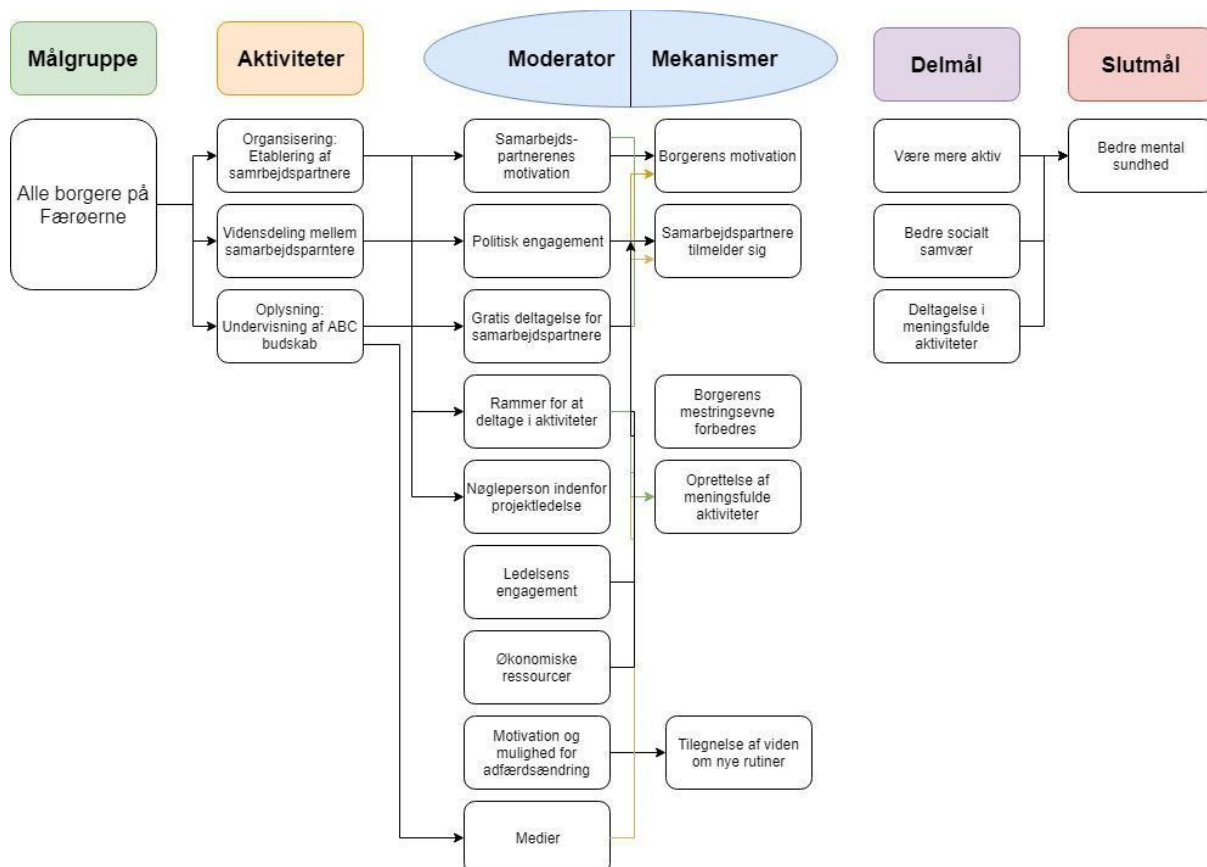
ABC bygger på evidensbaseret viden (Jalleh et al. 2016; Jalleh et al. 2013), som overordnet set har vist sig at være overførbart til en dansk kontekst (Toft et al. 2017; Nielsen et al. 2017). Dog viste evalueringer, at der er nogle forskelle på, hvad australiere og danskere mener har betydning for at sikre en god mental sundhed (Nielsen et al. 2017). Dette taler for, at der også kan være forskelle

mellem, hvad danskere og færinger mener har indflydelse på deres mentale sundhed, da der formodes at være nogle kulturelle forskelle mellem Danmark og Færøerne, selvom landene på mange andre områder er sammenlignelige. Et eksempel på de kulturelle forskelle er de geografiske forskelle, hvor Færøerne består af små lokalsamfund med lange afstande til for eksempel sundhedsvæsenet (Anvik & Waldahl 2016). Dette kan medføre, at borgerne venter længere med at gå til lægen. For ABC kan de lange afstande også have betydning for det at gøre noget sammen med andre, hvis der er langt til hinanden. Det har betydning for effekten af interventionen, hvis der tages hensyn til den specifikke kontekst, hvor interventionen skal implementeres (Durlak & DuPre 2008). Det vurderes derfor som en svaghed ved den færøske version af ABC, at der ikke er udarbejdet en undersøgelse af færingers forståelse af mental sundhed og hvad de mener, der skal til for at opretholde god mental sundhed.

2.5.1 Programteori

En programteori kan være styrende for en virkningsevaluering, som begrundet hvorfor og hvordan en intervention virker. Derudover kan en programteori give en forklaring på, hvordan interventionen fører til resultaterne, og kan derfor være et redskab til at forbedre resultaterne. (Dahler-Larsen 2009).

Nedenfor er skitseret en programteori, der visualiserer de aktiviteter, moderatorer og mekanismer for ABC, sådan som Rådet for Folkesundhed på Færøerne overordnet har arbejdet med ABC i forbindelse med implementeringen. Programteorien belyser den overordnede strategi for ABC. ABC bygger på, at de forskellige samarbejdspartnere skal implementere ABC i deres specifikke kontekst (Donovan et al. 2016), hvorfor der er forskellige programteorier til de forskellige partnere.



Figur 3: Egen figur af programteorien der viser den færøske kampagne for ABC. Den er udarbejdet med inspiration fra Rådet for Folkesundheds beskrivelse af ABC på Færøerne (Fólkaheilsuráðið 2017) samt teori om programteori (Dahler-Larsen 2009).

Målgruppen for ABC er alle borgere på Færøerne. Den første aktivitet er etablering af aftaler med samarbejdspartnere. Her bliver der gennem medier og personlig henvendelse skabt kontakt til forskellige kommuner og organisationer og der er nu etableret samarbejde med 17 partnere. En anden aktivitet er oplysning om budskabet bag ABC. Dette bliver blandt andet gjort til møderne mellem samarbejdspartnere, hvorfor arrangering af disse møder er den sidste aktivitet. For at opnå den ønskede effekt opstilles de moderatorer, der er årsager til at interventionen virker (Dahler-Larsen 2009). Her ses de moderatorer, der fører fra aktiviteterne til målet af interventionen, er: samarbejdspartnerens motivation, politisk engagement, gratis deltagelse for samarbejdspartnere, rammer for at deltage i aktiviteter, nøglepersoner, ledelsens engagement, økonomiske ressourcer, motivation og mulighed for adfærdssændring og medier. Disse moderatorer har indflydelse på, hvordan de virksomme mekanismer sættes i gang. Mekanismerne er de faktorer, der er identificeret, som dem der fører til virkningen (Dahler-Larsen 2009). De indbefatter her borgerens motivation, det at

samarbejdspartnerne tilmelder sig ABC, borgerens mestringsevne forbedres, oprettelse af meningsfulde aktiviteter samt tilegnelse af ny viden. Disse mekanismer fører så videre til delmålene for ABC, som er budskabet bag ABC. Delmålene er, at borgeren skal være mere aktiv, have bedre socialt samvær og deltage i meningsfulde aktiviteter. Disse tre delmål skal så føres videre til det overordnede formål, som er forbedring af den mentale sundhed.

Programteorien i figur 3, er en illustration af den overordnede strategi som Rådet for Folkesundhed arbejder ud fra. En grundsten i ABC er etablering af aftaler med samarbejdspartnere, som derefter skal implementere ABC i deres egne specifikke kontekst. Derfor vil der for hver samarbejdspartner være grundlag for en ny programteori, som tager udgangspunkt i deres målgruppe. Det kan resultere i mange vidt forskellige programteorier. I følgende afsnit beskrives de samarbejdspartnere som Rådet for Folkesundhed har rekrutteret til ABC hidtil.

2.5.2 Partnerskab

Herunder følger en beskrivelse af hvilke partnerskaber, der er indgået på Færøerne, og hvordan de har tænkt sig at arbejde med ABC. Dertil beskrives, hvordan implementeringen af ABC er gået indtil videre.

Samarbejde i form af partnerskaber er en nøgle strategi for at opnå større rækkevidde og dybde for indflydelse i sundhedsfremme interventioner. I partnerskaber er deling af ressourcer og netværk ikke kun økonomisk effektive, men de kan også tilbyde nye perspektiver såsom innovative løsninger og dermed være med til at skabe en fælles følelse af ansvar og ejerskab (Jalleh et al. 2013).

Rådet for Folkesundhed har indtil videre etableret samarbejde med 17 forskellige samarbejdspartnere, hvoraf de fleste har været med i kampagnen i cirka et år (Fólkaheilsuráðið 2018a; Bilag 1). Samarbejdspartnere indbefatter 4 forskellige kommuner, herunder de to største kommuner Tors-havn og Klaksvik. Derudover er de færøske kommuners landsforening, Røde Kors, Blå Kors, Færøernes spejderforbund, Færøernes natur- og miljøfællesskab, Parasport, SSP (samarbejde mellem Skole, Socialforvaltning og Politi), det færøske idrætsforbund og Sinnisbati også samarbejdspartnere (Bilag 1). Samarbejdspartnerne har forskellige fokus i deres arbejde med ABC. Som det fremkommer i årsagsafsnittet (afsnit 2.3.3), er arbejdspladsen et vigtigt element at medtænke. Ud fra oversigten

over partnerskaber fremgår det, at det kun er Torshavns kommune, der har fokus på arbejdspladsen.

En del samarbejdspartnerne har haft lidt opstartsproblemer, da de har haft svært ved at finde ud af, hvordan de skulle implementere ABC i deres organisation (Bilag 1). Dette kan være tegn på, at Rådet for Folkesundhed ikke har formået at belyse de muligheder, der er i arbejdet med ABC på en tilfredsstillende måde. Nogle samarbejdspartnere kunne muligvis have brug for mere konkrete forslag til aktiviteter, da budskabet i ABC er meget overordnet.

Generelt for samarbejdspartnerne er ABC primært på udviklingsstadiet. Mange af samarbejdspartnerne oplyser, at de synes, at det de allerede gør, også kommer til udtryk under ABC-budskabet, hvilket betyder, at de ikke kommer med nye tiltag. Dette ses blandt andet i Klaksvik og Torshavns kommune, hvor de til det seneste møde for samarbejdspartnerne gav udtryk for, at de havde svært ved at sætte noget konkret i gang og at de til sidst var kommet til den konklusion, at de tilbud, de allerede havde i kommunen, kunne høre under ABC (Fólkaheilsuráðið 2018a; Bilag1). Formålet med ABC på Færøerne er at fremme befolkningens mentale sundhed (Fólkaheilsuráðið 2018a), og hvis samarbejdspartnerne kommer til en konklusion, at det, de allerede gør, hører under ABC budskabet, så er der stor risiko for, at der ingen forandring sker og problemet med dårlig mental sundhed vil ikke blive løst. Det, der gøres i forvejen, er tydeligvis ikke nok, da der i aldersgruppen 25-34 år viser sig, at 25% er i risiko for at udvikle et langvarigt sygeforløb på grund af dårlig mental sundhed (Lóður 2016).

En vigtig forudsætning for en succesfuld implementering af ABC er at have indsigt i partnernes behov (Jalleh et al. 2013), hvilket det ikke lader til, at Rådet for Folkesundhed helt har formået at opnå, da flere af samarbejdspartnerne har udfordringer med at komme i gang med ABC. De ved ikke, hvor de skal søge inspiration fra, og de ideer, de har, ligner hinanden meget, da de bliver inspireret af hinanden. Parternes nøglepersoner er ikke uddannede til at arbejde med sundhedsfremme, og mange af dem har heller ikke erfaringer med det (Bilag 1), hvilket har betydning for, hvilke kompetencer de besidder i forhold til at implementere ABC. Forudgående for implementeringen af ABC i både Australien og Danmark er der blevet udarbejdet undersøgelser af, hvad mental sundhed er for borgerne (Koushede et al. 2015; Anwar-McHenry et al. 2012). Dette er ikke blevet gjort på Færøerne

(Fólkaheilsuráðið 2018a), hvilket også kan have en indflydelse på implementeringens succes, da det er uvist, om der er andre faktorer end dem, som ABC lægger op til, som er vigtige i forhold til færingers mentale sundhed.

2.6 Afgrænsning

I problemanalysen er det fremanalyseret, at mental sundhed er et komplekst fænomen, som påvirkes af mange faktorer. Som beskrevet i konsekvensafsnittet (afsnit 2.3.4) findes der flere positive konsekvenser ved at fremme den mentale sundhed. Dertil kan de negative konsekvenser undgås, hvis den mentale sundhed fremmes.

Årsagerne til mental sundhed er mangfoldige og det ses, at især de sociale relationer og arbejdspladsen er nogle af de vigtigste determinanter for den mentale sundhed. Projektet vil tage udgangspunkt i den sundhedsfremmende intervention ABC, da denne også indeholder et element af sociale relationer. Der har været nogle opstartsproblemer med ABC, hvor det har vist sig, at det har været svært for samarbejdspartnerne at komme i gang og på nuværende tidspunkt foreligger der hverken implementeringsstrategi eller evalueringer for interventionen. Desuden er det en svaghed, at der i den færøske intervention ikke er udarbejdet en undersøgelse af færingers forståelse af mental sundhed forud for igangsættelsen af ABC, samt hvad der skal til for at opretholde en god mental sundhed. Netop dette undersøger projektet.

I ABC er der fokus på, via partnerskaber, at interagere med borgerne i lokalsamfundet. Projektet afgrænses til at have fokus på målgruppen 25-34 år, da det ud fra den færøske sundhedsprofil viser sig, at denne målgruppe har den dårligste mentale sundhed og derfor også formodes at have et stort forandringspotentiale mod en bedre mental sundhed. Denne målgruppe har endvidere fortsat mange år på arbejdsmarkedet, hvilket understøtter behovet for at skabe forandring for denne målgruppes mentale sundhed. Projektet retter derfor fokus på, hvordan den mentale sundhed på arbejdspladsen kan forbedres. Torshavn kommune som offentlig arbejdsplads er valgt, da det er den eneste partner, der arbejder med mental sundhed på arbejdspladsen. Mental sundhed er et komplekst fænomen, idet forskellige faktorer interagerer med hinanden. Der ønskes at udarbejde et beslutningsgrundlag til beslutningstagere, der beskriver muligheder og begrænsninger ved at implementere ABC på arbejdspladsen, således at den mentale sundhed på Færøerne kan forbedres.

3 Problemformulering

Hvilke muligheder og begrænsninger er der ved implementering af ABC for mental sundhed på en offentlig arbejdsplads på Færøerne med henblik på at fremme mental sundhed blandt medarbejderne?

Forskningsspørgsmål 1 til det kvalitative studie:

Hvordan oplever medarbejdere og ledere mental sundhed og hvilke muligheder og begrænsninger er der ved implementering af en intervention med henblik på at fremme mental sundhed via sociale relationer?

Forskningsspørgsmål 2 til litteraturstudiet:

Hvilken evidens foreligger der på området omkring interventioner, der fremmer den mentale sundhed på arbejdspladsen via sociale relationer?

4 Metode

I dette afsnit vil de valgte metoder i projektet blive beskrevet. Dette gøres for at skabe transparens i forhold til at højne projektets interne validitet. Først argumenteres og redegøres der for den videnskabsteoretiske position, som ligger til grund for projektet samt gruppens forforståelse. Derefter redegøres der for valg af udviklingsmodel, der danner den overordnede ramme for projektet. Herunder redegøres og argumenteres der for de enkelte dele af udviklingsmodellen, hvor valgte teoretiske perspektiver samt dataindsamlingsmetoder vil blive beskrevet.

4.1 Videnskabsteoretisk position

Omdrejningspunktet i dette projekt er, som problemformuleringen angiver: ***Hvilke muligheder og begrænsninger er der ved implementering af ABC for mental sundhed på en offentlig arbejdsplads på Færøerne med henblik på at fremme mental sundhed blandt medarbejderne?***

Projektets problemstilling handler således om at opnå forståelse for, hvordan sociale relationer kan påvirke medarbejders mentale sundhed. For at opnå denne viden benyttes overordnet det fortolkningsvidenskabelige paradigme til besvarelse af projektets problemstilling. I det fortolkningsvidenskabelige paradigme søges der gennem anvendelse af teori at skabe en dybere forståelse af et fænomen (Launsø et al. 2011). Indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme er kontekstens betydning central (Launsø et al. 2011), hvilket er relevant i forhold til projektets problemstilling som foregår i en specifik færøsk kontekst. I fortolkningen af menneskers egne fortolkning er konteksten en integreret del.

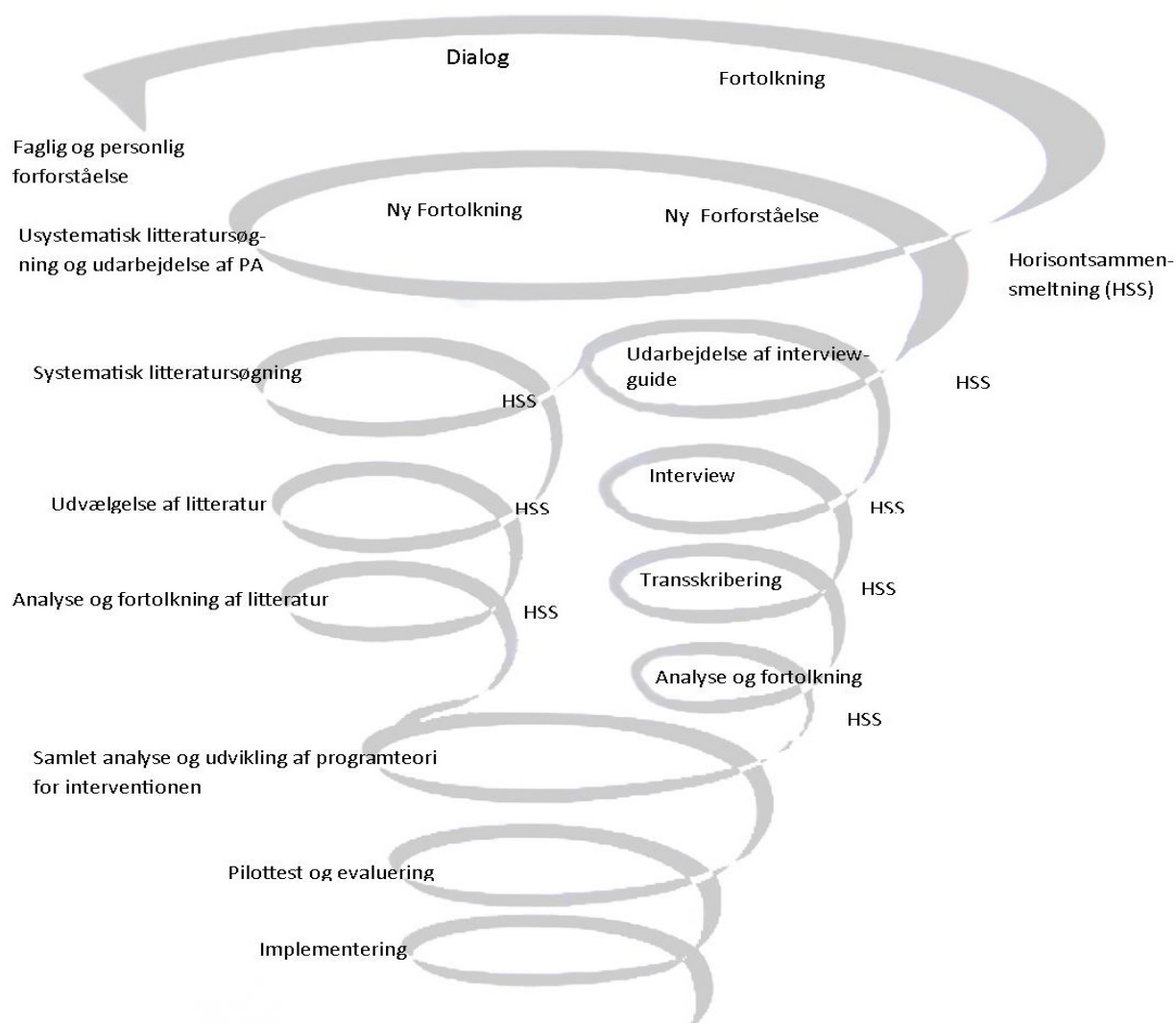
Det fortolkningsvidenskabelige paradigme dækker over den forstående forskningstype, som søger at fortolke og forstå sociale fænomener og hvilken mening en person tillægger et fænomen i en given kontekst (Launsø et al. 2011). Projektets problemformulering søges således besvaret ved den forstående forskningstype, da der ønskes en fortolkning og forståelse for sociale relationers betydning for medarbejdernes mentale sundhed, samt en forståelse for, hvilken mening medarbejderne tillægger de sociale relationer.

Et paradigme kan kombineres med andre paradigmer (Launsø et al. 2011), hvilket er tilfældet i indeværende projekt. For at besvare projektets forskningsspørgsmål 2 indsamles evidensbaseret viden i en systematisk litteratursøgning. Evidensbegrebet har baggrund i det empiriske-analytiske paradigme, hvor fokus er på årsagssammenhænge, der bygger på lovmæssigheder (Launsø et al. 2011). Dette paradigme skal ses som et supplement til projektet og kan bidrage med viden om hvordan sociale relationer kan inddrages i en intervention der søger at fremme medarbejders mentale sundhed.

Dette projekt har især fokus på sociale relationer, samt hvilke muligheder og begrænsninger der er i at fremme borgeres mentale sundhed i et samfund som Færøerne. Der ønskes således en øget indsigt i nogle samfunds- og organisatoriske forhold, men samtidig også nogle humanistiske forhold, da der ønskes at opnå indsigt i, hvad mental sundhed er for færinger, samt hvilken rolle sociale relationer spiller. Således tages der afsæt i flervidenskabelig tilgang for at undersøge projektets problemstilling. Folkesundhedsvidenskab er et tværfagligt felt, der bygger på både human-, samfunds- og naturvidenskabelige indgangsvinkler (Birkler 2005) og dækker derfor over et bredt vidensfelt.

4.1.1 Hermeneutik

Projektets problemstilling lægger op til, at der skal opnås en dybere forståelse af sociale relationers betydning for medarbejdernes mentale sundhed. Til dette formål anlægges en hermeneutisk tilgang, da denne er kendetegnet ved at opnå indsigt i menneskers subjektive erfaringsverden (Juul 2012). Ifølge Gadamer kan det udforskedes subjekt ikke adskilles fra det udforskedes objekt, og subjektets fordomme er vigtige elementer i forståelsen af et fænomen. Derudover er menneskets forforståelse altid til stede og er nødvendig for at forstå en given kontekst og den kan ikke lægges til side (Dahlagér & Fredslund 2011). Projektet vil tage udgangspunkt i den filosofiske hermeneutik, som er udviklet af Gadamer og blandt andet er kendetegnet ved begreberne *den hermeneutiske cirkel* og *horisontsammensmeltning* (Juul 2012). Den hermeneutiske cirkel er karakteriseret ved, at der sker en vekselvirkning mellem del og helhed og der opnås ikke en forståelse af delene uden en forståelse af helheden og omvendt (Juul 2012). I udviklingen af projektet opnår forskerne en forståelse af de enkelte dele og i løbet af projektskrivningen giver det en større forståelse af helheden. Gadamer anvender også begrebet horisontsammensmeltning, hvilket er kendetegnet ved, at forskellige horisonter indgår og forandrer sig efter erkendelse. Dermed forandrer den hermeneutiske cirkel sig til en ny cirkel (Juul 2012). I projektet kan horisontsammensmeltningen ske under de individuelle interviews omkring mental sundhed på arbejdspladsen med fokus på de sociale relationer. Forskeren og informanten behøver ikke at have samme holdninger og meninger, men ved at forskeren sætter sin egen forforståelse og fordomme i spil ved at være åben over for informanten og dermed åben for andre horisonter, er der mulighed for horisontsammensmeltning (Juul 2012). I figur 4 illustreres, hvordan projektgruppen gennem arbejdet med projektet frembringer ny forståelse gennem fortolkning og horisontsammensmeltning for afslutningsvis at kunne besvare problemformuleringen. Projektgruppens fælles forforståelse og hvordan denne sættes i spil, bliver beskrevet i næste afsnit.



Figur 4 Den hermeneutiske cirkel, som den bliver anvendt i dette projekt.

4.1.2 Fælles forforståelse

Forskerens forforståelse er som tidligere beskrevet vigtig, når der arbejdes ud fra en hermeneutisk tilgang, hvorfor denne vil blive beskrevet i det følgende.

Forskernes interesse for emnet, mental sundhed, udspringer fra den faglige viden, der er opnået gennem uddannelsen på Folkesundhedsvidenskab og de mennesker projektets forskere har mødt gennem deres tidligere arbejde, som henholdsvis underviser på en erhvervsskole og som sygeplejersker i både en dansk og færøsk kontekst. Her er der opnået en forståelse af, at mental sundhed er vigtig og at det har stor indflydelse på individers daglige liv og sundhed generelt. Denne forståelse bygger på, at der er en stigende tendens af dårlig mental sundhed samt at mental sundhed er et

komplekst fænomen. Derudover er der en forståelse af, at sociale relationer har stor betydning for den mentale sundhed og er et område, der har været skubbet i baggrunden i forhold til KRAM (kost, rygning, alkohol og motion) og dermed den fysiske sundhed.

Gennem arbejdet med projektets problemanalyse og studiebesøg på Færøerne er forskerne nået frem til en fælles forforståelse om emnet og konteksten. I forhold til konteksten og færinger har projektets forskere dannet sig en forforståelse af, at naturen er vigtig og en stor del af dagligdagen for færinger. Derudover har mennesker, der har et tæt sammenhold i familien og nære sociale relationer en stor betydning i færingers hverdag. Færinger er øboere og dette kan give en befolkning, der kan virke som enspændere, der ikke tager livet så højtideligt. Forskernes forforståelse er præget af, at et af projektets forskere er født og opvokset på Færøerne.

Den nye forforståelse bringes videre i spil i det kvalitative studie i forhold til at opnå en dybere forståelse af, hvilken mening færinger tillægger mental sundhed samt hvilken mening, de tillægger sociale relationer i forhold til deres mentale sundhed i den specifikke kontekst, som er den offentlige arbejdsplads på Færøerne.

Slutteligt vil der via analyse og fortolkninger opnås horisontsammensmeltning, der fører til en ny forståelse, der gør forskerne i stand til at svare på projektets problemformulering og dermed kunne udarbejde beslutningsgrundlaget til brug ved implementering af ABC på en offentlig arbejdsplads.

4.1.3 Beskrivelse af konteksten - Case-inspireret studie.

Jævnfør den hermeneutiske tilgang om at opnå en dybere forståelse af sociale relationers betydning for mental sundhed på en offentlig arbejdsplads på Færøerne, vil en case-inspireret tilgang blive anvendt. I et casestudie er ønsket at forstå et fænomen i en specifik kontekst (Launsø et al. 2011), hvorfor det er vigtigt at få beskrevet den specifikke kontekst og fænomenet, der er udgangspunktet for projektet. I indeværende projekt er konteksten Færøerne, herunder en offentlig arbejdsplads som er Torshavn kommune og fænomenet er sociale relationers betydning for mental sundhed på arbejdspladsen. Torshavn kommune har valgt at indføre ABC for at bedre den mentale sundhed på kommunale arbejdspladser. Der er udnævnt to medarbejdere på lederniveau til at være projektledere for udviklingen og implementeringen af ABC i kommunen. Derudover har der været en konsulent tilknyttet til at udarbejde et forslag til, hvordan ABC kan udføres. Dette projektforslag finder

kommunen dog ikke anvendelig. Ifølge en uformel samtale med en ABC-projektmedarbejder i Tórshavn kommune (Bilag 2), er det en udfordring at finde brugbare løsninger, der kan tilpasses konteksten samt evidens for, hvordan interventioner hvor sociale relationer indgår, kan anvendes så det har en positiv virkning på den mentale sundhed. Derfor er ABC på nuværende tidspunkt fortsat kun på idéniveau i Tórshavn kommune. Kommunen ønsker at sende kommunens ledere og mellemledere på kursus med henblik på, at de skal blive mere opmærksomme på deres medarbejderes mentale sundhed (Bilag 2). I nedenstående tabel er udarbejdet en kort oversigt over Tórshavn kommune.

Demografisk oversigt over Tórshavn Kommune
Placering Tórshavn er hovedstaden på Færøerne. Det er den største kommune på Færøerne både målt på indbyggertal og på areal. Den dækker det meste af øen Streymoy og derudover også et par småøer der ligger derud for. Borgerne Der bor 20.885 (2017). Dette tal er stigende, da der er tilgang af tilflyttere til byen. Politisk Borgmesteren i Tórshavn Kommune har fra 2005-2016 været socialdemokratisk. I 2017 skiftede borgmesterposten i Tórshavn til et liberalistisk parti. Kommunen som arbejdsplads Kommunen er opdelt i 5 forvaltninger: Sundhed og omsorg, Børn og unge, Fritid og kultur, Bygning og transport og Miljø og trafik. Kommunens arbejdspladser er delt på mange matrikler indenfor kommunegrænsen. Medarbejderne Der er ca. 2000 medarbejder i kommunen og de er fordelt under de forskellige forvaltninger. Kommunens medarbejdere består både af medarbejdere i de forskellige institutioner og medarbejdere i centraladministrationen. Medarbejderne har derfor også mange forskellige uddannelsesbaggrunde. Medarbejderpolitik Der findes ingen offentlig tilgængelig personalepolitik.

Tabel 2: Demografisk oversigt over Tórshavn kommune (kilde: Uformel samtale og Tórshavns kommunes hjemmeside (www.torshavn.fo)).

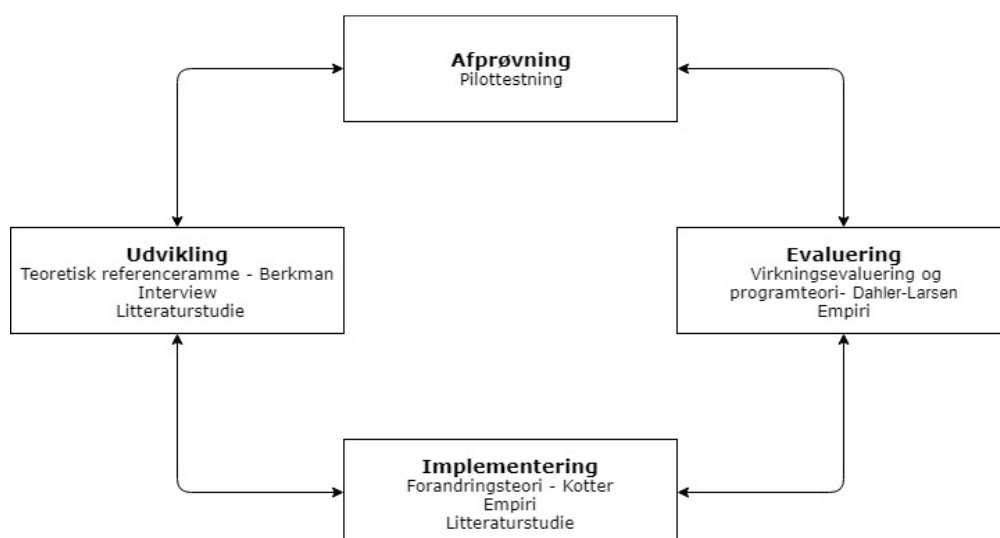
4.2 Medical Council Research (MRC)

Gennem projektets problemanalyse er det blevet påvist, at mental sundhed er en kompleks problemstilling, hvorfor der er behov for en kompleks intervention. Medical Council Research (MRC)

Framework er udviklet af Craig et al. (2008) og er et værktøj til udvikling af komplekse interventioner, der kan forbedre sundheden. MRC er anvendelig til at systematisere og skabe overblik over de enkelte faser af processen i en kompleks intervention (Craig et al. 2008). Den bygger på 4 faser: udvikling, afprøvning og pilottestning, evaluering og implementering (Østergaard & Maindahl 2016). I indeværende projekt udgør MRC rammen for udviklingen og implementering af en intervention, der er rettet mod offentlige arbejdspladser på Færøerne med henblik på at fremme medarbejdernes mentale sundhed.

En kompleks intervention kan være målrettet forskellige målgrupper og flere organisatoriske niveauer (Craig et al. 2008). I indeværende projekt er fokus rettet mod medarbejdere og ledere i Torshavn kommune. Der inddrages både mikro-, meso- og makro niveau i forhold til udarbejdelsen af beslutningsgrundlaget. Dette gøres for at sikre hensyntagen til psykiske, sociale, organisatoriske og samfundsmæssige niveauer i forhold til individet og dennes mentale sundhed. De forskellige niveauer påvirker hinanden og det er derfor vigtigt, at tage højde for interaktionen mellem niveauerne. Derved er der behov for en kompleks intervention, hvorfor MRC vurderes som en egnet udviklingsmodel, der kan rumme kompleksiteten i projektets problemstilling.

MRC er en interagerende og cirkulær model (Craig et al. 2008), hvor kendetegnene for de fire anvendte faser vil blive beskrevet under hvert afsnit (figur 5). Indeværende projekt vil inddrage udvikling, pilottestning, evaluering og implementeringsfaserne i den nævnte rækkefølge med inspiration fra MRC's retningslinjer.



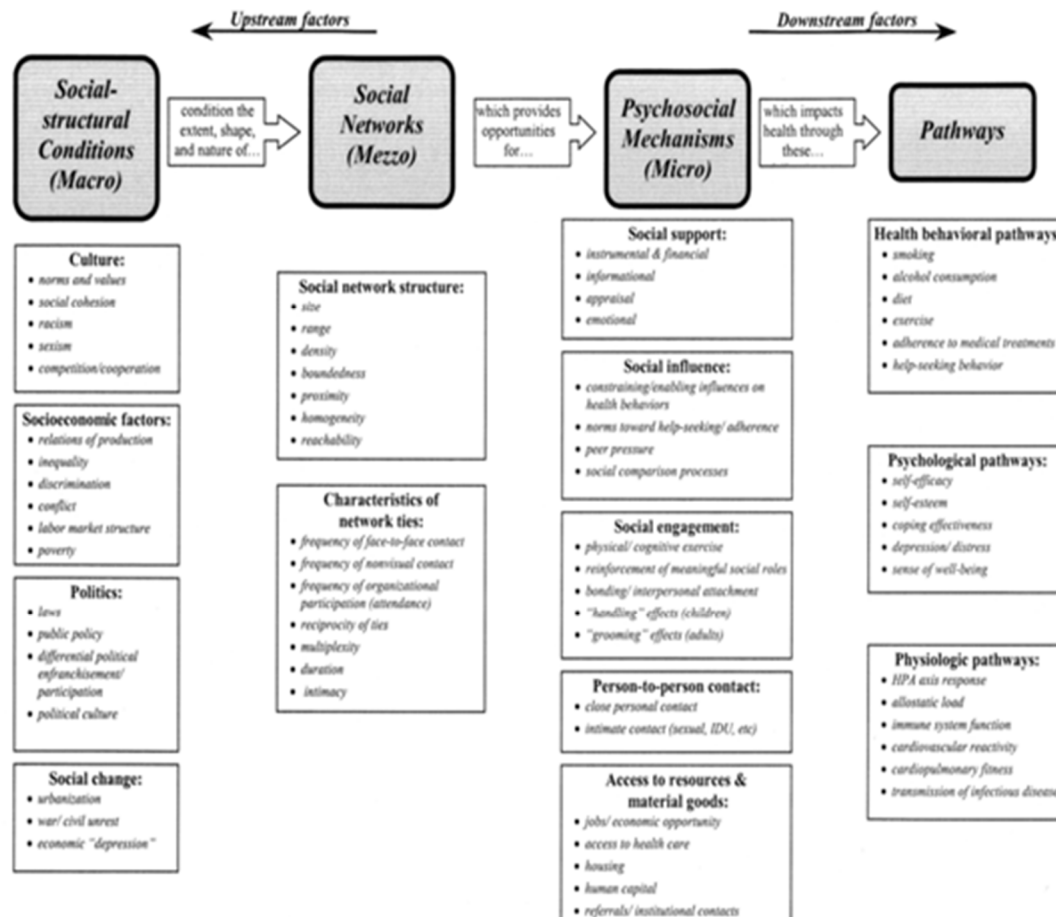
Figur 5. Egen figur af hvordan indeværende projekt arbejder med en kompleks intervention med inspiration af MRC (Craig et al. 2008; Østergaard & Maindahl 2016).

4.2.1 Udvikling

Gennem projektet er målet at videreudvikle ABC således, at det kan implementeres på offentlige arbejdspladser på Færøerne. Udvikling består både af at afdække evidensgrundlaget, identificere eller udvikle teori samt modellering af interventionen (Craig et al. 2008). Der foretages en systematisk litteratursøgning for at afdække, hvilken evidens der foreligger på området omkring interventioner med fokus på sociale relationer, der fremmer den mentale sundhed på arbejdspladser og hvilken effekt disse har. Udviklingsfasens modellering kan gøres ved hjælp af en logisk model for derved at synliggøre selve processen for at komme til interventionens outcome (Kellogg Foundation 2004). Dahler-Larsens programteori (Dahler-Larsen 2009) anvendes i indeværende projekt som et styringsredskab for modelleringen af interventionen til den specifikke kontekst på Færøerne. Som teori til udviklingen tager indeværende projekt udgangspunkt i Berkman et al.s (2000) konceptuelle model om sociale relationer for at afdække de forskellige niveaus betydning. Den teoretiske ramme bruges som afsæt for at forstå og behandle problemstillingen (Østergaard & Maindahl 2016). Dertil tager udviklingen af interventionen afsæt i den viden, der opnås gennem projektets kvalitative interviews og det systematiske litteraturstudie. Denne viden bruges til at opbygge og modellere programteorien, så den passer til Torshavn kommune. I det efterfølgende afsnit vil den teoretiske referenceramme præsenteres, hvilket som tidligere nævnt er en forudsætning for udvikling af en kompleks intervention.

4.2.1.1 Teoretisk referenceramme – Lisa F. Berkman's konceptuelle model

Med afsæt i MRC tages der i indeværende projekt udgangspunkt i en teori til udviklingsfasen. Da ABC handler om at gøre noget sammen, er sociale relationer en vigtig faktor. Berkman et al. (2000) har udviklet en konceptuel model (Figur 6), som illustrerer, hvorledes sundhed påvirkes af sociale netværk.



Figur 6. Berkman et al.s (2000) konceptuelle model (Berkman et al. 2000).

Modellen illustrerer makro, meso- og mikroniveau og indbefatter både upstream faktorer, som er de overordnede samfundsmæssige faktorer, og downstream faktorer, som er faktorer på individniveau. Makroniveauet indbefatter både kultur, socioøkonomisk status, politik og sociale forandringer og påvirker det sociale netværks struktur på mesoniveauet (Berkman et al. 2000). Mesoniveauet indbefatter struktur og karakteristika af sociale netværk, og disse påvirker de psykosociale mekanismer, som er på mikroniveau og indbefatter social støtte, social indflydelse, socialt engagement, person til person kontakt samt adgang til ressourcer og materielle goder. De psykosociale mekanismer påvirker individets sundhed gennem tre stier, som er sundhedsadfærd stien, den psykologiske sti og den fysiologiske sti (Berkman et al. 2000).

Ifølge Berkman og Krishna (2014) kan de sociale netværk både have positiv og negativ indflydelse på et individs sundhed, og det er forskelligt fra person til person, hvilke sociale relationer der er

vigtigst, da dette blandt andet afhænger af, hvilket livsstadie personen befinder sig i (Berkman & Krishna 2014). Derfor er det også vigtigt, at der gennem projektets dataindsamling opnås en indsigt i målgruppens holdning til sociale relationer, da dette har indflydelse på, hvordan interventionen skal tilrettelægges.

Aspekterne der er på makroniveau, afgør hvorledes de sociale relationer struktureres på mesoniveau og påvirkes videre på mikroniveau (Berkman & Krishna 2014). Ud fra dette synspunkt er det hensigtsmæssigt at fokusere på at foretage ændringer på makroniveau for at fremme forandring på meso- og mikroniveau. I forhold til en intervention som ABC kan det styrke interventionens effekt at fokusere på de overordnede rammer og krav som medarbejderne befinder sig under, for at vurdere om der er noget, der kan forandres, således at der opnås forandring på mikroniveau. Derfor anvendes Berkman et al. til at rette fokus på alle niveauer af de sociale relationer, for på den måde at finde frem til, hvordan der kan ske en forandring, der kan fremme medarbejdernes mentale sundhed.

Med Berkman et al.s (2000) forståelse af sociale relationer kan de sociale relationer ses i et bredere perspektiv og indeholde flere niveauer; makro-, meso- og mikroniveau. Dette er en fordel ved udvikling af en intervention rettet mod at forbedre den mentale sundhed, da det som påvist i projektets problemanalyse er et komplekst fænomen der påvirkes af samtlige niveauer. Derfor er inddragelse af Berkman et al.s (2000) konceptuelle model anvendelig i forhold til at rumme både kompleksiteten mellem de distale og proksimale faktorer sammenholdt med de sociale relationer.

4.2.1.2 Indsamling af empiri

For at kunne kortlægge et komplekst fænomen, som sociale relationers betydning for mental sundhed, er brug af forskellige dataindsamlingsmetoder nødvendige (Craig et al. 2008). I det følgende afsnit bliver der argumenteret for relevansen af metode for det kvalitative studie og efterfølgende metoden af det systematiske litteraturstudie. Herunder beskrives fremgangsmåde til besvarelse af problemformulering.

Det kvalitative forskningsinterview

Ifølge Tanggaard og Brinkman (2015) søges der gennem det kvalitative forskningsinterview, at undersøge subjektets oplevelse, forståelse samt holdning til en bestemt problemstilling (Tanggaard &

Brinkmann 2015a). I indeværende projekt søges der gennem det kvalitative forskningsinterview at svare forskningsspørgsmål 1, som lyder: *Hvordan oplever medarbejdere og ledere mental sundhed og hvilke muligheder og begrænsninger er der ved implementering af en intervention med henblik på at fremme mental sundhed via sociale relationer?*

Individuelle semistruktureret forskningsinterview

I indeværende projekt er det individuelle interview valgt, da det vurderes som en anvendelig metode til at opnå en dybere forståelse af problemfeltet. Det individuelle semistrukturerede interview kan bidrage til at forstå en given kontekst med baggrund i den forforståelse, som forskeren har med sig (Tanggaard & Brinkmann 2015a). I projektets problemanalyse argumenteres der for, at der er et tabu om mental sundhed på Færøerne. Derfor vurderes det hensigtsmæssigt at anvende det individuelle interview frem for fokusgruppeinterview, da det kan være grænseoverskridende for medarbejderne at tale om et tabubelagt emne sammen med deres kollegaer. Derudover er valget af det individuelle interview foretaget for at imødekomme mulige udfordringer ved, at interviewet foretages på dansk fremfor på informanternes modersmål, som er færøsk. Det semistrukturerede interview består af fastlagte åbne spørgsmål, som er styrende for interviewet, men hvor der er mulighed for at afvige (Tanggaard & Brinkmann 2015a). I den konkrete interviewsituation kan interaktionen med informanten gøre, at interviewerens skal lade informanten tale og så spørge ind til det aktuelle emne af omveje, eller at informanten selv kommer ind på spørgsmålene i sin egen fortælling (Tanggaard & Brinkmann 2015a). Ved at stille spørgsmål, der er relateret til medarbejdernes og lederes forståelse, sættes forskernes egen forforståelse i spil. Herved skabes en ny horisontssammen-smeltning og dermed skabes en ny indsigt i medarbejdernes og lederes forståelse af sociale relationer samt mental sundhed. I følgende afsnit redegøres der for udarbejdelsen af projekts interviewguide.

Udvælgelse af informanter

For at få indblik i de forskellige niveauers indflydelse på udviklingen af ABC udvælges der informanter fra både mikro-, meso- og makroniveau. Informanten på makroniveau (projektleder) er gatekeeperen til projektet og Torshavn kommune. I indeværende projekt har informanter på mikro og mesoniveau tilknytning til Torshavn kommune. Der er anvendt en 'gatekeeper' til at formidle kontakten til informanter på mesoniveau (leder) og derefter sneboldeffekten videre til at opnå informanter på

mikroniveau (medarbejder). Der er anvendt sneboldeffekten, som ifølge Thagaard (2004) har det formål at rekruttere andre informanter med lignende kvalifikationer og egenskaber indenfor samme netværk. Dette har medført, at alle medarbejdere arbejder i administrationen i Torshavn kommune. Formålet med interviewet er, at få indsigt i både makro-, meso- og mikroniveaus muligheder og begrænsninger i forhold til, hvordan interventionen om mental sundhed kan implementeres, således at fænomenet belyses fra deres forskellige perspektiver. Der kan i tabel 3 ses en oversigt over de medvirkende informanter.

Informant	Niveau	Forkortelse	Beskrivelse af informanten
Medarbejder 1	Mikro	M1	30-35 år, mand, over 10 års anciennitet i kommunen.
Medarbejder 2	Mikro	M2	30-35 år, kvinde, 1-3 års anciennitet i kommunen, Lang uddannelse
Medarbejder 3	Mikro	M3	35-40 år, kvinde, over 10 års anciennitet i kommunen. lang uddannelse, har børn
Medarbejder 4	Mikro	M4	25-30 år, kvinde, 1-3 års anciennitet i kommunen.
Leder 1	Meso	L1	Kvinde, mellemlider i Torshavn Kommune.
Leder 2	Meso	L2	Kvinde, HR-chef for Torshavn Kommune
Projektleder	Makro	PL	Kvinde, Projektleder for ABC.

Tabel 3. Oversigt over medvirkende informanter.

Interviewguide

Interviewguiden udarbejdes og anvendes i indeværende projekt som et styringsredskab for de semistrukturerede individuelle interview på en offentlig arbejdsplads på Færøerne (Bilag 3). Interviewguiden er udarbejdet således, at den kan besvare forskningsspørgsmål 1: *Hvordan oplever medarbejdere og ledere mental sundhed og hvilke muligheder og begrænsninger er der ved implementering af en intervention med henblik på at fremme mental sundhed via sociale relationer?* Interviewguiden indeholder derfor spørgsmål, der forsøger at afdække, hvilke muligheder og begrænsninger der er i forhold til implementering af ABC på offentlige arbejdspladser. For at afdække hvilke elementer der gør sig gældende i projektets case, dækker interviewguidens spørgsmål over både ud-

vikling, evaluering og implementering faserne i MRC. Dette gøres for at opnå indsigt i hvilke elementer, der har betydning for de forskellige faser i projektets kontekst. For at sikre at alle perspektiver medtages i udarbejdelsen af beslutningsgrundlaget for implementeringen af ABC, stilles der spørgsmål, som indgår i alle faserne, til alle informanterne (makro-, meso- og mikroniveau). Desuden vil der tages udgangspunkt i flere teoretikere i den samlede interviewguide og valget af disse samt hvordan interviewet skal bruges, vil blive beskrevet under det enkelte tema (Bilag 3). Formålet med de enkelte spørgsmål og temaer vil blive begrundet i det følgende.

I det semistrukturerede interview er der en interviewguide, som er inddelt i temaer med forslag til åbne spørgsmål (Kvale & Brinkmann 2015). Interviewguiden starter med en kort briefing af, hvad interviewets formål er samt information om selve interviewet (Bilag 3). Ifølge Kvale og Brinkman (2015) har briefinggen til formål, at informere informanten om procedurerne i projektet, herunder information om fortrolighed. Herefter følger en kort præsentation af informantens navn, jobfunktion og alder, for at afklare om vedkommende er medarbejder eller leder på arbejdspladsen og om de hører til i projektets målgruppe. Herefter følger 9 temaer. Det første tema omhandler, hvordan mental sundhed forstås på Færøerne. Med inspiration fra et dansk studie om ABC, hvor målet var at klarlægge, hvorledes danskere forstår mental sundhed er følgende spørgsmål anvendt *“What do you think of when you hear the words “mental health”?”, ‘Do you think it is possible to influence mental health?’ and ‘What does it mean to be mentally healthy?’* (Nielsen et al. 2017) og efterfølgende er spørgsmålene oversat til dansk. Der ønskes en forståelse af, hvordan færinger på arbejdspladser forstår mental sundhed, hvorfor disse spørgsmål anvendes for at klarlægge dette.

Derefter ønskes der med Berkman et al.s (2000) konceptuelle model at undersøge de sociale relationer med fokus på de arbejdsrelaterede relationer, for at afdække deres betydning for den mentale sundhed på henholdsvis makro-, meso- og mikroniveau. Dette afdækkes i henholdsvis tema to, tre og fire i interviewguiden.

Tema fem, seks og syv omhandler ABC. Disse temaer har til hensigt at afdække, hvilken betydning informanterne tillægger budskaberne bag ABC, som er at gøre noget aktivt, gøre noget sammen og at gøre noget meningsfuldt. Der ønskes med disse temaer at opnå en indsigt i, hvorledes ABC kan anvendes i den specifikke kontekst.

Tema otte og ni omhandler evaluering og implementering og vil blive beskrevet senere i projektet, når der redegøres for disse faser af MRC (se afsnit 4.2.2 og 4.2.3).

Afslutningsvis afrundes interviewet med en debriefing for at afdække, om informanten har yderligere spørgsmål inden interviewet afsluttes.

Gennemførelse af interview

Inden interviewene gennemføres, foretages en pilottest af interviewguiden for at afklare, hvorvidt der er spørgsmål, der er svære at forstå eller som kan skabe etiske problemer (Kvale & Brinkmann 2015). I indeværende projekt er interviewguiden skriftligt valideret af 2 færing, der er i samme aldersgruppe som målgruppen for projektet. Efter pilottesten blev der foretaget enkelte justeringer af interviewguiden, da enkelte spørgsmål ikke benyttede hverdagssprog og derfor ikke var helt forståelige.

I indeværende projekt foretages interviewet på dansk. Dansk er ikke modersmålet, men alle færing har lært dansk i skolen. Det kan dog være både svært og akavet at udtrykke sig på et andet sprog end modersmålet. Det vurderes dog mest hensigtsmæssigt, at alle interviews foretages på dansk, da projektgruppens medlemmer ikke alle forstår færøsk. Et gruppemedlem er færing og kan oversætte, hvis det bliver nødvendigt. Dertil bliver informanterne også tilbudt, at interviewet kan foregå på færøsk, hvis der er behov for det.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er kvaliteter som indsigtsfuldhed, lytte aktivt, være fortolkende og kritisk væsentlige egenskaber som interviewer. Det kan i indeværende projekt komme til udtryk ved, at intervieweren lytter aktivt til informantens udsagn om mental sundhed i forhold til de sociale relationers betydning og følger op på, hvad informanten siger, for derved at komme mere i dybden med interviewet. Under selve interviewene er det væsentligt, at rammerne er i orden, såsom at sidde i et lokale, hvor informanten ikke bliver forstyrret. I indeværende projekt er alle interviewene foregået i rolige mødelokaler uden forstyrrelser.

Transskribering

For at anvende interviewene til videre analyse transskriberes disse. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det væsentlig at udfærdige en transskription procedure, hvori der står, hvorledes transskriptionen udføres. Derfor nedskrives proceduren herfor, hvilket også er til gavn, når der er flere om opgaven, således at transskriberingen gøres ens (Kvale & Brinkmann 2015). Transskriptionsproceduren kan ses i bilag 4. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan reliabiliteten af transskriptionen

højnes ved, at flere personer læser transskriberingen igennem. I indeværende projekt læser alle projektets forskere transskriptionen igennem, samtidig med at interviewene høres, for således at forbedre reliabiliteten.

Etiske overvejelser

I det følgende afsnit vil der blive gennemgået, hvilke forskningsetiske overvejelser der er væsentlige at tage hensyn til i indeværende projekt for at kunne handle etisk forsvarligt. Dette afsnit vil omhandle, hvilke lovgivningsmæssige retningslinjer og etiske dimensioner der er i forhold til forskningsprocessen.

Normalvis skal der ifølge Datatilsynet (2015) indhentes tilladelse og udføres anmeldelse, hvis der indsamles og registreres fortrolige data. Dette krav gælder dog ikke studieprojekter, men projektet skal stadig overholde Persondataloven angående informeret samtykke og opbevaring af data (Datatilsynet 2015). I kvalitativ forskning er der ifølge Kvale og Brinkmann (2015) fire etiske retningslinjer, hvilket er informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale & Brinkmann 2015).

I indeværende projekt informeres informanterne omkring formålet af projektet og deres rettigheder i forhold til at deltage, hvilket fremgår af bilag 5, som er *Informeret samtykke* samt bilag 6: Informationsbrev til informanter. *Fortrolighed* handler om, at materialet fra interviewet opbevares forsvarligt og at deltagerne anonymiseres, således at deltagerens privatliv beskyttes. Dette kan dog være en udfordring for informanter på meso- og makroniveau, hvorfor de bliver informeret omkring dette inden udførelse af interviewet. *Konsekvenser* for deltagelse (Kvale & Brinkmann 2015) kommer i indeværende projekt til udtryk ved, at deltagelse i den kvalitative undersøgelse ikke får nogle konsekvenser for deltagerne. Det kan tænkes, at nogle informanter kan opleve det som overskridende at tale om deres mentale sundhed, hvilket forskeren skal være opmærksom på. *Forskerens rolle* har betydning for integriteten i interviewet samtidig med at vise empati og engagement, idet det kan have betydning for kvaliteten af den kvalitative undersøgelse (Kvale & Brinkmann 2015). I indeværende projekt er det væsentligt at indtænke, hvorledes forskerens integritet håndteres, idet interviewene foretages i en færøsk kontekst, kan der være andre forhold at tage hensyn til end i en dansk kontekst. Et af disse forhold er eksempelvis det førnævnte tabu omkring at italesætte mental sundhed.

I interviewguiden er der forsøgt at stille åbne spørgsmål omkring mental sundhed, der ikke er etisk stødende eller krænkende. Brug af forskellige typer af spørgsmål kan være nyttigt at anvende (Kvale & Brinkmann 2015). Forskerne i indeværende projekt skal være opmærksomme på at anvende opfølgende spørgsmål og at være opmærksom på egen rolle ved at agere professionelt i situationen, således at interviewsituationen ikke opfattes som terapeutisk.

Hermeneutisk analysestrategi

I indeværende projekt anvendes den hermeneutiske analysestrategi, som er brugbar at anvende, da formålet med hermeneutikken er at bruge sin forforståelse til at opnå en ny forståelse for problemstillingen, hvilket er i tråd med den videnskabsteoretiske tilgang i projektet. Dahlager og Fredslunds (2012) hermeneutiske analysestrategi består af fire trin, hvilket er *helhedsindtryk*, *meningsbærende enheder identificeres*, *operationalisering og rekontekstualisering* og *hermeneutisk fortolkning*. De to første trin er inspireret af Giorgis fænomenologisk metode og de sidste to trin, har en hermeneutisk tilgang (Dahlager & Fredslund 2011). De enkelte analysetrin vil i det følgende blive gennemgået for at klarlægge, hvorledes indeværende projekt anvender disse.

Det første trin er *helhedsindtryk* (Dahlager & Fredslund 2011). I indeværende projekt læses hele det transskriberede materiale igennem for at danne et helhedsindtryk ved, at forskeren forsøger at lægge sin forforståelse til side.

Det andet trin er *meningsbærende enheder identificeres*. På dette trin organiseres det transskriberede materiale i nogle kategorier, som enten fremkommer fra teoretiske begreber eller begreber fra de individuelle interviews (Dahlager & Fredslund 2011).

Det tredje trin er *operationalisering*. I denne fase gennemgås de inddelte kategorier fra fase to, for således at sikre, at der ikke er overlap i kategorierne eller at samme kategori dækker over flere forskellige egenskaber (Dahlager & Fredslund 2011). I indeværende projekt er der fremkommet 11 kategorier. Disse er: *Informanternes forståelse af mental sundhed*, *Sociale relationers betydning på arbejdspladsen*, *Muligheder eller begrænsninger ved forbedring af mental sundhed på arbejdspladsen*, *Sociale aktiviteter betydning for de sociale relationers på arbejdspladsen*, *Gør noget aktivt på arbejdspladsen*, *Meningsfulde aktiviteter på arbejdspladsen*, *Forventet resultat af ABC i Torshavn Kommune*, *Ressourcer der er afsat i Torshavn Kommune til ABC*, *Implementering af aktiviteter der*

har fokus på at forbedre den mentale sundhed på arbejdspladsen, Lederens rolle, Arbejdskultur og arbejdsmiljø samt Kommunikation i forhold til implementering af ABC (Bilag 7).

Det fjerde trin er *rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning*. Her sættes kategorierne sammen på nye måder, for derved at undersøge relationer mellem dem og hvorledes de kan svare på problemformuleringen. I den hermeneutiske fortolkning betyder rekontekstualisering, at forskeren undersøger problemstillingen i sin helhed og i dens kontekst (Dahlager & Fredslund 2011) og derved opnår en ny forståelse for fænomenet. Denne nye forståelse skal benyttes til at besvare problemstillingen.

Litteraturstudie

For at svare på projektets forskningsspørgsmål 2 foretages der et litteraturstudie. Litteraturstudiet har til formål at afdække eksisterende evidens i forhold til sundhedsfremmende interventioner implementeret på arbejdspladser, der søger at fremme den mentale sundhed for medarbejdere med inddragelse af sociale relationer. I følgende afsnit beskrives først den indledende litteratursøgning og dernæst redegøres og argumenteres der for den systematiske litteratursøgnings søgestrategi, herunder udvælgelse og kritisk vurdering af funden litteratur.

Indledende litteratursøgning

En indledende litteratursøgning er bred og søger at afdække, hvad der findes om emnet (Rienecker & Jørgensen 2012). Den indledende søgning er grundlaget for projektets problemanalyse og blev foretaget på diverse videnskabelige databaser, som for eksempel Embase, Cochrane og Psycinfo, samt andre søgemaskiner, såsom Google og biblioteksdata-baser. Søgningerne blev foretaget med fritekst og kontrollerede emneord. Dertil udførtes kædesøgninger på relevant litteratur. En stor udfordring ved den indledende litteratursøgning var, at der foreligger sparsom litteratur, der omhandler Færøerne. Denne udfordring blev blandt andet løst ved at søge på 'Faroe Islands' på de videnskabelige databaser og derefter at gennemgå alle hitsene for at se, om der var noget relevant til projektets problemstilling. Dertil blev der søgt på færøske forskeres navne, som beskæftiger sig med emner, der kunne tænkes at være relevante for projektets problemfelt. Gennem de indledende litteratursøgninger blev problemfeltet afdækket fra forskellige synsvinkler og herudfra blev problem-

formuleringen opstillet. Derudover var den indledende litteratursøgning med til at identificere relevante søgetermer, som kunne tages med i den systematiske litteratursøgning, som beskrives i følgende afsnit.

Systematisk litteratursøgning

Ifølge MRC (2008) skal den eksisterende evidens indenfor problemfeltet afdækkes (Craig et al. 2008). Den systematiske litteratursøgning har således til formål at afdække det eksisterende evidensgrundlag, der foreligger om sundhedsfremmende interventioner rettet mod mental sundhed på arbejdspladser. Dette gøres gennem forskningsspørgsmål 2, som lyder: *Hvilken evidens foreligger der på området omkring interventioner, der fremmer den mentale sundhed på arbejdspladsen via sociale relationer?*

Dette forskningsspørgsmål er udgangspunktet for den systematiske litteratursøgning, som der bliver beskrevet og argumenteret for i dette afsnit.

Til den systematiske litteratursøgning bruges blok- eller facet søgning som søgestrategi. Bloksøgning sikrer systematik og gennemsigtighed (Buus et al. 2008). Ud fra ovenstående søgespørgsmål opstilles der fire facetter: 1. Mental sundhed, 2. Sociale relationer, 3. Sundhedsfremme og 4. Arbejdsplads.

Facet 1 Problem	Facet 2 Fænomen	Facet 3 Kontekst A	Facet 4 Kontekst B
Mental sundhed	Sociale relationer	Sundhedsfremme	Arbejdsplads

Tabel 4: Facetter til bloksøgningen i den systematiske litteratursøgning

Indenfor hver facet fremsøges relevante kontrollerede emneord, som suppleres med fritekst, der hvor databasen ikke har kontrolleret emneord, som vurderes dækkende for facetten. Søgeordene i

hver enkelt facet kombineres derefter med den boolske operator OR, for at udvide søgningen. Herefter kombineres facetterne med AND for at indsnævre søgningen (Buus et al. 2008). En nærmere beskrivelse af søgningerne i hver enkelt database ses i bilag 8.

Ud fra beskrivelsen af problemfeltet ses, at det især er dem, der er yngre end 34 år, der har dårlig mental sundhed. I den systematiske litteratursøgning vurderes det som en snæver gruppe at tage udgangspunkt i. Derfor vælges der ikke at foretage denne afgrænsning i søgestrategien. Dette vil dog være en del af overvejelserne i forhold til udvælgelsen af litteratur, hvor et inklusionskriterie er, at litteraturen skal omhandle mennesker i den arbejdsdygtige alder. Det vurderes også, at litteraturstudiets resultater bedre kan overføres til andre kontekster, hvis det ikke er begrænset til en så afgrænset gruppe af populationen. Gennem Facet 4 som omhandler 'arbejdsplads', vurderes det, at målpopulationen afgrænses til i høj grad kun at indbefatte mennesker i den arbejdsdygtige alder. Kontrollerede emneord for facet 3, 'Sundhedsfremme', vil også indbefatte kontrollerede emneord for 'forebyggelse', da disse to begreber overlapper hinanden og er svære at adskille fra hinanden (Iversen 2003). Det vurderes derfor som nødvendigt at søge på begge termer for at sikre, at al relevant litteratur inkluderes i søgningen.

Kædesøgning

Kædesøgning er en søgestrategi, hvor relevant litteratur fører videre til anden relevant litteratur. Dette kan være gennem den relevante litteraturs referencer eller ved at se hvem, der har citeret litteraturen (Rienecker & Jørgensen 2012). Der kædesøges på de relevante studier, der gennem den systematiske litteratursøgning udvælges. Dette gøres for at undersøge, om der er relevante studier, som ikke er fremfundne gennem den systematiske søgestrategi. Der er via denne metode dog ikke fremkommet yderligere litteratur.

Valg af databaser

At fremme medarbejderes mentale sundhed kræver en kompleks intervention og dermed er der behov for at erhverve sig viden fra forskellige videnskaber. Den systematiske litteratursøgning foretages på multiple databaser, for at finde flervidenskabelig viden. Databaserne rummer blandt andet

biomedicin, human- og samfundsvidenskab. PubMed er en stor biomedicinsk og sundhedsvidenskabelig database, hvorfor det forventes, at den kan bidrage med en bred vifte af studier. PubMed indeholder mange europæiske studier (Jensen 2015) med god overførbare til en færøsk kontekst. Psycinfo er en database, der har fokus på psykologiske emner (Buus et al. 2008), hvorfor det forventes at den kan bidrage med relevante studier med fokus på mental sundhed. Sociological Abstracts er en samfundsvidenskabelig database (Aalborg Universitetsbibliotek 2018), hvor det forventes, at den kan bidrage med viden om blandt andet sociale relationer. Cinahl er en biomedicinsk og sygeplejefaglig database (Buus et al. 2008), hvor det forventes, at den kan bidrage med især kvalitative studier med fokus på borgerperspektivet. Cochrane er en database, der indeholder mange metaanalyser og systematiske oversigtsartikler (Corrall et al. 2002), hvorfor den udvælges for at finde litteratur med høj evidens.

Ovenfor nævnte databaser vurderes at kunne bidrage med forskellige typer studier, hvilket kan bidrage til at anskue projektets problemfelt nuanceret.

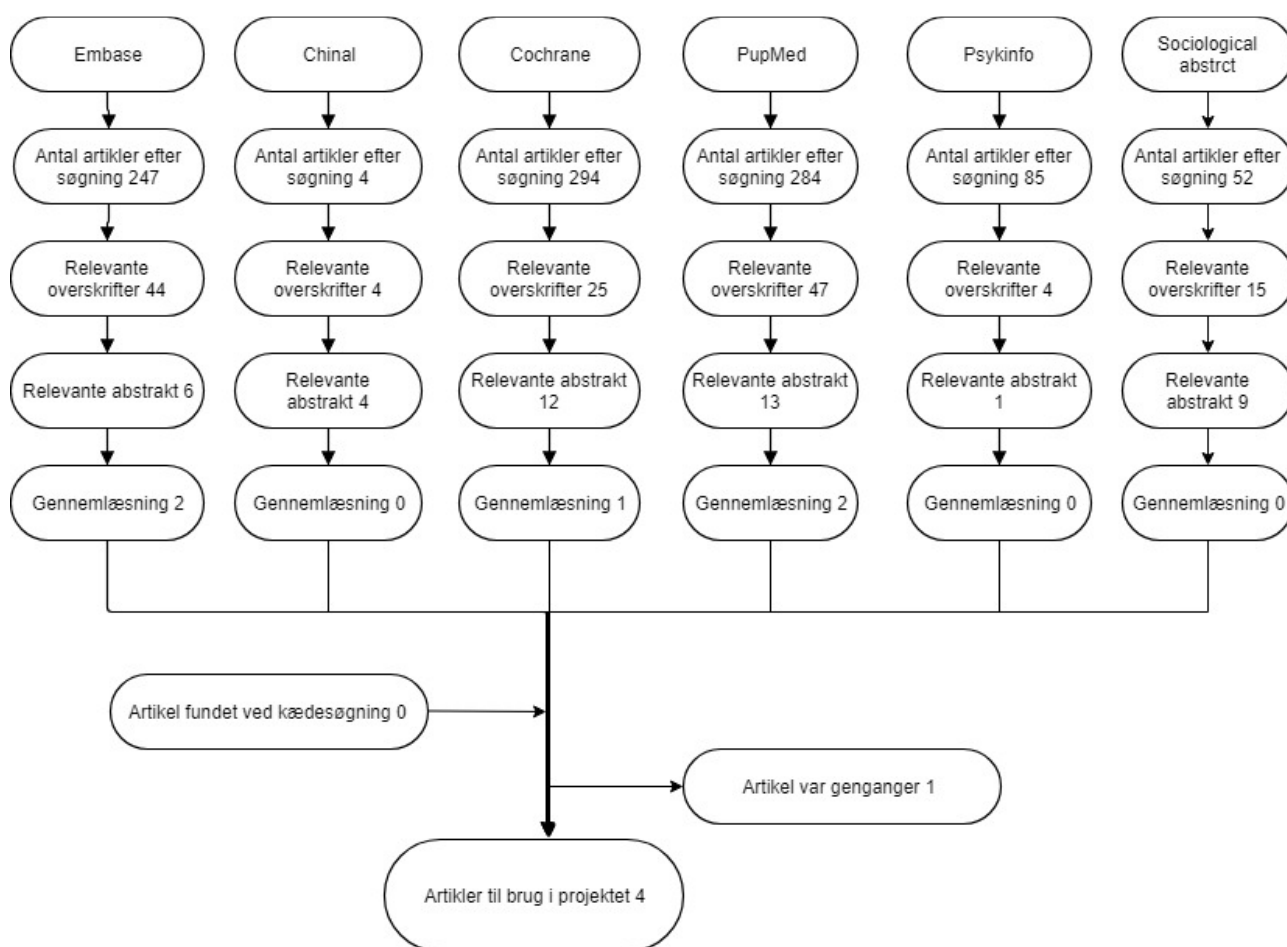
Udvælgelse og vurdering af litteratur

For at finde frem til de mest relevante studier, udarbejdes nogle in- og eksklusionskriterier (Buus et al. 2008), som skal sikre, at de udvalgte studier indeholder de rigtige elementer. Kriterierne er opstillet i følgende tabel 5.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
• Studier fra vestlige lande • Arbejdsplads • Voksne 18-65 år (i den arbejdsdygtige alder) • Peer-reviewed • Mental sundhed som outcome	• Studier skrevet på andre sprog end dansk, norsk, svensk, færøsk eller engelsk • Studier som ikke indeholder en intervention • Studier omhandlende diagnoser • Studier som har en målgruppe, som ikke er sammenlignelig med projektets målgruppe

Tabel 5: In- og eksklusionskriterier.

De studier, der ikke vurderes relevante for projektet, udelukkes gradvist på baggrund af titel, abstract og hurtig gennemlæsning. De studier, der fortsat er inkluderet efter den hurtige gennemlæsning, bliver kritisk vurderet ved hjælp af tjeklister (Bilag 9). Udvælgelsesprocessen er illustreret i flowchart i figur 7. Gennem den systematiske litteratursøgning er der udvalgt 4 studier, hvilket også er angivet i flowchart.



Figur 7 Flowchart over udvælgelsen af litteratur.

Den systematiske litteratursøgning samt det kvalitative interview skal tilsammen give et bud på, hvordan en intervention rettet mod at fremme medarbejdernes mentale sundhed kan udvikles. Udviklingen er første skridt i MRC, og når dette arbejde har mundet ud i en konkret intervention, er næste skridt afprøvning, som beskrives i følgende afsnit.

4.2.2 Afprøvning og evaluering

I dette afsnit beskrives den del af MRC der omhandler afprøvning og evaluering. Afprøvningsfasen består af feasibility eller pilottestning, hvor den nuværende udviklede intervention afprøvet på en mindre gruppe af medarbejdere i Torshavn kommune. Hensigten er at teste procedurerne, for at vurdere deres acceptabilitet, rekruttering og fastholdelse. Der kan med fordel anvendes både kvalitative og kvantitative metoder i denne fase (Craig et al. 2008). Herefter skal interventionen evalueres. Afprøvnings- og evalueringsfasen vil ikke være en del af indeværende projekt, idet det ikke er muligt at afprøve forandringerne inden for de givne rammer, men vil blive skitseret, hvorledes de kunne udføres. Derfor beskrives herunder argumenter for valg af evalueringsmetoder, samt hvordan projektets kvalitative interview er med til at danne grundlag for, hvordan evalueringen tilrettelægges.

Evaluering har til formål at vurdere effekten, omkostningseffektiviteten af interventionen samt den proces, der har ført til effekten. Evalueringen skal passe til studiedesignet og ifølge MRC's retningslinjer er et randomiseret kontrolleret forsøg at foretrække, men samtidig skal det kunne svare på det stillede forskningsspørgsmål (Craig et al. 2008). I praksis opstilles spørgsmålet ikke udelukkende af evaluator, da der er et overordnet autoritetssystem, der er med til at definere evalueringsopgaven, hvilket påvirker, hvad og hvordan en intervention evalueres. Evaluator arbejder således ud fra nogle anvendelses hensyn, som andre har fastlagt (Dahler-Larsen 2015). Uanset hvordan evaluering tilrettelægges, er det vigtigt, at evalueringsfasen er nøje beskrevet, således at den kan foretages af andre (Craig et al. 2008).

4.2.2.1 Teoretisk referenceramme – Peter Dahler-Larsens virkningsevaluering

I indeværende projekt anvendes virkningsevaluering, hvor programteori anvendes til at forklare, hvordan en intervention omsættes til resultater. I virkningsevaluering ses der både på effekten af en intervention og på processen (Dahler-Larsen 2009), som der anbefales i MRC. I virkningsevaluering rettes der således systematisk fokus på alle elementer af programteorien (Dahler-Larsen 2009). Ved projektets komplekse problemstilling er der mange forskellige mekanismer, der spiller ind på, om interventionen virker. Virkningsevaluering vurderes som en hensigtsmæssig måde at sikre, at der ikke kun evalueres på effekten, men også på processen og de virksomme mekanismer, der fører frem til den ønskede effekt.

Selve arbejdsprocessen i virkningsevaluering består af følgende komponenter:

1. Stille evalueringsspørgsmålet
2. Finde kilder til programteori
3. Opstille programteori
4. Gøre programteorien klar til evaluering
5. Vælge metoder
6. Indsamle data
7. Analysere og konkludere

(Kilde: (Dahler-Larsen 2009))

Den programteori, der opstilles i udviklingsfasen anvendes også i evalueringsfasen. Nogle gange kan den anvendes direkte, hvor alle felterne så skal udfyldes med data. Denne tilgang kan dog i mange tilfælde være for omfattende (Dahler-Larsen 2009). Hvis der ikke er ressourcer til at undersøge alle elementerne i programteorien, må de vigtigste udvælges, hvilket bliver udført i indeværende projekt jævnfør punkt 4 i arbejdsprocessen. Dahler-Larsen (2009) har opstillet følgende spørgsmål, som der skal tages hensyn til, når de vigtigste elementer af programteorien skal identificeres:

1. Hvor vil gevinsterne være størst for samfundet og for brugerne?
2. Hvor er der størst usikkerhed om, hvad der faktisk sker?
3. Til hvilke dele af programteorien bruger organisationen flest ressourcer?
4. På hvilke punkter i programteorien kan evaluator bedst medvirke til at understøtte en foreliggende beslutning?
5. På hvilke punkter kan evaluator skaffe relevante data uden særligt store omkostninger?

Kilde: (Dahler-Larsen 2009)

Disse spørgsmål kan hjælpe til med at identificere de elementer i programteorien, der er vigtigst at inddrage i virkningsevalueringen (Dahler-Larsen 2009). På grund af projektets omfang er det ikke muligt at afprøve interventionen, som fremkommer i projektets udviklingsfase. Derfor er en evaluering af interventionen heller ikke mulig. Derimod vil der blive fremlagt konkrete anbefalinger til,

hvordan en evaluering på bedste vis kan udføres samt hvilke elementer, der er mest hensigtsmæssige at evaluere.

Det kan være krævende at udarbejde en virkningsevaluering, derfor er det vigtigt at fastsætte, hvilke ressourcer der er tilgængelige til at varetage denne opgave (Bredgaard et al. 2011). Gennem projektets kvalitative interview vil der indsamle viden om, hvilke ressourcer der er tilgængelige til at evaluere interventionen. Denne viden har indflydelse på, hvad der ønskes, og hvad der er muligt at evaluere. Ud fra dette samt ovenforstående overvejelser vil programteorien gøres klar til evaluering.

4.2.2.2 Indsamling af empiri

Overordnet set bygger dataindsamlingen på metoden der er beskrevet under udviklingsafsnittet (afsnit 4.2.1.2). I udarbejdelsen af interviewguiden er der indarbejdet spørgsmål med udgangspunkt i Dahler-Larsens teori om virkningsevaluering. Der henvises til afsnittet om interview for beskrivelse af den anvendte metode i forbindelse med interviews.

Det ottende tema i interviewguiden er evaluering (Bilag 3). Heri er spørgsmål der tager udgangspunkt i Dahler-Larsens teori om virkningsevaluering, hvor der stilles spørgsmål til, hvilke ressourcer der er i forhold til at evaluere interventionen, samt hvad der ses som et succeskriterium for interventionen. Da mikroniveau endnu ikke kender til tankerne bag ABC, vil tema otte kun indgå i spørgeguiden til makro- og mesoniveau. Spørgsmålene har til hensigt at afdække Torshavns kommunes egne mål og muligheder i forbindelse med ABC.

Den viden der opnås gennem en evaluering, tages videre i processen i MRC. Der kan være behov for at vende tilbage til udviklingsfasen og justere interventionen før interventionen implementeres. Implementeringsfasen er den sidste fase i MRC og beskrives i følgende afsnit.

4.2.3 Implementering

Implementering handler om, at stille forslag til, hvordan udviklingsforslaget kan implementeres i praksis. Ifølge Craig et al. (2008) forudsætter en succesfuld implementering involvering af relevante samarbejdspartnere. Ved at tage højde for de behov, der er i den specifikke kontekst i forhold til at

implementere interventionen, sikres relevansen. Det er væsentligt, at anbefalinger bliver så konkrete som muligt samt, at de tager hensyn til beslutningstagerne og klarlægger fordele, ulemper og omkostninger, der er forbundet med implementeringen (Craig et al. 2008). Som en del af det case inspirerede design imødekommes den specifikke kontekst, hvilket vil gavne implementeringsprocessen. Rammerne for indeværende projekt tillader som nævnt ikke pilottestning og evalueringen af den udviklede intervention. Det samme gælder implementeringen. Der vil derimod udvikles et besluthingsgrundlag for beslutningstagere, hvor der fremkommer forslag til, hvordan interventionen skal implementeres i praksis.

Når ABC skal implementeres, skal der skabes forandringer i organisationskulturen, således at målet om bedre mental sundhed opnås og forbliver en varig ændring. John P. Kotters (Kotter) teori om forandringsledelse anvendes for at sikre den varige ændring. Det er i tråd med den hermeneutiske tilgang vigtigt at kende konteksten, hvorfor der som en del af interviewene indsamles viden ud fra Kotters teori, således at informanterne kan bidrage til, at der opnås en ny forståelse om muligheder og begrænsninger ved implementeringen af ABC. I de kommende afsnit vil disse elementer derfor blive beskrevet.

4.2.3.1 Teoretisk referenceramme - John Paul Kotters forandringsteori

John Paul Kotter (1947) er professor i ledelse og beskriver i sin bog *"I spidsen for forandringer"* nødvendigheden af en god proces, for at forandringer bliver succesfuld (Kotter 1999). For at kunne følge med i en verden, der i stigende grad har fokus på præstationer, må ledere i dag kunne lede virksomheder, så de er rustede til at være forandringsparate for at kunne modstå presset fra det globale marked (Kotter 1999). Det er derfor vigtigt for ledere at forholde sig til forandringsprocessen og føre an, for at forandring bliver en succes (Kotter 1999). Kotter (1999) har således fokus på lederens (mesoniveau) rolle i forhold til forandringsprocessen. Lederen sætter rammerne for, hvad der er muligt at forandre for medarbejderne (mikroniveau), derfor er det grundlæggende for implementering at rette fokus på lederen. Kotter (1999) lægger ligeledes fokus på at medarbejderens (mikroniveau) perspektiv medinddrages. Makroniveauet fastlægger de overordnede rammer for, hvilke muligheder der er på meso- og mikroniveau, hvorfor alle niveauer (makro-, meso- og mikroniveau) inddrages i projektets implementerings afsnit.

Kotter (1999) har studeret, hvorfor nogle virksomheder lykkedes med deres forandringer og hvorfor andre ikke lykkedes. Derudfra har han opstillet 8 trin, der skal gennemføres i en forandringsproces i en virksomhed. Trinene er inddelt i 3 faser. *Fase 1* består af 4 trin, der har til formål at løsne op på en situation. Dette gøres ved trin 1: Etablering af en oplevelse af nødvendighed for forandringen. Trin 2: Sammensætte en gruppe af medarbejdere, der har indflydelse i virksomheden og som kan styre forandringen. Trin 3: Udvikle en vision og strategi, der hjælper til at styre forandringen. Trin 4: Formidle vision om forandringen til alle medarbejdere (Kotter 1999).

Fase 2 har til formål at skabe nye metoder til at komme videre i forandringsprocessen og indeholder de næste 3 trin. Trin 5: Skabe grundlag for handling ved at fjerne forhindringer, der står i vejen for at forandringen kan ske. Trin 6: Generering af kortsigtede mål og synlig anerkendelse af de medarbejdere, der opnår dem. Trin 7: Tilpasning af strategien således, at der er mulighed for at skabe yderligere forandring. *Fase 3* har til formål at implementere forandringen og vedligeholde den. Dette sker ved Trin 8, hvor nye strategier forankres i arbejdskulturen (Kotter 1999).

Selvom Kotter (1999) beskriver denne forandringsproces, som en proces der skal følges, idet er en dynamisk proces, gør det muligt at arbejde på flere trin samtidigt. Det er vigtigt at der er en overordnet ledelse der gennemføre alle trin i forandringsprocessen, For på den måde at sikre, at medarbejderne er en del af processen, og ikke underminere de forandringer, som der forsøges at skabe (Kotter 1999).

4.2.3.2 Indsamling af empiri

Overordnet set bygger dataindsamlingen på metoden der er beskrevet under udviklingsafsnittet (afsnit 4.2.1.2). I udarbejdelsen af interviewguiden (Bilag 3) er der indarbejdet spørgsmål med udgangspunkt i Kotters teori om forandringer i organisationer.

Det niende tema i spørgeguiden er derfor implementering. Heri er spørgsmål med udgangspunkt i Kotters (1999) forandringsteori, hvor der stilles spørgsmål om hvilke muligheder og begrænsninger informanterne ser i forhold til at indføre en ny intervention på arbejdspladsen. Dertil spørges der også om, hvordan der bedst kommunikeres på arbejdspladsen, når der skal indføres noget nyt. Disse spørgsmål har til hensigt at afdække, hvilke særlige hensyn der skal tages ved implementering af ABC på offentlige arbejdspladser. Spørgsmålene tilpasses hvert niveau, således at alle perspektiver (Makro-, meso- og mikroniveau), inddrages i beslutningsgrundlaget for implementeringen.

5 Videreudvikling af ABC

Dette afsnit indeholder de resultater og analyser, der er fremkommet i det kvalitative studie og litteraturstudiet. Afsnittet er opdelt efter MRC's fire faser: Udvikling, pilottest, evaluering og implementering. Det første afsnit omhandler udvikling (afsnit 5.1), hvor der først præsenteres og analyseres resultater fra det kvalitative studie efterfulgt af resultater og analyse af litteraturstudiet. Derefter samles disse to analyser i en diskussion, hvor de to studiers resultater vurderes sammen med udviklingens teoretiske referenceramme, som er Berkman et al.s (2000) teori om sociale relationer. Diskussionen leder over i modellering af en programteori af ABC tilpasset Torshavns kommune. Til sidst er der en opsamling af udviklingsfasen, for at give overblik over hvilke elementer, der skal tages med videre i de næste faser i MRC og for at sammenfatte vigtige elementer, der skal indarbejdes i et beslutningsgrundlag for interventionen. Efter udvikling vil de følgende afsnit være: pilottest og evaluering samt implementering. Hvert afsnit starter med et overblik over opbygningen af afsnittet.

5.1 Resultater og analyse

I MRC's udviklingsfase ses der på, hvordan en intervention kan udvikles. I indeværende projekt undersøges hvilke muligheder og begrænsninger, der er på en offentlig arbejdsplads med hensyn til en intervention målrettet mental sundhed med fokus på sociale relationer. Der foretages en analyse af både det kvalitative studie og en analyse af litteraturstudiet, for at kunne komme med evidensbaserede forslag til videreudviklingen af ABC.

5.1.1 Analyse af kvalitativ studie

I det følgende afsnit vil empiri, der er indsamlet i de 7 interviews, analyseres med udgangspunkt i Dahlager og Fredslunds (2011) hermeneutiske analysestrategi. Dette gøres for at besvare forskningsspørgsmål 1: *Hvordan oplever medarbejdere og ledere mental sundhed og hvilke muligheder og begrænsninger er der ved implementering af en intervention med henblik på at fremme mental sundhed via sociale relationer?* I bilag 7 ses oversigten over, hvilke meningsbærende enheder og kategorier, der danner grundlaget for operationaliseringen af de endelige kategorier. Disse kategorier er fremkommet både på baggrund af de teorier, der er anvendt og ud fra informanternes udsagn. I analysen indgår informanternes udsagn på mikro- (medarbejdere), meso- (leder) og makro-niveau (projektleder i Rådet for Folkesundhed). Mikroniveau udgøres af informanter M1-4, på mesoniveau L1 og L2, mens informanten på makroniveau nævnes PL. De tre niveauer vil vægte ens i analysen. Efter hvert citat er der i en parentes angivet informantens forkortelse samt linjenummer (l.) fra transskriptionen og alle citater, der indgår i analysen kan ses i bilag 7: Meningsbærende enheder og kategorier.

De fremkomne kategorierne i dette afsnit handler om, hvad der er væsentlig i forhold til udviklingen af en kompleks intervention. Her vil indgå 5 kategorier, som er:

- *Informanternes forståelse af mental sundhed*
- *Sociale relationers betydning på arbejdspladsen*
- *Muligheder eller begrænsninger ved forbedring af mental sundhed på arbejdspladsen*
- *Gør noget aktivt på arbejdspladsen*
- *Meningsfulde aktiviteter på arbejdspladsen.*

5.1.1.1 Informanternes forståelse af mental sundhed

Som det fremgår af projektets problemanalyse, kan mental sundhed forstås på mange måder. Det er væsentligt at vide, hvordan informanterne forstår mental sundhed, for at kunne inddrage denne forståelse i udviklingen af en intervention omkring mental sundhed. I interviewguiden indgår spørgsmålet: *Hvad tænker du, når du hører ordene mental sundhed?* I dette afsnit analyseres først, hvordan informanterne forstår begrebet mental sundhed og derefter hvilken sammenhæng, det har i forhold til arbejdet.

På mikroniveau fremstår det ud fra M2's udsagn, at mental sundhed er svært at definere og har indflydelse på mange ting i livet. Informanten har svært ved at sætte ord på, hvad mental sundhed er, men nævner til sidst ordet trivsel (Bilag 7), hvilket er et gennemgående ord i informanternes besvarelser. Informant M3 udtrykker mental sundhed således:

"Jamen med mental sundhed, så tænker jeg, at det er at man har en indre ro, at man hviler i sig selv, at man er i en eller anden form for balance både med sig selv men også med sine omgivelser. Ja altså pendanten til fysisk sundhed, som er den sunde krop. Man har et sundt sind, det ligger lidt i ordet". (M3, l. 9-12)

Heraf fremgår det, at mental sundhed handler om at have en indre ro, hvile i sig selv og at være i balance med sig selv og sine omgivelser. Denne forståelse ses igen af to andre informanter på mikroniveau (Bilag 7), hvorved der for informanterne på mikroniveau er en overordnet holdning til, at mental sundhed handler om, at man er i balance, at man hviler i sig selv og har overskud til livets udfordringer. Informanterne forbinder således mental sundhed med noget positivt. Kun én informant, nævner stress som et negativt element af mental sundhed: *"For det første, når jeg tænker på nogle negative ord, så er det stress"* (M1, l. 5). Informanten sætter således stress i forbindelse med mental sundhed, som så genspejler den måde, hvorpå Rådet for Folkesundhed har valgt at måle færingers mentale sundhed. Dog er der tydelig overvægt af de positive elementer i informanternes forståelse af mental sundhed på mikroniveau.

På mesoniveau er der ligeledes fokus på de positive egenskaber. Dette kommer eksempelvis til udtryk i L1 udtalelse: *"Mental sundhed er for mig at man er rask ... og at man har det godt på arbejdspladsen og at man er det sted, hvor man har det sådan generelt godt ... og trives med det man laver"* (L1, l. 18-20). Derved handler mental sundhed ikke kun om at have god sundhed, men at en medarbejder har det generelt godt og er i trivsel. Her bliver begrebet trivsel nævnt igen, som også blev nævnt af informanter på mikroniveau. Dertil er der på mesoniveau et fokus på det at være i stand til at udføre ens arbejde: *"For mig handler det meget om en slags robusthed, altså at man er i stand til at klare de op- og nedture, som en arbejdsplads har. At man er i stand til at udføre sit arbejde"* (L2, l. 22-24). Mental sundhed vedrører således en medarbejders evne til at håndtere de udfordringer, som arbejdet indebærer.

På makroniveau fortæller informanten PL: ” ... *min forforståelse er at, på Færøerne så er det lidt diffust hvad mental sundhed er*” (PL, l. 43-44) Fra udsagnet fremgår, at det kan være svært at definere mental sundhed. Dette kan skyldes, som tidligere nævnt i problemanalysen, at der på Færøerne ikke er arbejdet lige så meget med mental sundhed som fysisk sundhed, hvorfor begrebet stadig står diffust for befolkningen. Informanten på makroniveau er påvirket af sin stilling som projektleder, som er tydelig, når informanten skal svare på, hvad mental sundhed er. Her svarer PL ved at gengive WHO's definition og faktorer, som der er evidens for, påvirker den mentale sundhed (Bilag 7). Opfattelserne på mikro- og mesoniveau ligner hinanden meget, hvorimod makroniveau skiller sig ud ved at have en mere teori- og evidensbaseret tilgang til mental sundhed. Det er således nogle andre ord, der bruges på makroniveau end på de andre niveauer til beskrivelsen af, hvad mental sundhed er. Essensen i opfattelsen ligner dog de øvrige niveauers beskrivelse, da PL også har fokus på, at man skal kunne håndtere belastninger, som det står i WHO's definition af mental sundhed. Dette kan sidestilles ved, at mikro- og mesoniveauerne mener, at det handler om at have overskud til at klare udfordringer.

Sammenfattende for forståelsen af mental sundhed ses, at mental sundhed generelt opfattes ret ens niveauerne imellem med små forskelle. Ordet trivsel forekommer på alle niveauer og at have evne til at håndtere livets udfordringer. På mikroniveau opfattes mental sundhed både som en form for indre ro, balance og overskud til at hjælpe andre. På mesoniveau er mental sundhed forbundet med arbejdspladsen og her opfattes det som en robusthed i forhold til at klare op- og nedture på arbejdspladsen. Desuden opfattes det også som at være mentalt rask og er forbundet med arbejdsglæde. På makroniveau forstås begrebet både som værende diffust og som en tilstand af trivsel, hvor det handler om, hvorledes en person håndterer belastninger. Det ses dermed at der anvendes forskellige ord eller vendinger til at beskrive mental sundhed, og der kan være en risiko for at niveauerne (makro, meso- og mikroniveau) kommer til at tale forbi hinanden, hvilket kan reducere effekten af en intervention som ABC.

5.1.1.2 Sociale relationers betydning på arbejdspladsen

Gennemgående for denne kategori er, at sociale relationer har stor betydning for medarbejdere og ledere på en arbejdsplads i forhold til den mentale sundhed. Der ses sammenhænge mellem mental sundhed og arbejdsglæde, hvilket kommer til udtryk i citatet af PL på makro niveau:

“Altså hvis man også kobler arbejdsglæde til mental sundhed ik’. Så har det kæmpe betydning, fordi det er jo de sociale relationer der næsten har den største betydning for vores mentale sundhed. Så hvis du skal være glad for at komme på arbejde, så skal du også have nogle gode sociale relationer på arbejdspladsen for at trives. Et er det faglige, men hvis du ikke har det sociale, så har det stor indvirkning på din trivsel” (PL, l. 142-146)

Det udledes af citatet, at det at være glad for at gå på arbejde indebærer, at medarbejderne er motiverede for at gå på arbejde og dermed fremgår det, at de sociale relationer er vigtige for den mentale sundhed, og det ikke er nok at arbejdet kun er fagligt motiverende men også socialt motiverende. På mesoniveau har sociale relationer følgende betydning ifølge L2:

“Det er livsåren på en arbejdsplads. ... Det vigtigste arbejde er relations arbejdet. ... Men i virkeligheden så gør man jo en frygtelig masse ting. Så bare det man har en kantine, det er noget af det vigtigste, fordi vi bor her i forskellige bygninger som nogen beskriver, hvis man ikke fysisk er sammen, man ikke ser hinanden. Så er det en fysisk barriere for at holde fast i den her relation. Derfor mener jeg, det er vigtigste på en arbejdsplads det er kaffepauserne. Fuldstændig. Og kanten. ... Relationerne i det daglige er jo det der bestemmer trivslen. ... og man kan klare rigtig meget, hvis relationerne er på plads. Altså man kan klare rigtig meget pres” (L2, l. 148-158, 159-165).

Informanten oplever, at sociale relationer er livsåren og har dermed en meget stor betydning for en arbejdsplads i forhold til den mentale sundhed. Sociale relationer kan være med til at give medarbejderne flere ressourcer til at håndtere det pres, der opstår af den tunge arbejdsbyrde. Således kan udledes, at gode sociale relationer også kan være med til at hjælpe medarbejderne i at udføre deres arbejde. Derudover er kaffepauser og kanten væsentlige mødesteder for både medarbejdere og ledere, idet det er her de sociale relationer dannes og opretholdes. Samtidig har de sociale relationer også den betydning ifølge L2, at jo bedre relationerne er, jo mere arbejdspress kan medarbejdere klare (bilag 7).

Centralt for informanter på mikroniveau har de sociale relationer meget stor betydning. Det fremgår af citatet, hvor interviewer spørger ind til: *“Hvad betyder sociale relationer for dig på arbejdspladsen?”* hvor M1 svarer: *“De betyder meget, det er nok noget af det vigtigste (...) Det er fordi hvis man*

finder ud af det sammen med folk og griner, så er det jo sjovt. For mig er det ikke lønnen der er det vigtigste. For så var jeg længe gået” (M1, l. 74-75). Informanten oplever således, at på en offentlig arbejdsplads er lønniveauet lavt og derfor må der være andre parametre, der skal være i fokus såsom de sociale relationer, sammenhold og uformel stemning for at motivere medarbejderne i deres arbejde.

Gode relationer på arbejdspladsen kan både have et fagligt, socialt og personligt aspekt, hvilket fremgår af M2:

“Ja, jeg har brug for at få løst mine opgaver, så derfor har jeg brug for at have nogle gode relationer ud til de mennesker, som jeg arbejder sammen med. Og det er nødvendigvis ikke kun arbejdspladsen her, det er også ud ad til(...)Så det betyder rigtig meget for mig med de relationer. Men ikke nødvendigvis på det sociale plan eller som venner” (M2, l. 135-140).

For M2 er arbejdsopgaverne vigtigere end de sociale relationer, men omvendt har M2 vanskeligt ved at udføre sine arbejdsopgaver uden brug af de sociale relationer på arbejdspladsen. Samtidig vægtes det faglige aspekt højere end det personlige aspekt i relationen. Betydningen af de sociale relationer opleves modsat af informant M3:

“Det betyder rigtig, rigtig meget. Ja det gør det. Jeg er meget sådan, hvad skal man sige praktisk anlagt, når jeg skal bruge den aller, aller største del af de vågne timer på en arbejdsplads med de her mennesker, så er det meget vigtigt for mig, at det ikke er noget der dræner mig, det er noget der giver mig noget. At jeg får nogle meningsfulde relationer. Som jeg til en vis grad også kan dele livet lidt sammen med og det oplever jeg, at det gør man meget her. Vi tør godt komme ind på private ting” (M3, l. 75-80).

Ud fra dette citat fremgår det af M3, at relationer skal være meningsfulde relationer, som giver energi frem for at dræne for energi og hvor personlige udfordringer kan deles med kolleger. Denne opfattelse deles ligeledes af M4:

“Man bruger jo meget tid på arbejdet og det er jo en stor del af livet så det er meget vigtigt at man har gode relationer til medarbejdere og gider at arbejde sammen med dem. Man får det lidt som om, at man er venner med alle og det er rigtig godt” (M4 l. 73-75).

Her fremgår det, at idet der bruges mange timer af døgnet på arbejdspladsen, er de sociale relationer meget vigtige for arbejdsmiljøet og motivationen for at gå på arbejde.

Inden for denne kategori kan der kort opsummeres, at sociale relationer generelt har stor betydning for den mentale sundhed på både makro-, meso- og mikroniveau og der er ikke niveaumæssige forskelle på, hvor højt de vægtes. Generelt er der enighed om, at de sociale relationer medfører

arbejdsglæde, motivation og trivsel. Forskellen i informanternes opfattelse af sociale relationer kommer til udtryk i, hvor vigtige de sociale relationer er for både det faglige, personlige og sociale aspekt. For informanter internt på mikroniveau vægtes de sociale relationer forskelligt, idet for nogle informanter er det den sociale samhørighed der er vigtig, hvor der blandt andet nævnes humor, uformel omgangstone og meningsfulde relationer som vigtige aspekter og for andre er det den faglige relation i forhold til arbejdet, der er vigtigst. Dertil lægges der på mesoniveau vægt på, at gode sociale relationer er med til at øge medarbejdernes evne til at håndtere et højt arbejdspress.

5.1.1.3 Muligheder eller begrænsninger ved forbedring af mental sundhed på arbejdspladsen

I Torshavn Kommune ønsker den kommunale ledelse at have fokus på, hvordan de kan forbedre den mentale sundhed og i nedenstående afsnit vil der analyseres frem, hvilke muligheder og begrænsninger der er ved forbedring af den mentale sundhed på arbejdspladsen i forhold til en kommende intervention.

Muligheder

På mesoniveau ses en af mulighederne ifølge L1:

”Det som gevinsten er, er bare det at man bliver bevidst om, hvad fremmer trivsel for medarbejder, at afdelingslederen bliver mere bevidst selv. Også om deres egen lederroller(...), eller hvordan jeg udfører mit lederskab..., det ændrer noget. Det er jeg sikker på. Det at man, bare det at blive bevidst om, hvordan er jeg som leder. Hvordan kan jeg bidrage til, at fremme eller også det modsatte, at mit lederskab også kan gøre at folk bliver syge eller ikke trives” (L1 l. 478-482).

Herved fremgår det, at informanterne på mesoniveau ønsker, at der skal være fokus på lederrollen hos afdelingslederne i kommunen. Mulighederne for, at interventionen kan lykkes, ses dels ved, at lederen er bevidst om egen rolle i forhold til trivsel, og at lederen opnår viden om den betydning sociale relationer har for den mentale sundhed. Derigennem styrkes de kompetencer lederen har i forhold til at lede medarbejderne, således at de opnår bedre mental sundhed.

En mulighed ses også ved inddragelse af medarbejderne, som L2 angiver: *”Jeg synes, hvis vi bliver bedre til se de kompetencer, som folk har.... Og bruge dem”*. (L2, l. 456-457). Ved at inddrage medarbejderne i en kommende intervention og samtidig have fokus på medarbejdernes perspektiv og hvorledes deres forskellige kompetencer anvendes bedst i organisationen, kan det bidrage til en

bedre mental sundhed på arbejdspladsen. Således fremgår det, at ledelsen har et stort ansvar for at skabe god mental sundhed. Dette synspunkt understøttes også af informanterne på både mikro- og makroniveau. Derimod udtrykker M3 på (mikroniveau) også, at medarbejderne har et medansvar:

“Ja. Men samtidig så synes jeg også at man selv er har et stort ansvar for at skabe det. Man kan ikke møde op på en arbejdsplads og forvente at der er mental sundhed. Jo, selvfølgelig kan man lidt det, at arbejdsgiveren giver de rammer der skal til for at gøre det muligt” (M3 l.30-32).

Ud fra citatet fremgår det, at arbejdsgiveren skaber rammerne for den gode mentale sundhed og medarbejderne har i samarbejde med ledelsen et stort medansvar i at skabe den mentale sundhed på arbejdspladsen. Således kan det tolkes, at informanten mener, at mental sundhed enten er noget en medarbejder har eller ikke har og det blandt andet afhænger af rammerne på arbejdspladsen. Ligeledes fortæller M2 *“Altså jeg tror hvis de skulle være bedre, så er det fordi at man skal have sine private venner her i huset... Det er faktisk ret godt det sociale.”*(M2 l. 108-110). Af dette citat fremkommer, at M2 er tilfreds med de sociale relationer i afdelingen, hvilket vidner om at sociale relationer er vigtige i forhold til mental sundhed og det især er de nære relationer der har betydning for et godt arbejdsmiljø.

Både M1 og M3 nævner at en mulighed for at bedre den mentale sundhed er flekstid på arbejdspladsen (Bilag 7). Fleksibel arbejdstid kan hjælpe den enkelte medarbejder til at få arbejdsliv og familieliv til at hænge sammen ved at den enkelte medarbejder selv bestemmer sine arbejdstider inden for den fastlagte norm. Den større selvbestemmelse over egen arbejdstid kan være med til at skabe større frihed og arbejdsglæde og dermed øge den mentale sundhed hos medarbejderne.

Begrænsninger

Forståelsen af hvad mental sundhed er som begreb, ses som en begrænsning, hvor PL udtaler sig om begrænsningerne: *“Altså begrænsningerne kan være det her med, at hvis man ikke forstår hvad mental sundhed er, så er det måske svært at fremme den mentale sundhed”* (PL l. 56-57). Hvis medarbejderne ikke forstår hvad der menes, når der implementeres en intervention for at fremme den mentale sundhed, så er det begrænset, hvor motiverede de er til at tage imod intervention. Det er nødvendigt at medarbejderne forstår de gevinster, der kan være ved at deltage i en intervention, fordi ellers vil deres motivation til at deltage være lav. Derfor har det stor betydning, at definitionen

af mental sundhed tydeliggøres for medarbejderne. På færøsk dækker det samme ord både over sundhed og helbred. Derfor kan der opstå en misforståelse, når der i en færøsk kontekst anvendes begrebet mental sundhed. Mental sundhed og mentalt helbred adskilles ikke i det færøske sprog (Bilag 7). Så inden lederne i kommunen præsenterer en kommende intervention for deres medarbejdere og afdelingsledere, er det væsentligt at de har den fornødne viden om, hvad begrebet mental sundhed er og hvad der fremmer den. For derved at kunne forstå hvilke muligheder, der er ved en intervention målrettet mental sundhed.

I forhold til øvrige begrænsninger er det centrale ifølge informanterne på mikro og mesoniveau, at tiden ikke er tilstrækkelig, hvilket kan påvirke den mentale sundhed. L1 udtaler: *“Tiden, altså... hvordan strækker den... Hvor meget er der at lave... Det kan være en begrænsning i en periode. Eller over længere periode... som begrænser trivslen eller den mentale sundhed”* (L1, l. 51-53). Dette understøttes af citatet fra M1: *“Begrænsning det er, når man ikke har planlægning, så bliver man rigtig begrænset i det man kan”* (M1, l. 30-31). For at medarbejdere kan trives og have en god mental sundhed, er det væsentligt, at der på arbejdspladsen er en ordentlig strukturering og organisering af arbejdet. Således at medarbejderne føler, at der er tid og ressourcer nok til de enkelte arbejdsopgaver. Dette understøttes af M3, der fortæller, at den store arbejdsbyrde er en begrænsning, hvilket informanten mener, er generelt for ansatte på offentlige arbejdspladser. Således fremgår det, at der er for mange arbejdsopgaver i forhold til de ressourcer, der er til rådighed. Dette understøttes af et perspektiv på mesoniveau, L2: *“Tid, tid til i forhold til alt det man skal lave, fordi man skal gøre de her ting, fordi de er borgerrelateret og... (sukker) borgerne skal og politikerne vil og så videre”* (L2, l. 449-451). Her fremgår det, at den manglende tid til arbejdsopgaver også opleves på mesoniveau. Ud fra citatet udtrykkes, at arbejdsopgaverne kommer fra forskellige niveauer fra både politikerne og fra borgerne, hvilket kan gøre det vanskeligt på en offentlig arbejdsplads at gøre alle aktører tilfredse.

En anden begrænsning for at være mental sund på arbejdspladsen udtrykkes af informant M2: *“Jeg tror enten at det er fordi man ikke kan li’ de opgaver man har, at man ikke trives i de opgaver man har eller ikke trives sammen med de mennesker man arbejder sammen med”* (M2 l. 47-48). Her fremgår det, at arbejdsopgavernes indhold og mistrivsel med kollegerne kan have betydning for den mentale sundhed på arbejdspladsen.

Der udledes af ovenstående analyse, at ved en intervention, der har fokus på mental sundhed, er der muligheder ved at bevidstgøre lederrollen, inddrage medarbejdere samt flekstid. Disse elementer kan være med til at forbedre den mentale sundhed på arbejdspladsen. således at den mentale sundhed blandt medarbejderne kan bedres. Hvorimod begrænsningerne kan være manglende forståelse af begrebet mental sundhed, manglende tid og organisering, manglende interesse for arbejdsopgaver samt mistrivsel med kolleger. Derudover kommer det også til udtryk at begrænsningen er, at der stilles krav til arbejdsopgaver fra forskellige aktører.

5.1.1.4 Sociale aktiviteterets betydning for de sociale relationer på arbejdspladsen

Gennem interviewene præsenteres flere forskellige konkrete aktiviteter, der fremmer de sociale relationer på arbejdspladsen. Det centrale for denne kategori er, at informanterne generelt er tilfredse med mange af de aktiviteter, der allerede foregår på arbejdspladsen.

Samtlige informanter på både meso og mikroniveau nævner, at der foregår sociale arrangementer på arbejdspladsen så som at spise frokost sammen eller mødes til morgenmad én gang i ugen. Ydermere bliver der afholdt forskellige arrangementer for alle medarbejderne i kommunen, hvilket samtlige informanter på mikro og mesoniveau også nævner.

“Ja, altså det er der. For det første så er det nogle store arrangementer, hvert andet år så holder kommunen en fest for hele, alle ansatte, alle 2000, det er hvert andet år. ... De her koncerter og der er julefrokost og der er julereception og der udflugter (...) om foråret eller om sommeren. (...) Den enkelte forvaltning holder afdelingsdage” (L2 I.209- 214).

Her fremgår det, at der både er fester, julefrokost, julereception samt årlige udflugter for hver forvaltning i kommunen. Dog udtrykker L2 også omkring arrangementerne: *“Selvom det jo ikke er det vigtigste for trivslen eller den mentale sundhed. Man kan jo godt komme til en masse koncerter og have det frygteligt i det daglige arbejde” (L2 I. 186-187).* Herved kan der udledes, at de lejlighedsvis sociale arrangementer ikke kan erstatte det daglige fokus på mental sundhed og trivsel på arbejdspladsen.

En social aktivitet som har en central betydning for de fleste informanter, er kaffepausen, som her udtrykkes af M3:

“Vi vægter højt vores kaffepauser, som nogle gange også kan blive lidt lange. Men ellers så tror at de allerfleste oplever det som sådan noget der også giver energi til de opgaver der skal løses, at vi har det sjovt sammen og at vi griner meget. Vi kan godt lide at være sammen, efter min opfattelse” (M3. l. 55-58)

Her fremgår det, at kaffepausen er et centralt samlingssted, der prioriteres højt af de fleste medarbejdere, idet der her er mulighed for at drøfte personlige oplevelser i en uformel situation, hvilket også komplimenteres af udsagnet af L2:

“Men det er en konsensus. Og jeg har selv den holdning at jeg er fuldstændig ligeglad med, hvor lang frokost nej kaffepausen er. (...) Jeg synes det er meget vigtigt, for en stor del af tiden sidder de faktisk og snakker om arbejde” (L2. l. 200-203)

I dette citat fortæller L2, at de faglige opgaver også bliver fremlagt i kaffepausen. Således udledes, at de daglige pauser hvor alle medarbejdere og ledere er samlet, kan styrke de sociale relationer på arbejdspladsen, idet der er mulighed for at diskutere faglige arbejdsrelaterede såvel som personlige udfordringer, hvilket også kan være med til at styrke sammenholdet på arbejdspladsen. Dette underbygges af citatet fra PL:

“At man for eksempel samles til forskellige ting, Det kan være til morgenmad om fredagen eller andre aktiviteter, at man lærer hinanden at kende på tværs af en afdeling eller en arbejdsplads. ... for eksempel det at de har en strikkeklub efter arbejde eller de har indendørs håndboldkamp. ... Som de jo selv nævner er med til at de trives godt og at de har en hyggelig frokostpause, spiser sammen og at de taler sammen i pauserne og ikke sidder med deres mobil” (PL l. 120-128)

Ud fra dette citat kan de sociale aktiviteter være af forskellig art, som både kan foregå i arbejdstiden såsom morgenmad eller frokost i kantinen til aktiviteter, der foregår uden for arbejdstiden såsom strikkeklub eller håndbold. Derudover fremgår det også af informant M1 og M2 at nogle kolleger mødes udenfor arbejdstiden til fodbold eller hockey (Bilag 7). Det fremgår at de fleste sociale aktiviteter såsom fester, koncerter foregår uden for arbejdstiden. Derfor vurderes det, at Torshavns kommune allerede arrangerer mange sociale aktiviteter, men at det i arbejdstiden nærmest udelukkende er kaffepauserne, der nævnes af meso- og mikroniveau. Således ses der plads til forbedring i forhold til sociale aktiviteter som en del af arbejdsdagen.

PL på makro niveau ser mange konkrete muligheder ved at have fokus på de sociale relationer på arbejdspladsen, PL fortæller:

“Altså hvis man har den her ABC-tankegang, så er der mange muligheder. For eksempel at hvis man tænker på medarbejderniveau (...) altså man hilser på alle for eksempel. At man spiser frokost sammen.

At man ... har tillid til hinanden og kan være åbne overfor hinanden. At man kan vænne sig til sine medarbejder hvis man har et fagligt spørgsmål, at man ved at man kan samarbejde. Det kan også være sådan noget som at man laver nogle ture eller udflugter sammen, altså de der ting som gør at man får nogle gode sociale relationer på arbejdspladsen" (PL. I. 97-103).

Ud fra citatet fremgår det, at de sociale relationer for medarbejdere er vigtige for samarbejdet, tilliden og den gode omgangstone på arbejdspladsen, hvilket har betydning for det psykiske arbejdsmiljø. Desuden kan de sociale relationer styrkes ved at arbejdspladsen prioriterer, at medarbejdere eksempelvis spiser frokost sammen eller tager på udflugter.

Centralt for afsnittet kan der udledes, at de sociale aktiviteter på arbejdspladsen er med til at styrke samarbejdet, tilliden og den gode omgangstone. De sociale aktiviteter kunne være at mødes dagligt og holde en samlet kaffepause, frokostpause eller spise morgenmad sammen en gang om ugen, hvor formålet er at drøfte faglige såvel som personlige oplevelser eller udfordringer. Derudover vil udflugter, fester eller fysisk aktivitet sammen efter arbejde også være med til at styrke de sociale relationer og den mentale sundhed på arbejdspladsen, dog kan de ikke erstatte den daglige kontakt på arbejdspladsen.

5.1.1.5 Gør noget aktivt og meningsfuldt på arbejdspladsen

Ifølge ABC er hovedpunkterne for at opnå god mental sundhed, at gøre noget aktivt, gøre noget sammen og gøre noget meningsfuldt. I interviewene fremgår der forskellige opfattelser af, hvorledes der kan gøres noget aktivt og meningsfuldt på arbejdspladsen. På mesoniveau var der konsensus om at gøre noget aktivt, er forbundet med selve arbejdet. Det fremgår af citaterne af både L1 og L2: *"Ja det gør man i arbejdet"* (L1, I. 223) og *"Ja. Det er også min holdning, at det skal være i arbejdet. Fordi ellers går man ind på folks fritid altså"* (L2, I. 225-226). Både informant L1 og L2 har en klar holdning til at aktiviteten er selve arbejdet og at det foregår på arbejdspladsen frem for i fritiden. Det udledes at ud fra ABC er det den sociale og mentale del, som mesoniveau lægger vægt på i forhold til at gøre noget aktivt. Hvorimod nogle af informanterne på mikroniveau har en anden holdning til, hvad aktivt er, blandt andet mener informant M1, at det er at gøre noget fysisk aktivt: *"Vi sidder med regnskabsafdelingen hvor de har sådan noget. Hver dag i ti minutter tror jeg. Og så har de sådan nogle bånd som de holder i og så laver de sådan noget gymnastik. Men det gør vi ikke. Vi løber kun efter kaffe"* (M1, I. 99-101). Her fremgår det, at der er én afdeling på kommunen, der gør

noget fysisk aktivt sammen i arbejdstiden. Derudover nævner flere informanter på mikroniveau, at der er grupper af kolleger, der mødes og spiller hockey og fodbold i fritiden (Bilag 7). Her fremkommer det fysiske element af ABC's budskab at gøre noget aktivt. En informant på mikroniveau nævner kaffepausen, hvor afdelingen mødes og drikker kaffe og spiser kage sammen samt frokostpausen, som vedkommende forbinder med at gøre noget aktivt (Bilag 7). Her udledes, at ud fra ABC's budskab indgår det sociale element.

Ifølge informant PL på makroniveau foreligger der endnu ikke nogen konkrete aktiviteter til arbejdspladsen, selvom der er efterspørgsel efter det. Dog kommer PL med bud på, hvilke aktiviteter der kunne indgå såsom modtagelse af nye medarbejdere og hvordan disse inddrages i fællesskabet på arbejdspladsen (Bilag 7). Derudover nævner PL også, at aktiviteten kunne være at tage en social aktiv pause væk fra arbejde, hvorefter medarbejderne kommer tilbage til arbejdspladsen og arbejder videre. Herved fremgår det, at der er et behov for at udvikle målrettede aktiviteter, der kan indgå på arbejdspladsen.

Ifølge ABC er det tredje element at gøre noget meningsfuldt, hvorfor der i interviewene er spurgt ind til, hvad informanterne opfatter som værende en meningsfuld aktivitet på arbejdspladsen. De fleste informanter på alle niveauer, opfatter generelt arbejdet som meningsfuldt. En af grundene til at informanterne mener, at det er meningsfuldt er, at de hjælper andre. Dette kommer blandt andet til udtryk i citatet M4: *"Ja for mig føles det som rutineopgaver og det føles måske ikke altid så meningsfuldt for mig personligt, men hvis jeg ikke gør det, så er der noget der ikke fungerer. Så jeg bliver jo nødt til at gøre det så. For én eller anden er det jo meningsfuldt"* (M4, l. 113-115). Informanten opfatter ikke altid sit eget arbejde som meningsfuldt, men idet at andre kolleger er afhængige af, at vedkommendes opgaver bliver løst, føles opgaven som meningsfuld. Herved er det væsentlig, at det er motiverende at udføre arbejdsopgaverne og at det skaber værdi for den enkelte.

Overordnet for afsnittet er der forskellige holdninger til, hvad det betyder at gøre noget aktivt og meningsfuldt på arbejdspladsen. Flere informanter på mikroniveau forbinder det aktive med at være fysisk aktive og en enkelt informant forbinder det med det sociale element i form af fælles pauser på arbejdspladsen. På mesoniveau er der konsensus om, at det er selve arbejdet, der er aktiviteten, og dermed det sociale element. For makroniveau kommer det sociale fokus til udtryk

ved sociale pauser. Dog fremgår det også, at der er behov for udvikling af aktiviteter, der er målrettet arbejdspladser. Der er konsensus blandt informanterne på alle niveauer om, at det er meningsfuldt at udføre arbejdsopgaver. Dette da de finder det meningsfuldt at gøre noget for andre, hvilket arbejdet opfattes som. De fleste opfatter det også som meningsfuldt, når arbejdsopgaven er afhængig af andre og dermed socialt forbundet.

5.1.2 Litteraturstudie

Ifølge MRC er en del af udviklingsfasen at afdække eksisterende evidensgrundlag (Craig et al. 2008), hvilket i indeværende projekt gøres gennem den systematiske litteratursøgning. I dette afsnit præsenteres resultaterne af litteraturstudiet. Formålet med litteraturstudiet er at svare på forskningsspørgsmål to: *Hvilken evidens foreligger der på området omkring interventioner, der fremmer den mentale sundhed på arbejdspladsen via sociale relationer?* Litteraturstudiets resultater anvendes til at afdække evidens indenfor udviklings- og implementeringsfasen i MRC. I det følgende afsnit sammenfattes resultaterne samlet for alle fremfundne studier i en matrix. I det efterfølgende afsnit analyseres de resultater, der er relevante i forhold til videreudviklingen af ABC til Torshavn kommune.

5.1.2.1. Resultatmatrix over studier

På de efterfølgende sider vises de 4 studier, der er udvalgt fra den systematiske litteratursøgning.

Titel: An Examination of Two Positive Organizational Interventions: For Whom Do These Interventions Work?

Forfatter: Winslow, Carolyn J.;Kaplan, Seth A.;Bradley-Geist, Jill C.;Lindsey, Alex P.;Ahmad, Afra S.; Hargrove, Amber K.(Winslow et al. 2017)

Land, årstal USA, 2017

Formål	Design og metode (Ekponering, outcome)	Studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitet og studiets relevans for indeværende projekt
At evaluere effekten af 2 arbejdsplads interventioner der via positiv tænkning forsøger at forbedre den mentale sundhed på arbejdet.	RCT Studiepopulationen deles i 3 grupper. To interventionsgrupper og en kontrolgruppe. Der fordeles intervention alt efter hvilken afdeling man hører til, således at alle i en afdeling er på samme intervention. Spørgeskema tilsendes på mail. Der skal gives baseline oplysninger og svar efter 4 ugers periode. Deltagerne bliver flere gange i ugen påmindet om deres intervention og de skal to gange i perioden sige de fortsat er med. Eksponeering: Positiv psykologi Outcome: well-being (Job-related affective well-Being Scale) og stress (Hendrix) Målt på en Likert skala fra 1-5 (1 uenig 5 meget enig) Selvrapporterede Der indsamles baggrundsdata for at undersøge moderatorer til resultatet.	92 ansatte i en stor Socialtjeneste Alle over 18 år 92,4% af deltagerne var kvinder Gennemsnits arbejdsuge: 42,53 timer (SD=12,28) Gennemsnitsalderen var 46,63 år (SD=12,38) Stilling: 47% arbejder med klienter 30% administrativt arbejde 21,7% ledere	Der er udarbejdet to interventioner. 1: en intervention der bygger på, at medarbejderne via, positiv psykologi, bevidst skal tænke på, hvad der gør dem glade for at gå på arbejde = taknemmelighedsinterventionen 2: En blandet intervention hvor der både benyttes positiv psykologi ved at tænke over, hvad der gør deltageren glad og samtidig forsøge at skabe sociale bånd på arbejdspladsen= blandet metode	Der var ingen signifikante resultater ved direkte sammenligning af de 3 grupper (2 intervention og kontrolgruppe) i forhold til moderatorer viste der sig 3 udfald. 1. mennesker der definerer sig selv som flinke og rare har en statistisk signifikant effekt af intervention 1 og dermed oplever en øgning i mental sundhed. 2: De samvittighedsfulde mennesker oplever et fald i mental sundhed på baggrund af deltagelsen i intervention 1. Dette tolkes som, at disse medarbejder finder det som negativt at de skal udføre disse interventioner og dermed ikke kan passe deres arbejde. 3: At nyansatte medarbejder oplever mindre stress ved deltagelse i intervention 1 og at længden på ansættelsen også havde indflydelse på den mentale sundhed efter deltagelse i intervention 2.	Det er en vigtig information at der kan være forskel på, hvilken personlighed medarbejderne har for om det gør en forskel med sociale relationer på arbejdet. Benyttes både til udvikling og implementering. Måske er det noget af de resultater som denne artikel viser som man skal afprøve i "afprøvningsfasen" Altså hvordan er de medarbejdere der er i den specifikke kontekst. Kvalitet af studie: Kvaliteten vurderes god. Dog vurderes en studiepopulation på 92 deltagere at være lille til brug ved statistiske analyser. Det er ikke helt til at gennemskue, hvem der er i hvilke interventionsgrupper og hvordan dette fordeles.

Titel: What really improves employee health and wellbeing

Forfatter: Dickson-Swift, Virginia; Fox, Christopher; Marshall, Karen; Welch, Nicky; Willis, Jon (Dickson-Swift et al. 2014)

Land, årstal Australien 2014

Formål	Design og metode (Ekponering, outcome)	Studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitet og studiets relevans for indeværende projekt
Informerer politikere om bedst praksis principper og give virkelige eksempler på sundhedsfremme på regionale arbejdspladser. Medarbejder og lederes mening om sundhedsfremme på arbejdspladsen.	Individuelle casestudier, miks metodologi hvor der oprindeligt i undersøgelsen både er statistiske analyser og interview. Denne artikel indeholder kun resultater fra interview. Semistrukturerede interviews med flere niveauer i virksomheden. Arbejdspladserne er valgt ud fra deres sundhedsfremme politik og tilknytning til deres medarbejdere. Den største arbejdsplads der deltog, var en stor offentlig virksomhed. Den anden arbejdsplads er et borgmesterkontor. Den tredje er en privat manufaktur virksomhed. Eksposering er, at virksomheden har fokus på sundhedsfremme på arbejdspladsen og har defineret en personalepolitik omhandlende dette emne.	3 arbejdspladser deltog, i alt 42 deltagere, både medarbejdere og ledere. Det er ikke angivet hvor mange deltagere, der kommer fra de enkelte arbejdspladser. På hver arbejdsplads var der mindst en seniorleder og 3 CEO's. Der blev foretaget interviews med 19 kvinder og 23 mænd.	De 3 virksomheder havde forskellige måder at arbejde med sundhedsfremme på arbejdspladsen. Fælles for alle interventioner var, at organisationen har en selvstændig erklæret forpligtelse til medarbejdernes sundhed og velvære.	Ledelsen havde større fokus på arbejdsmiljø og fysisk sundhed end medarbejderne. Medarbejderne havde størst fokus på mental sundhed. Arbejdskulturer er vigtige for medarbejderne og herunder var nogle af de vigtige punkter for at have et sundhedsfremmende arbejdsmiljø; Respektive personlige forhold, fleksibelt arbejde, understøttende ledelse og god kommunikation. Medarbejdere mener, at de selv kan tage vare på deres fysiske sundhed. Der blev udarbejdet flere lister over, hvad deltagerne fandt vigtigt i forbindelse med sundhedsfremme på arbejdspladsen. Kernen i dette var sociale relationer.	Studiet kan anvendes til at underbygge, hvad der er vigtigt at medtænkte, når der skal udarbejdes sundhedsfremmende indsatser på arbejdspladsen. Kan bruges til at underbygge udviklingen og implementeringen. Kvalitet. Kvaliteten af interview vurderes god. Det er dog ikke gennemskueligt, hvorfor netop disse virksomheder er valgt og hvad deres interventioner præcist går ud på. Andet end at de arbejder med sundhedsfremme og har medarbejderen i fokus.

Titel: A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations

Forfattere: Corbière, Marc; Shen, Jie; Rouleau, Marc; Dewa, Carolyn S. (Corbière et al. 2009)

Land Årstal: Canada 2009

Formål	Design og metode (Ekponering, outcome)	Studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitet og studiets relevans for indeværende projekt
Vurderer litteraturen der har fokus på at forebygge dårlig mental sundhed gennem arbejdsplads interventioner, beskrive psykologiske interventioner, opsummere de væsentligste resultater af interventionerne og identificere hvor der mangler evidens.	Systematisk Review Der blev foretaget systematiske litteratursøgninger på Cochrane, Medline, Embase, Cinahl, PsycInfo. Der blev søgt artikler engelske og franske peer-reviewed artikler udgivet mellem 2001 og 2006. Studierne blev søgt gennem termer: "Mental health problems", "work", "intervention" og "prevention" Tre forskere læste de fundne artikler selvstændigt og mødtes derefter for at diskutere dem.	Medarbejder og ledere fra diverse arbejdspladser (bl.a. kontor-medarbejdere og sundhedspersonale). De inkluderede studier var foretaget Europa: England(3), Holland(3), Norge(2), Danmark(2), Polen(1), Finland(1), Sverige(1). Dertil var der også studier fra USA(5), Canada(2), Australia(1), Japan(1), Hong Kong(1) og India (1).	Diverse psykologiske interventioner	24 studier blev identificeret. Der blev identificeret 12 typer af interventioner. Dem der var mest almindelige var psykosocial interventions træning, Kognitiv adfærds intervention og deltagende organisatorisk intervention. Disse interventioner udgjorde ca. 50% af alle interventionerne. De øvrige interventioner bestod af ledelsesmæssige forbedrings programmer, afslapningsteknikker og øvelser, og stresshåndtering. Interventionerne bestod af mange forskellige komponenter, men dem der blev oftest brugt var kommunikationsfærdigheder og sociale færdigheder, psykosocialt arbejdsmiljø og håndteringsstrategier. En tredjedel af studierne medtænkte tre niveauer (individuelt, gruppe og organisation) og primært indeholdt disse studier et socialt aspekt. Disse interventioner havde signifikant positiv indflydelse på mental sundhed	Studiet kan anvendes til at give indblik i hvilke psykologiske interventioner, der søger at fremme mental sundhed på arbejdspladsen og som er mest udbredt og har en positiv effekt på den mentale sundhed. Benyttes kun til projektets udviklingsdel. Kvalitet: God kvalitet. Den specifikke kontekst er ikke angivet i alle studier, men alle studier omhandler en arbejdsplads. De inkluderede studier havde en overvægt af kvinder. Resultatafsnittet beskriver ikke fyldestgørende, hvilke interventioner har statistisk signifikante resultater, det må læseren selv finde frem til gennem artiklens tabeller

Titel: A Web-Based Mindfulness Stress Management Program in a Corporate Call Center

Forfattere: Allexandre, Didier; Bernstein, Adam M.; Walker, Esteban; Hunter, Jennifer; Roizen, Michael F.; Morledge, Thomas J.(Allexandre et al. 2016)

Land og årstal: USA, 2016

Formål	Design og metode (Ekponering, outcome)	Studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitet og studiets relevans for indeværende projekt
At undersøge effekten af et webbaseret mindfulness stress management program (WSM) og hvilken effekt programmet har, når programmet suppleres med støtte fra medarbejderne.	RCT Deltagerne svarede et online spørgeskema ved baseline. Interventionen varede i 8 uger. Ved 8 uger, 16 uger og 1 år, svarede deltagerne på et spørgeskema. Ved 8 uger svarede deltagerne desuden på et kvalitativt og kvantitativ feedback spørgeskema. Eksponeering: WSM og social støtte Outcome: Psykologisk og følelsesmæssig well-being blev målt gennem SF-36	161 medarbejdere i et stort virksomheds call center, med forskellige arbejdsopgaver (bl.a. gældsindsamling og kundeservice). Mean alder var 40. 83% kvinder. 75% fuldtidsansatte	Interventionen var et webbaseret mindfulness meditationsprogram (WSM), hvor deltagerne gennem audio fik et nyt tema indenfor mindfulness hver uge og dertilhørende meditationsøvelser i en periode på 8 uger. Deltagerne har adgang til programmet gennem nettet, men de får også en CD, hvis de ønsker det. Deltagerne kan lytte til programmet enten hjemme eller på arbejdet. Deltagerne blev ud fra et baseline spørgeskema randomiseret til 3 interventionsgrupper og en kontrolgruppe: 1. WSM: Adgang til et 8 ugers interaktivt online Mindfulness Program (WSM), som bygger på mindfulness meditation. 2. WSMg1: Adgang til WSM samt støtte fra andre medarbejdere 3. WSMg2: Adgang til WSM og støtte fra andre medarbejdere samt støtte fra en ekspert 4. Kontrolgruppe som kun svarede spørgeskemaer og først fik adgang til WSM ved uge 16	Alle 3 interventionsgrupper havde forbedringer i alle målte outcomes fra baseline til 8 uger. Forbedringen var dog større for dem der modtog social støtte. Kun MSWg1 vedligeholdte forbedringer i well-being efter 1 år. Der var ingen forskel mellem WSMg1 og WSMg2 kun ved emotionel role functioning hvor der var en større forbedring for WSMg1 70 % af alle deltagerne ville gerne have øvet mere. Grunden til at de ikke gjorde det var primært pga. manglende tid. De grupper der modtog støtte fra medarbejdere, var mere tilfredse med programmet end dem, der kun havde adgang til programmet (WSM). Dertil var de mere motiverede til at deltage og diskussionerne i grupper gav en større forståelse for programmet. De følte, at de modtog følelsesmæssig støtte fra gruppen gennem at dele hinandens livs- eller arbejdsudfordringer og på den måde komme til den realisering, at de ikke er de eneste der står over for lignende udfordringer. Dertil følte nogle medarbejdere, at det var givende at høre, hvordan andre håndterer udfordringerne.	Kan anvendes til inspiration til projektets udviklingsdel og implementering del. Der ses at det er en fordel at udføre mindfulness meditation sammen med sine medarbejdere frem for at gøre det alene Kvaliteten vurderes god

5.1.2.2 Kvalitetsvurdering og overførbarhed

I dette afsnit redegøres der for de udvalgte studiers kvalitet samt deres overførbarhed til projektets case. Studierne er kvalitetsvurderet ud fra tjeklister udviklet til formålet. De udfyldte tjeklister kan ses i bilag 9.

Litteraturstudiet baseres på de fire studier, som blev fundet gennem den systematiske litteratursøgning. Der er et systematisk review (Corbière et al. 2009), et kvalitativt studie (Dickson-Swift et al. 2014) og to randomiserede kontrollerede studier (RCT) (Winslow et al. 2017; Allexandre et al. 2016). RCT-studier har et design, der ligger højt på evidens skalaen på grund af randomiseringen og dets evne til at estimere kausalitet. Det er af stor betydning for RCT studiers validitet, at deres design og metoder er beskrevet nøje (Kirkwood & Sterne 2003). I kvalitetsvurderingen af RCT-studier kan CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) tjeklisten anvendes (Kirkwood & Sterne 2003), hvorfor denne ligger til grund for kvalitetsvurdering af de to udvalgte RCT-studier. Begge studierne indsamler data gennem spørgeskemaer, hvor måling af mental sundhed bliver foretaget ved brug af validerede spørgeskemaer (Winslow et al. 2017; Allexandre et al. 2016), hvilket er med til at styrke studiernes validitet (Juul 2013). Studierne anvender dog ikke de samme spørgeskemaer til at måle mental sundhed. Allexandre et al (2016) anvender SF-36 til at måle mental sundhed, mens Winslow et al. (2017) anvender Job-Related-Affective Well-Being Scale. Resultaterne kan derfor ikke sammenlignes på tværs på grund af forskellige målemetoder. Begge studier viser dog en signifikant effekt af interventionen indeholdende de sociale relationer.

Antallet af deltagere i Winslow et al. (2014) og Allexandre et al. (2009) udgør henholdsvis 92 og 161 deltagere. Studiepopulationer skal gerne indeholde mindst 5% af den samlede population (Juul 2013), hvilket er tilfældet for begge ovenfor nævnte studier. Derfor vurderes det, at studiepopulationen er en passende størrelse. Der kan være muligheder for type 1 eller type 2 fejl ved små studiepopulationer (Juul 2013), så selvom studiepopulationen er over 5% vurderes det, at der alligevel er mulighed for type 1 eller 2 fejl. Dette skyldes, at 92 og 161 personer ikke er mange personer at udarbejde statistiske analyser på, især når de i analyserne er opdelt i 2 eller flere grupper. De statistisk set små studiepopulationer kan derfor give en øget usikkerhed i forhold til resultaterne.

De udvalgte studier foregår i USA (Winslow et al. 2017; Allexandre et al. 2016) og Australien (Dickson-Swift et al. 2014), mens det systematiske review indeholder studier fra hele verden, dog med en overvægt af studier fra Europa som blandt andet Danmark, Norge og England (Corbière et al. 2009). Alle de inkluderede studier foregår således i højindkomstlande, hvorfor de vurderes sammenlignelige med Færøerne.

Projektets målgruppe er medarbejdere mellem 25-34 år. Som beskrevet i metodeafsnittet (afsnit 4.2.1.2), er der valgt ikke at begrænse litteratursøgningen til udelukkende at indeholde denne aldersgruppe. Mean alder i de inkluderede studier ligger fra 40 (Allexandre et al. 2016) til 46 år (Winslow et al. 2017), mens Dickerson-Swift et al. (2014) og Corbière et al (2009) ikke angiver mean alder, men studiepopulationerne er i den arbejdsdygtige alder. Alderen i de inkluderede studier har således en studiepopulation med højere alder end den aldersgruppe, som gennem projektets problemanalyse er påvist, som den med den dårligste mentale sundhed. Studiepopulationen i studierne er dog alle i den arbejdsdygtige alder og er på en arbejdsplads. Studierne vurderes derfor at kunne bidrage med viden om sundhedsfremmende interventioner på en arbejdsplads, som inddrager sociale relationer.

Det har vist sig at være svært at finde studier, som foregår på arbejdspladser, der var sammenlignelige med projektets case. Allexandre et al. (2016) har en studiepopulation, der arbejder på et call center, hvor deres oplevede stress niveau er højt sammenlignet med andre arbejdspladser. Dette vurderes derfor sammenligneligt med Torshavn kommune, da flere af informanterne beskriver, at de på arbejdspladsen er presset (Bilag 7). Derudover er der en overvægt af kvinder i studiet (83%) (Allexandre et al. 2016). Det samme gælder Winslow et al. (2014), som har en studiepopulation, der består af 92% kvinder. Studiernes overvægt af kvinder påvirker studiernes overførbare til andre kontekster. Projektets case indeholder derimod også en overvægt af kvindelige informanter, hvorfor studierne vurderes overførbare til projektets case.

Det kvalitative studie af Dickson-Swift et al. (2014) er kritisk vurderet ud fra COREQ tjeklisten. Det inkluderer 3 arbejdspladser, der har fokus på sundhedsfremme. Det fremgår ikke tydeligt, hvad der har været kriteriet for, at netop disse tre arbejdspladser er medtaget i studiet, hvilket påvirker studiets transparens. Dette kan have betydning for overførbareheden, da det ikke er muligt at afgøre,

hvorvidt arbejdspladsernes sundhedspolitik er overførbart til andre kontekster. Der er 42 deltagere i interviewene og arbejdspladserne indbefatter både store og små virksomheder.

I modsætning til de andre inkluderede studier er fordelingen af mænd og kvinder er lige stor i studiet af Dickson-Swift et al. (2014), hvilket vurderes som en styrke i forhold til studiets kvalitet

Det udvalgte systematiske review af Corbière et al. (2009) og er kvalitetsvurderet med PRISMA tjeklisten. Dette review inkluderer 28 studier, der alle har en intervention, der søger at fremme den mentale sundhed. Disse interventioner foregår på forskellige typer arbejdspladser, men generelt har inddragelsen af sociale relationer en signifikant positiv indflydelse på medarbejdernes mentale sundhed uanset arbejdsplads. Det, at de inkluderede studier i reviewet indeholder mange forskellige arbejdspladser, kan øge overførbareheden af resultaterne til projektets kontekst, da reviewet viser at interventioner, der indeholder sociale relationer, har en positiv indflydelse på mental sundhed på tværs af de forskellige arbejdspladser.

Overordnet set vurderes de inkluderede studiers kvalitet god med nogle svagheder. Denne vurdering bygger på anvendelsen af tjeklister til de tre forskellige typer design. Generelt er der for alle de inkluderede studier en god beskrivelse af metode og der ses konsistens mellem design, data og resultater.

5.1.2.3 Analyse af litteraturstudie

I følgende afsnit analyseres resultaterne fra projektets litteraturstudie. I projektets udviklingsfase anvendes den systematiske litteratursøgnings udvalgte studier til at udlede hvilke elementer i de beskrevne interventioner, der bedst kan fremme den mentale sundhed på en arbejdsplads, samt hvilke muligheder og begrænsninger der skal tages hensyn til i det sundhedsfremmende arbejde.

Socialt element i sundhedsfremmende interventioner rettet mod mental sundhed

I projektets problemanalyse samt litteraturstudie bliver der ligeledes fundet evidens for at interventioner, som indeholder elementer af sociale relationer, har en positiv indflydelse på medarbejdernes mentale sundhed (Dickson-Swift et al. 2014; Corbière et al. 2009; Allexandre et al. 2016). Dickson-Swift et al. (2014) påviser, at der er flere elementer, der påvirker mental sundhed på arbejdspladsen

i en positiv retning, men kernen er sociale relationer. Sociale relationer ses således som et vigtigt element at medtænke i udviklingen af en sundhedsfremmende intervention. Der er forskellige måder, hvorpå sociale relationer kan inddrages i en intervention (Corbière et al. 2009; Allexandre et al. 2016). De sociale relationer kan for eksempel anvendes som støtte i forhold til udførelsen af en bestemt aktivitet, som det ses i forhold til et mindfulness meditationsprogram (Allexandre et al. 2016). Allexandre et al. (2016) påviser en positiv effekt på mental sundhed ved implementering af et 8 ugers mindfulness meditations program. Denne effekt ses både for dem, der deltog selvstændigt i programmet og dem, der deltog i programmet med støtte fra deres medarbejdere i form af møder på én time én gang om ugen, så længe programmet varede. Dog var der større effekt for dem, der deltog i grupper og den positive effekt var også vedvarende efter et år (Allexandre et al. 2016). Der ses således en fordel ved at tilføje et socialt element til en intervention. Ligeledes påviser Corbière et al. (2009), at interventioner, der indeholder et socialt element, ofte har en statistisk signifikant positiv indflydelse på medarbejderes mentale sundhed både på offentlige arbejdspladser, men også andre arbejdspladser. De studier, der ikke viser en signifikant indvirkning på den mentale sundhed, har generelt andre svagheder, der ikke skyldes inddragelsen af sociale relationer (Corbière et al. 2009).

Ifølge Allexandre et al. (2009) er det sociale element med til at motivere medarbejderne til at deltage i mindfulness programmet og diskussionerne i grupper giver en større forståelse for programmet (Allexandre et al. 2016). Deltagerne følte, at de fik følelsesmæssig støtte fra gruppen ved at dele hinandens livs- eller arbejdsudfordringer og på den måde komme til den realisering, at de ikke er de eneste, der står over for lignende udfordringer. Dertil følte nogle medarbejdere, at det var givende at høre, hvordan andre håndterer udfordringerne (Allexandre et al. 2016). Medarbejderne er således med til at støtte hinanden i at opnå bedre mental sundhed. Ovenstående støttes af studiet af Dickson-Swift et al. (2014), hvori medarbejderne mener, at de bedste sundhedsfremmende interventioner blandt andet er lette at deltage i, foregår i arbejdstiden, er gratis for medarbejderne samt at de giver mulighed for socialisering.

Ifølge Winslow et al. (2017), er der 3 forhold, der kan fungere som moderatorer, og som påvirker effekten af forbedring af den mentale sundhed, hvilket er ansættelseslængde, hvorvidt man anser sig selv som flink og om man er samvittighedsfuld. Studiet af viser, at hvis det er en nyansat medarbejder, har de sociale relationer en signifikant indflydelse på den mentale sundhed, hvorimod der

for de medarbejdere, der har været ansat i mange år, ikke kan påvises en signifikant virkning af de sociale relationer på den mentale sundhed. Studiets intervention handler om at fremme de sociale relationer ved at opsøge social kontakt på jobbet via ansigt til ansigt kontakt fremfor blot at skrive e-mails til hinanden (Winslow et al. 2017). Den manglende signifikante effekt hos dem, der har været ansat længe skyldes, at de allerede har nogle gode sociale relationer, fordi de gennem en lang ansættelsesperiode har opbygget nogle gode sociale relationer. Dette taler for, at en intervention med inddragelse af sociale relationer især kan være til gavn for dem, der er nye på arbejdspladsen. Det kan være med til at hjælpe de nyansatte til at skabe et socialt netværk på arbejdspladsen.

Muligheder og begrænsninger

Corbière et al. (2009) påviser, at flere interventioner, der har fokus på at udvikle en konkret intervention, medinddrager medarbejdernes perspektiv. Medarbejderne inddeles i grupper, der gennem diskussioner finder frem til, hvor der er plads til forbedringer på arbejdspladsen, som kan føre til en øget mental sundhed hos medarbejderne. Herefter kommer de med forslag til, hvordan denne forbedring bedst kan forekomme. I en af de interventioner, hvor medinddragelse af medarbejdernes perspektiv ikke viste en signifikant effekt på mental sundhed, gav medarbejderne blandt andet udtryk for, at de følte det som en pligt at deltage i møderne fremfor en mulighed (Corbière et al. 2009). I en anden intervention udgør hjemmearbejde en del af interventionen (Corbière et al. 2009), hvilket går ud over medarbejdernes privatliv og derfor er det en ekstra byrde. Ydermere viste Winslow et al. (2017), at medarbejdernes personlighed har indflydelse på, hvorvidt de oplever en signifikant bedre mental sundhed i forbindelse med interventioner, der indeholder et element af sociale relationer. De medarbejdere, der har en stor samvittighed omkring det faglige arbejde, får en signifikant dårligere mental sundhed ved indførelsen af interventionen. Winslow et al. (2017) er et RCT studie og kan derfor kun sige noget om årsagssammenhæng og ikke, hvad denne sammenhæng skyldes. Det vurderes dog i studiet, at det muligvis kan skyldes, at de samvittighedsfulde medarbejdere føler, at de ikke kan udføre deres arbejde tilstrækkeligt, da interventionen optager tid, som de ellers ville bruge til deres arbejdsopgaver. Det er således nødvendigt at tage hensyn til det arbejdspress der er på arbejdspladsen, når der skal sættes tid af til en intervention. Hvis der ikke tages hensyn til arbejdspress, kan der opstå en utilsigtet konsekvens ved, at medarbejderne føler et øget pres ved deltagelse i interventionen og dermed kan deres mentale sundhed forværres.

Derved kan det udledes, at obligatoriske interventioner ikke nødvendigvis har den ønskede effekt, hvorfor der i udviklingen skal overvejes, hvordan interventionen skal præsenteres til medarbejderne. Hvis medarbejderne føler at deltagelse i interventionen er frivillig, så vil kun dem, som føler, at de får noget ud af at deltage, møde op. Det er således en grundlæggende forudsætning, at gevinsterne af at deltage i interventionen fremstår tydeligt for den enkelte medarbejder, således at medarbejderen kan se en mening i at deltage i interventionen. Her ses, at kommunikation er afgørende. Kommunikation er i fokus i mange sundhedsfremmende interventioner, som har en positiv indflydelse på mental sundhed (Corbière et al. 2009) og er påpeget som en vigtig komponent for at skabe en god arbejdskultur i forhold til sundhedsfremmende interventioner (Dickson-Swift et al. 2014). Derfor skal der i udviklingen af en intervention også tages hensyn til, hvordan der kommunikeres.

Det systematiske review (Corbière et al. 2009) viser, at der er flere forskellige slags interventioner, der har en signifikant positiv indflydelse på medarbejdernes mentale sundhed. Det ses generelt at inddragelse af medarbejdernes synspunkter i forhold til, hvilke ændringer der skal implementeres, har en positiv indflydelse på den mentale sundhed. Konkrete forslag til interventioner vil derfor have gode muligheder for en positiv effekt på den mentale sundhed, hvis medarbejdernes perspektiv bliver medinddraget. Der lægges op til, at medarbejderne selv kan komme med konkrete forslag til aktiviteter og ændringer, der kan indføres på arbejdspladsen med henblik på at fremme deres mentale sundhed.

Sammenfattende for resultaterne af litteraturstudiet ses, at der er stærk evidens for, at sociale relationer er et vigtigt element i sundhedsfremmende interventioner, der søger at fremme medarbejders mentale sundhed. Det sociale element kan inddrages i interventioner på flere forskellige måder blandt andet ved at udføre aktiviteter såsom mindfulness meditation eller positiv psykologi i grupper, hvor de sociale relationer kan fungere som støtte for medarbejderne. Samtidig ses det at de sociale relationer på arbejdspladsen kan være med til at motivere medarbejderne til at deltage i interventioner. For at sikre den bedste effekt af en intervention, der søger at fremme mental sundhed, ses det som en fordel at interventionen foregår i arbejdstiden, er gratis for medarbejderne og er frivillig. Interventionen må ikke tilføje pres på en allerede presset arbejdsplads. Dertil er det også vigtigt at tage hensyn til at medarbejderne har forskellige personligheder og derfor forskellige behov. Især de ansatte med den korteste anciennitet på arbejdspladsen har gavn af interventioner der

inddrager et socialt element på arbejdspladsen. En grundlæggende forudsætning for en god intervention er medarbejderinddragelse. Det er en fordel at inddrage medarbejderne i udviklingen af interventionen, da det giver mulighed for at tilpasse interventionen deres behov og præferencer. I denne forbindelse ses det også at god kommunikation er en forudsætning, da budskaber skal formidles, således at medarbejderne opnår en forståelse for, hvad interventionens formål er.

5.2 Diskussion af resultaterne knyttet til videreudviklingen af ABC

I dette afsnit diskuteres de elementer, der er fremkommet i analysen af det kvalitative studie og litteraturstudiet. Dertil anvendes Berkman et al.s (2000) konceptuelle model, der er beskrevet i metodeafsnittet (afsnit 4.2.1.1). Indholdet i de forskellige afsnit er ikke udelukkede det, der er indgået under samme overskrift i analysen, da kategorierne overlapper hinanden.

Når der i projektets analyse henvises til makroniveau, er det projektlederen for ABC, som arbejder i Rådet for Folkesundhed, der repræsenterer det niveau. Vedkommende vurderes at repræsentere makroniveau i forhold til lederne i Torshavn kommune (mesoniveau) og medarbejderne ansat i Torshavn kommune (mikroniveau), når det omhandler udvikling og implementering af ABC. Rådet for Folkesundhed har det overordnede ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme på Færøerne og er den instans, der beslutter, hvor mange ressourcer, der bruges til ABC (Fólkaheilsuráðið 2018a). Rådet for Folkesundhed er dog underlagt et politisk system, der afgør hvor mange ressourcer, Rådet for Folkesundhed modtager. Berkman et al.s (2000) konceptuelle model om sociale relationer rummer også et makroniveau. Her udgøres makroniveauet blandt andet af politik og kultur (Berkman et al. 2000), hvilket rummer det politiske system. Men det kan også udledes at rumme Rådet for Folkesundhed, da mesoniveau i Berkman et al.s (2000) konceptuelle model udgør struktur og karakteristika af sociale relationer og ikke overordnede instanser som Rådet for Folkesundhed. Som det også illustreres i projektets problemanalyse i Figur 1 rummer makroniveau flere instanser. Det skal dog understreges, at når der i projektets analyse og diskussion henvises til makroniveau, henvises der til det, som ses som makroniveau i projektets case, nemlig Rådet for Folkesundhed.

5.2.1 Forståelse af mental sundhed

Projektets kvalitative studie viser, at der stort set er en ens opfattelse af, hvad mental sundhed er på tværs af niveauerne (makro-, meso og mikroniveau). Dog ses en forskel i, hvilke termer der anvendes om mental sundhed på de forskellige niveauer (Bilag 7). Dette kan give anledning til forvirring, da der i kommunikationen mellem niveauerne er risiko for, at der tales forbi hinanden, og at budskaber derfor ikke vil fremstå tydeligt for alle niveauerne.

Både det kvalitative studie (Bilag 7) og litteraturstudiet (Dickson-Swift et al. 2014; Corbière et al. 2009) viser, at god kommunikation er en forudsætning for, at en sundhedsfremmende intervention rettet mod mental sundhed bliver en succes. Hvis medarbejderne (mikroniveau) ikke forstår, hvad der menes, når der fra de øvrige niveauer (meso- og makroniveau) informeres om, at den mentale sundhed på arbejdspladsen skal forbedres, kan det blive en begrænsning for effekten af ABC. Det taler for, at der allerede før interventionen implementeres, er en dialog mellem niveauerne således, at der på den måde kan opnås fælles sprog og bevidstliggørelse af, hvad mental sundhed er, og hvad der kan gøres for at forbedre den. I forlængelse heraf må betydningen af de sociale relationer også introduceres. Litteraturstudiet viser, at der er evidens for, at inddragelse af sociale relationer i interventioner har en signifikant effekt på medarbejders mentale sundhed (Dickson-Swift et al. 2014; Corbière et al. 2009; Winslow et al. 2017; Allexandre et al. 2016). Derfor er det vigtigt, at betydningen og gevinster ved deltagelse i sociale aktiviteter formidles til medarbejderne, for på den måde at give medarbejderne motivation for at deltage i aktiviteterne.

Den bedste faglige viden om ABC er hos projektlederen i Rådet for Folkesundhed (makroniveau). Sådan som ABC har foregået indtil nu, er det projektlederen (makroniveau), der har undervist i ABC budskaberne hos de forskellige samarbejdspartnerne (Bilag 7). Det vil sige, at det indtil videre er makroniveau, der har undervist de øvrige niveauer (meso- og mikroniveau). Dette har været muligt i opstartsfasen af ABC, men det vurderes ikke som en holdbar løsning på lang sigt. Med et stigende antal samarbejdspartnere i ABC og kun en projektleder i Rådet for Folkesundhed til at arbejde med ABC, vurderes det på sigt ikke realistisk, at makroniveau vil kunne foretage undervisningen for mikroniveau, men snarere fungere som støtte for mesoniveau i deres udvikling og implementering af ABC-interventioner. Således vil det være mesoniveau (lederne), der skal formidle eller skal udvælge nogen, der skal formidle ABC budskaberne til mikroniveau (medarbejderne). Dette kan for eksempel

ske gennem undervisning, der med fordel kan være i starten af et medarbejdermøde for på den måde at sikre, at alle medarbejdere modtager den samme information. Dette vil dog kræve, at mesoniveau modtager en form for undervisning eller tilegner sig viden for at være i stand til at udføre denne opgave.

5.2.2 Sociale relationers betydning for medarbejdernes mentale sundhed

Det fremgår både i projektets analyser af det kvalitative studie (Bilag 7) og af litteraturstudiet (Corbière et al. 2009; Allexandre et al. 2016; Dickson-Swift et al. 2014), at der er evidens for at interventioner, der har elementer af sociale relationer, har en positiv indflydelse på medarbejdernes mentale sundhed. De sociale relationer kan eksempelvis fungere som støtte i forhold til at udføre en bestemt aktivitet (Allexandre et al. 2016). Ifølge Berkman et al.s (2000) konceptuelle model (Figur 6) er social støtte en mekanisme på mikroniveau som påvirker individets sundhedsadfærd. Dermed kan støtte fra ens kollegaer medføre at medarbejderne vælger anderledes end de ville have gjort, hvis de ikke havde støtte fra deres kollegaer. Den sociale støtte kan således øge om medarbejdernes motivation til at deltage i interventioner. Dermed fremgår det, at for at nå målet om bedre mental sundhed, er det væsentligt at prioritere tid til at fremme den sociale støtte i en intervention, der foregår på arbejdspladsen.

Betydningen af de sociale relationer kommer også til udtryk i det kvalitative studie, hvor det fremgår på alle niveauer, at de sociale relationer medfører motivation, trivsel og arbejdsglæde (Bilag 7). Dog er der forskellige opfattelser af, hvor højt de sociale relationer vægtes i forhold til det faglige og det personlige aspekt. Derved kan der være forskellige behov for social støtte, som ifølge Berkman et al. (2000) overordnet kan opdeles i følelsesmæssige støtte, praktisk støtte, informativ støtte eller støtte til beslutninger. I forhold til informanterne på mikroniveau, ses det, at det for nogle er faglig støtte i form af praktisk hjælp til at løse arbejdsopgaver eller faglig sparring i forhold til at tage beslutninger, der er behov for. For andre er det den følelsesmæssige støtte og nære relation, der har størst betydning, hvorfor det fremgår, at medarbejderne er forskellige og har forskellige behov. Hvis ikke medarbejdernes forskellige behov imødekommes kan der fremkomme utilsigtede konsekvenser i form af, at nogle medarbejdere ekskluderes af fællesskabet, hvorved der er risiko for, at de opnår mistrivsel, manglende motivation og arbejdsglæde.

Studiet af Winslow et al. (2017) viser, at der er 3 moderatorer, som påvirker effekten af den mentale sundhed, hvilket er: anciennitets længde, hvorledes en medarbejder anser sig selv som værende flink og samvittighedsfuld. Studiet viser kun en signifikant effekt på den mentale sundhed for de nyansatte medarbejdere (Winslow et al. 2017). Det ses således at interventioner kan have forskellig effekt for forskellige individer Derfor er det vigtigt, at interventionen tilpasses, således at der tages højde for medarbejdernes forskellighed.

Lederne (mesoniveau) i det kvalitative studie giver udtryk for at det er vigtigt at have fokus på gode sociale relationer, idet disse kan virke støttende medarbejderne, således at de bedre er i stand til at håndtere det høje arbejdspress (Bilag 7). Ved at lederne på mesoniveau har fokus på det sociale netværk og styrker båndene mellem medarbejderne (mikroniveau), kan det have indflydelse på både at forbedre arbejdsmiljøet og arbejdskulturen på arbejdspladsen. Dermed kan den enkelte medarbejders sociale engagement føre til en bedre mental sundhed. Men for at dette kan lykkes, er det væsentligt, at der er en god atmosfære på arbejdspladsen, hvor der er mulighed for at vende personlige såvel som faglige udfordringer.

5.2.3 Medarbejderinddragelse og aktiviteter

Litteraturstudiet viser, at det er en fordel at medinddrage medarbejderne i udviklingen af en intervention, der søger at fremme mental sundhed på arbejdspladsen (Corbière et al. 2009; Dickson-Swift 2014). Ved at tage udgangspunkt i medarbejdernes holdninger til, hvad der kan fremme deres egen mentale sundhed, er det muligt at tilrettelægge ABC i tråd med deres behov og ønsker. I det systematiske review af Corbière et al. (2016) fremhæves flere studier, hvor interventionerne foregår således, at medarbejderne enten fælles eller i små grupper diskuterer forandringsmuligheder. På den måde er det medarbejderne selv, der kommer med forslag til, hvad interventionen helt konkret skal indeholde og således er medarbejderne med i udviklingen af interventionen. Denne holdning til at medarbejderne skal medinddrages understøttes af det kvalitative studie, hvor flere medarbejdere giver udtryk for, at når der skal ske ændringer på arbejdspladsen, skal medarbejderne tages med på råd (Bilag 7). Derfor vil de første aktiviteter i ABC være at holde et møde, hvor medarbejderne bevidstliggøres om budskabet bag ABC, som beskrevet i afsnittet om forståelse af mental sundhed (afsnit 5.1.1.1), for derefter at diskutere, hvordan den mentale sundhed på arbejdspladsen

kan fremmes. Derefter skal der nedsættes et udvalg af medarbejdere og eventuelt en leder, der kan arbejde videre med udviklingen af aktiviteterne og ABC.

I Torshavn kommune er det to ledere, der står for samarbejdet mellem kommunen og Rådet for Folkesundhed. Her er der også en mulighed i at inddrage medarbejdernes perspektiv, ved at en medarbejder sammen med en leder har kontakt til Rådet for Folkesundhed (makroniveau). På den måde sikres at medarbejdernes perspektiv inddrages allerede fra starten af arbejdet med implementering af ABC på arbejdspladsen.

Informanterne i det kvalitative studie nævner flere forskellige aktiviteter, som de mener, kan gavne deres mentale sundhed. Der er enighed på tværs af niveauerne om, at kaffepauserne er en vigtig del af hverdagen. Den skaber gode sociale relationer og en god stemning på arbejdspladsen (Bilag 7). Kaffepauser giver medarbejderne mulighed for at være sammen med hinanden i et forum, hvor stemningen er lidt mere afslappet og der kan snakkes om andet end det faglige. Herved kommer medarbejderne hinanden mere ved, da der også er fokus på det personlige, og ifølge informanterne (mikroniveau) er dette med til at styrke samarbejdet, tillid og den gode omgangstone (Bilag 7). Derudover nævnes følgende aktiviteter: fælles frokost eller morgenmad, udflugter, spille hockey og fester. En informant på mikroniveau nævner, at der kan holdes pauser, hvor der i stedet for at drikke kaffe udføres nogle fysiske aktiviteter (Bilag 7). Her vil de fysiske rammer være afgørende for, hvilken fysisk aktivitet der kan udføres. Informanten nævner, at der er en afdeling der træner med elastikker, hvilket informanten synes er en god ide (Bilag 7). Der ses således, at der er nogle medarbejdere, der holder aktive pauser. Det ville være en fordel, hvis de gode erfaringer som medarbejderne gør sig deles med medarbejdere på andre afdelinger. Derfor vil et møde på tværs af afdelinger være en styrke, når medarbejderne skal diskutere ABC, da der på den måde vil være mulighed for vidensdeling.

Ifølge Berkman et al. (2000) påvirker de sociale relationer en persons sundhedsadfærd. Derfor vil de sociale relationer på ens arbejdsplads kunne være en støtte til deltagelse i aktiviteter, der fremmer den mentale sundhed. Det kvalitative studie viser, at der er mange forskellige aktiviteter, der kan indføres på arbejdsplads, som kan forbedre den mentale sundhed (Bilag 7). Ved at tilføje et element af sociale relationer oplever medarbejderne støtte i udførelsen af aktiviteten (Allexandre et al. 2016; Corbière et al. 2009) og det giver medarbejderne mulighed for at snakke om emner, der

har med mental sundhed at gøre og lære af hinandens måder at håndtere pres i arbejdsdagen. Dertil kan det sociale element også være med til at motivere medarbejderne til at deltage i aktiviteten (Allexandre et al. 2016).

Det vurderes derfor ikke, at det er selve aktiviteten, der er det vigtigste i udviklingsprocessen af interventionen, da det kan være forskelligt fra arbejdsplads til arbejdsplads, hvilke aktiviteter der er opbakning og stemning for blandt medarbejderne. Det, der især har indflydelse på den mentale sundhed, er at aktiviteterne udføres i fællesskab. På den måde kan der opnås positive gevinster både af den konkrete aktivitet, og af de sociale relationer.

Aktiviteter, som implementeres på arbejdspladsen med henblik på at fremme den mentale sundhed, skal foregå i arbejdstiden. Dette synspunkt, findes både i litteraturstudiet (Corbière et al. 2009; Dickson-Swift 2014) og i det kvalitative studie. Nogle af de aktiviteter, der foreslås af informanterne i det kvalitative studie, ligger dog udenfor arbejdstid, hvilket er modsætningsfyldt (Bilag 7). Aktiviteter uden for arbejdstiden kan være med til at styrke sammenholdet mellem medarbejderne, men den daglige kontakt på arbejdspladsen er af særlig stor betydning. Det er ikke alle medarbejdere, der regelmæssigt deltager i sociale aktiviteter med deres kollegaer uden for arbejdstiden (Bilag 7), hvilket kan gøre, at de medarbejdere der prioriterer at bruge tid sammen med deres kolleger efter arbejdstid, kan få et bedre sammenhold end dem, der ikke prioriterer dette, hvilket kan påvirke effekten af ABC. Lederne (mesoniveau) angiver, at de ønsker, at aktiviteter i forbindelse med ABC skal foregå i arbejdstiden, for ikke at tage tid fra medarbejdernes fritid. Ifølge Dickson-Swift et al. (2014) mener medarbejdere, at det er mest hensigtsmæssigt, at interventioner foregår i arbejdstiden. Dertil skal aktiviteterne være gratis (Dickson-Swift et al. 2014) og frivillige (Corbière et al. 2009; Dickson-Swift et al. 2014) for medarbejderne. Interventioner, som medfører at medarbejderne får hjemmearbejde eller at de føler det som en pligt at deltage, viser ikke en forbedring af den mentale sundhed (Corbière et al. 2009), hvorfor deltagelse i ABC skal være et tilbud og ikke et krav til medarbejderne.

5.2.3.1 Sammenhæng mellem familie og arbejdsliv

Ifølge Berkman et al. (2000) er det de nære sociale relationer, der har den største betydning i forhold til personers sundhed. Dog er det forskelligt fra person til person, hvilke sociale relationer har den

største betydning. Samtidigt afhænger det også af, hvilket livsstadie personen er i, hvilke sociale relationer der yder den bedste støtte (Berkman et al. 2000). Således kan hele en persons sociale netværk have indflydelse på personens sundhed. Informanterne på mikro- og mesoniveau i det kvalitative studie påpeger, at balancen mellem familie- og arbejdsliv har stor betydning i forhold til deres mentale sundhed (Bilag 7). Ifølge flere informanter fra mikroniveau er flekstid med til at forbedre deres mentale sundhed på arbejdspladsen, idet det giver mulighed for, at medarbejderne lettere kan få arbejdsliv og privatliv til at hænge sammen ved selv at kunne disponere over, hvornår de arbejder, så de også kan prioritere ansvar, som de har i deres privatliv (Bilag 7). Dette underbygges ligeledes af studiet af Dickson-Swift et al. (2014), som viser at fleksibelt arbejde er vigtigt i forhold til medarbejdernes mentale sundhed. Det ses således som en fordel, at medarbejderne har mulighed for flekstid, således at de bedre kan få deres arbejdsliv og privatliv til at være i balance. I Berkman et al.s (2000) model afgør strukturen af de sociale relationer, hvilke muligheder der er for de sociale relationer på mikroniveau. Ved at medarbejderne har mulighed for flekstid har de mulighed for selv at påvirke strukturen af deres sociale relationer, da de opnår øget indflydelse over hvornår de er på arbejdspladsen. Indførelsen af flekstid ses således som en mulighed for medarbejderne der kan være med til at fremme deres mentale sundhed. Det ses især som vigtigt for de medarbejdere som har børn (Bilag 7). Derfor kan det ses som en mulighed for at fremme den mentale sundhed for medarbejderne at give dem muligheden for flekstid, således at de ikke føler at de skal nedprioritere deres privatliv og især deres børns behov. Flekstid ses således som noget, der kan indføres på en offentlig arbejdsplads og selvstændigt have en positiv indflydelse på medarbejdernes mentale sundhed. I forhold til en intervention på arbejdspladsen ses indførelsen af flekstid som en moderator, da fleksibiliteten for selv at prioritere tiden på arbejdspladsen kan gøre, at den enkelte medarbejder kan finde tid til at deltage i de aktiviteter, der arrangeres i forbindelse med ABC.

Således ses det som en vigtig faktor at medtænke i udviklingen af en intervention at der skal være sammenhængen mellem familie og arbejde i medarbejdernes hverdag. En måde, der kan tages hensyn hertil, er ved som nævnt ovenfor at lægge aktiviteterne i arbejdstiden, så de ikke tager tid fra medarbejdernes familieliv. En anden måde kunne være at have aktiviteter, som kan give medarbejderne redskaber til ikke kun at håndtere pres på arbejdet men også i privatlivet, som eksempel herpå kunne nævnes mindfulness meditation fra studiet af Allexandre et al (2016). Desuden vurderes det,

at når medarbejdernes mentale sundhed på arbejdspladsen forbedres, vil der være en naturlig overføring af gevinsterne over i medarbejdernes privatliv, da en god stemning på arbejdspladsen kan påvirke medarbejderens stemning efter arbejdstid.

5.2.4 Muligheder og begrænsninger ved videreudviklingen af ABC

5.2.4.1 Bevidstliggørelse af lederrolle

I det kvalitative studie fremgår det, at lederrollen er vigtig for både mikro- og mesoniveau i forhold til at udvikling og implementering af en intervention (Bilag 7). Ved at lederen er bevidst om egne evner og kvaliteter som leder, kan det samtidig også være en start på en forandringsproces. Hvis lederen er bevidst om sin egen rolle, og hvordan han eller hun får det bedste frem hos sine medarbejdere, kan det føre til et godt og sundhedsfremmende arbejdsmiljø. Ud fra det kvalitative studie fremgår det, at lederne (mesoniveau), er med til at skabe rammerne for den mentale sundhed (Bilag 7). Disse rammer kan både forstås som de fysiske og de psykiske rammer for et godt sundhedsfremmende arbejdsmiljø. Det kan være svært at udvikle og implementere en intervention, hvis der eksempelvis ikke er fysisk plads til at udfører de valgte aktiviteter såsom aktive pauser på arbejdspladsen eller at spise frokost sammen. Derudover kan lederen ikke alene påvirke den mentale sundhed på arbejdspladsen, idet medarbejderne også har et medansvar sammen med lederne.

5.2.4.2 Manglende tid og ressourcer

Både medarbejderne og lederne i det kvalitative studie identificerede tid som værende en vigtig barriere for implementering af en sundhedsfremmende intervention (Bilag 7). Flere informanter i det kvalitative studie giver udtryk for, at der er et højt arbejdspress, og at der mangler ressourcer (Bilag 7), hvilket også påvirker den mentale sundhed. En informant fra mikroniveau giver udtryk for, at hvis ikke der kan ændres på ressourcerne, er det svært at fremme den mentale sundhed, især fordi informanten oplever at have gode sociale relationer i forvejen, som er med til at forbedre den mentale sundhed på arbejdspladsen (Bilag 7). Ved at implementere ABC på arbejdspladsen, vil der ikke ske forbedringer i forhold til de manglende ressourcer. Problemet med manglende ressourcer og højt arbejdspress kan ikke direkte forbedres gennem implementering af ABC. ABC kan muligvis

forbedre medarbejdernes oplevelse af det, men selve arbejdsbyrden bliver pålagt fra et højere politisk niveau. Som en informant fra mesoniveau understreger, så stilles der krav til medarbejdernes (mikroniveau) arbejdsopgaver fra både kommunen og landsstyret, som lederne (mesoniveau) skal overholde, og disse krav påvirker også medarbejderne (mikroniveau) (Bilag 7). Således påvirker de overordnede krav, regler og normer fra det kommunale og lands politiske niveau, hvad der er muligt på de underliggende niveauer i forhold til ressourcer og tid. Dette er i tråd med Berkman et al.s (2000) teori om sociale relationer, hvor de overordnede rammer på makroniveau påvirker strukturen af de sociale relationer på mesoniveau, som så påvirker de sociale relationers funktion på mikroniveau.

Derfor kan det ses som en mulighed for Torshavn Kommune og Landsstyret, at de via regler og tilpasning af ressourcer vil prioritere den mentale sundhed på arbejdspladsen. Samtidig kan det også ses som en begrænsning for at bedre den mentale sundhed, hvis der fra politisk og ledelsesmæssige side ikke er vilje til at ændre på disse ressourcer. Der er afsat sparsomme midler til ABC i projektets case, men det vurderes dog som en mulighed at implementere ABC med de afsatte midler, da interventionens omfang kan justeres. ABC skal tilpasses den specifikke kontekst, som den skal implementeres i (Koushede & Abc-partnerskabet 2018). I tilpasningen skal der således vurderes, hvordan det kan implementeres uden at der afsættes ekstra ressourcer af til det fra makroniveau.

5.3. Modellering af interventionen

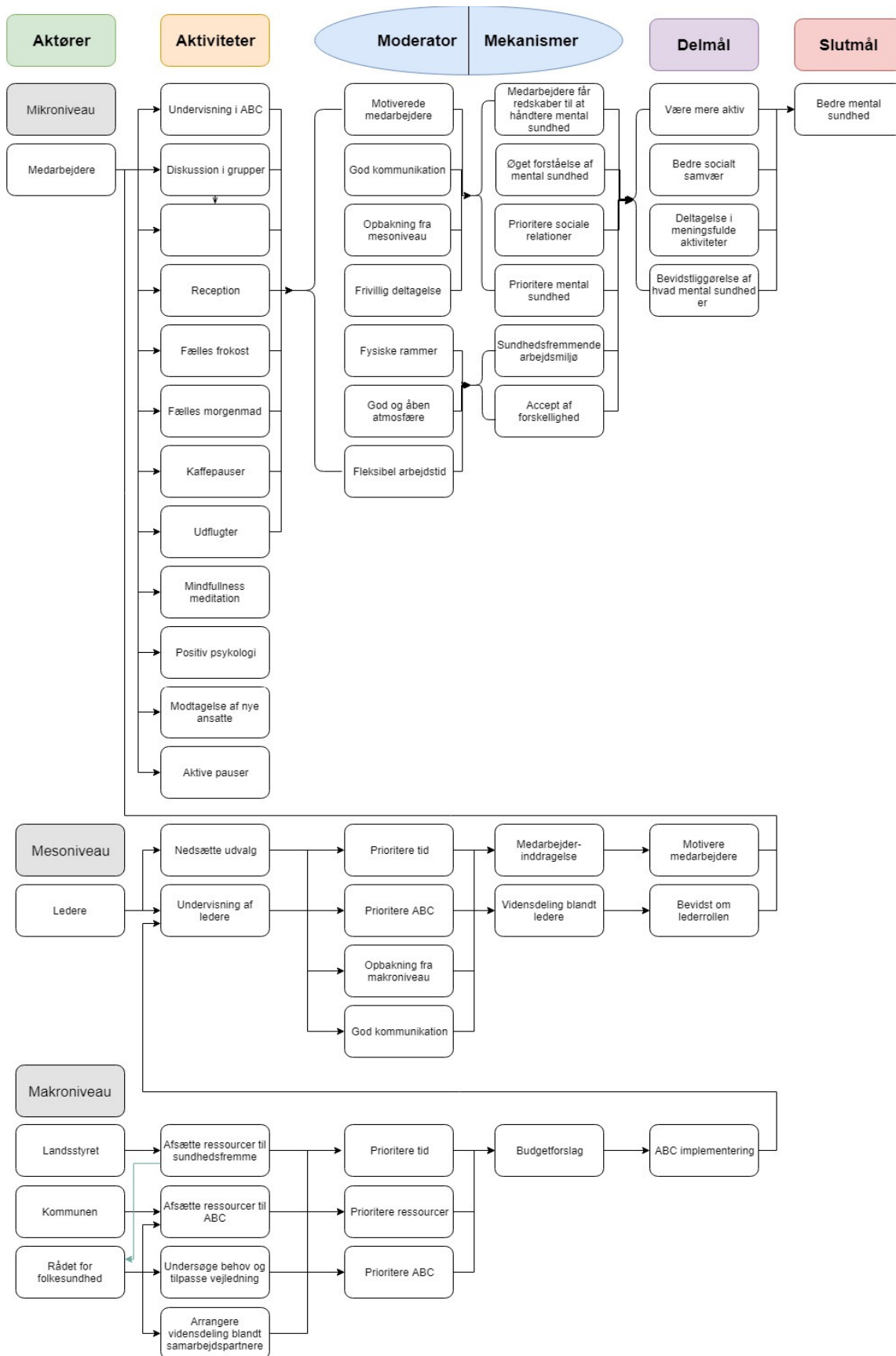
Ud fra ovenstående diskussion udarbejdes en programteori over de elementer, der er fremkommet til videreudviklingen af ABC, således at den kan tilpasses en offentlig arbejdsplads på Færøerne. Den udarbejdede programteori (Figur 8) er opdelt i aktører på de tre niveauer (Makro-, meso- og mikroniveau). For hvert niveau er der aktiviteter samt dertilhørende moderatorer og mekanismer. Dertil har hvert niveau nogle delmål. Nederst i programteorien er makroniveau, som er delt i tre: Landsstyret, kommunen og Rådet for Folkesundhed. Landsstyret består, som beskrevet i projektets problemanalyse af Færøernes udøvende magt (Figur 1). Således er det Landsstyret, der har den øverste kompetence til at træffe beslutninger om, hvor mange ressourcer der sættes af på landsplan til sundhedsfremme og forebyggelse. Heraf afsættes en pulje til Rådet for Folkesundhed. Dette er illustreret i programteorien ved den grønne pil fra aktiviteten for Landsstyret *Afsætte ressourcer til sundhedsfremme* til Rådet for Folkesundhed. Rådet for Folkesundhed, som har besluttet at ABC skal

implementeres på Færøerne, afgør derefter hvor meget af den tilgængelige pulje, der bliver anvendt til implementeringen af ABC på landsplan. De ressourcer der bliver afsat til ABC af Rådet for Folkesundhed bruges til at have en projektleder ansat fuldtid, som har ansvaret for at rekruttere samarbejdspartnere samt informere og vejlede om ABC. Da det er Rådet for Folkesundhed, der har ansvaret for at implementere ABC, så er det dem, der skal afdække ABC samarbejdspartnernes behov og tilpasse undervisning og vejledning derudfra. De enkelte kommuner er også illustreret som en del af makroniveauet i programteorien. Kommunens politikere afgør, om de vil implementere ABC og hvor mange ressourcer, der sættes af til det i kommunen. Disse ressourcer anvendes til implementeringen af ABC i den specifikke kommune. ABC bygger på at interventionen skal tilpasses konteksten, hvorfor det også kræver ressourcer i form af nogle medarbejders tid til at afdække, hvordan ABC kan implementeres i deres kontekst samt til selve implementeringsprocessen.

Disse tre aktører på makroniveau har således hver deres rolle i processen, der skal føre til delmålet *Implementering af ABC*. Implementeringen af ABC har derefter indflydelse på mesoniveau, som er lederne i kommunen.

På mesoniveau er aktiviteterne *Undervisning af lederne og nedsætte af udvalg*. Gennem disse aktiviteter skal lederne nå delmålene, som er at *Motivere medarbejderne* og at blive *Bevidst om lederrollen*. Disse delmål har derefter indflydelse på de aktiviteter, der er opstillet på mikroniveau, som omfatter medarbejderne, som er ansat i kommunen. De første aktiviteter der skal implementeres på mikroniveau, er henholdsvis *Undervisning i ABC-budskaberne* og *Diskussion i grupper*. Gennem disse aktiviteter søges der at opnå en fælles forståelse af mental sundhed og at få medarbejderne til at sætte ord på, hvordan den mentale sundhed kan forbedres på arbejdspladsen. Her kan medarbejderne komme med forslag til konkrete aktiviteter, der kan indføres på arbejdspladsen. Med udgangspunkt i de forslag som kommer frem i diskussionsgrupperne udfyldes den tomme kasse i programteorien, som således indeholder aktiviteter, som medarbejderne selv har foreslået. De øvrige aktiviteter i programteorien bygger på de aktiviteter, der i litteraturstudiet har vist en signifikant effekt på den mentale sundhed og de aktiviteter som informanterne i det kvalitative studie nævnte. Implementeringen af interventionen vil ikke indeholde alle de opstillede aktiviteter, men kun dem som medarbejderne udtrykker interesse for i den konkrete kontekst. Aktiviteterne skal ses som inspiration til den arbejdsplads, hvor ABC skal implementeres, derved kan aktiviteter der udvælges

varierte fra arbejdsplads til arbejdsplads. Tankegangen bag ABC- implementeringen er at interventionen skal tilpasses konteksten, hvilket søges opnået gennem at inddrage medarbejdernes forslag til aktiviteter. Alle aktiviteter fører videre til moderatorerne, hvilket er illustreret via klammen, der omfatter alle elementerne med moderatorer. Gennem de opstillede moderatorer og mekanismer skal aktiviteterne så føre over i delmålene, som er de tre budskaber i ABC: *Være mere aktiv*, *Bedre socialt samvær* og *Deltagelse i meningsfulde aktiviteter*, samt det fjerde delmål *Bevidstliggørelse af hvad mental sundhed er*. Disse delmål skal føre til slutmålet, som er *Bedre mental sundhed* for medarbejderne.



Figur 8 Den udarbejdede programteori

6 Pilottest og evaluering af ABC

Efter udviklingen af en kompleks intervention skal der enten udføres et feasibility studie eller interventionen skal pilottestes for derefter at blive evalueret. På den måde kan den konkrete intervention testes i konteksten (Craig et al. 2008). I indeværende projekt betyder det, at ABC skal pilottestes i en afgrænset del af målpopulationen, som er medarbejdere i Torshavn kommune. Derefter evalueres ABC med henblik på at vurdere, om der er behov for at revurdere interventionen, før den implementeres i hele Torshavn kommune.

Gennem projektets kvalitative studie er der indsamlet viden om, hvilke ressourcer der er i forhold til at evaluere ABC, dette bliver analyseret i det følgende afsnit. Afsnittet fører videre i en diskussion, hvor analysen sammen med projektets referenceramme MRC, Dahler-Larsens teori om virkningsevaluering samt den udviklede programteori diskuteres. Afslutningsvis er der en sammenfatning af konkrete forslag til evaluering.

6.1 Resultater og analyse af kvalitativ studie

6.1.1 Ressourcer der er afsat i Torshavn kommune til ABC

For at kunne igangsætte en sundhedsfremme intervention som ABC, kan ressourcer i form af enten penge, personer eller tid have en betydning for, om interventionen bliver en succes. På både meso- og makroniveau er der afsat ressourcer til ABC.

”Vi har fået et budget. Lille budget som vi skal spæde op med forskellige ting, men vi har fået et lille budget. Men kun i 2 år. Så det vil sige efter det skal det køre, så skal det ind i almindelig lederudvikling”. (L2 l. 382-384)

På mesoniveauet er der ifølge L2 afsat et lille budget gældende for to år, hvilket i starten går til udviklingen af interventionen samt til lederuddannelse. Det kan være problematisk, når der indføres nye interventioner på en arbejdsplads, hvis der er afsat få ressourcer, idet det kan få den betydning, at de nødvendige interventioner ikke udvikles eller implementeres. De manglende ressourcer kan

medføre en dårlig implementering, således at interventionen ikke opnår de ønskede effekter. Derudover kan den korte tidsperiode, hvor arbejdspladsen får ekstra ressourcer også få den betydning, at interventionen ikke får den bevågenhed, som den behøver, og at interventionen vil slutte, når pengene er anvendt.

På makroniveau er der ifølge PL, ikke et bestemt beløb afsat, men en pulje, der kan trækkes midler fra hvert år (Bilag 7). Derudover er PL en ekstra ressource i form af vedkommendes stilling som projektleder, hvilket svarer til en fuldtidsstilling på 37 timer pr uge (Bilag 7). Disse timer er dog ikke kun til Torshavn kommune. Timerne skal bruges til udvikling og implementering af ABC på hele Færøerne. Evalueringen foregår sammen med pilottesten og må derfor planlægges inden for rammerne af de ressourcer der er afsat til udviklingen. Samlet set kan ovenstående få indflydelse på, hvorledes evalueringen planlægges og udføres i forhold til hvor mange ressourcer, der er til rådighed, da det er omkostningsfuldt at udføre evalueringer. Da der ikke er angivet et beløb, der er til rådighed for at udvikle ABC, er det for projektets forskere svært at vurdere om det er nødvendigt at søge ekstra penge for at komme i mål med evalueringsfasen.

6.2 Diskussion af resultater knyttet til pilottest og evaluering af ABC

I dette afsnit diskuteres de elementer, der er fremkommet i analysen af det kvalitative studie. I diskussionen anvendes MRC's retningslinjer og Dahler-Larsens teori om virkningsevaluering, der er beskrevet i metodeafsnittet (afsnit 4.2.2.1).

Ifølge MRC, bør effektiviteten af en intervention evalueres ved at benytte sig af et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) af interventionen, eksempelvis på baggrund af en afviklet pilottest (Craig et al. 2008). I dette projekts tidsbegrænsning er det ikke muligt at udføre en pilottest, men der fremstilles forslag til, hvordan en pilottest kan udføres. Forslaget til en pilottestning kunne i indværende projekt foregå ved et RCT, ved at der trækkes lod blandt to sammenlignelige afdelinger i Torshavn kommune. Den ene afdeling skal implementere ABC og den anden afdeling fungerer som kontrolafdeling. Kontrolafdelingen arbejder normalt uden ABC, hvorefter der evalueres på de to pågældende afdelinger.

Ifølge Craig et al. (2008) kan det være nødvendigt at måle på outcomes, som er mediator for andre effekter. I sundhedsfremmende interventioner som ABC er det ikke muligt at se, om den mentale

sundhed er forbedret på kort tid. Derfor vurderes det, at det kan være en fordel i en pilottest at anvende de delmål, der er opsat i programteorien. Delmålene er, *Bevidstliggørelse af hvad mental sundhed er*, *Være mere aktiv*, *Bedre socialt samvær* og *Deltagelse i meningsfulde aktiviteter*. Alle disse delmål vil være mulige at måle indenfor 3 måneder via et spørgeskema, hvor der er udarbejdet spørgsmål, der er validerede, og som kan give svar på, hvor meget medarbejderne ved om mental sundhed og ABC og hvor meget de har benyttet tankegangen bag ABC i den givne periode, hvilket er angivet i de sidste 3 delmål.

En spørgeskemaundersøgelse kan have store omkostninger, hvorfor der må undersøges, hvor mange informanter, der skal indgå, hvad der ønskes svar på, samt hvem der skal foretage undersøgelsen (Craig et al. 2008). Disse overvejelser ligger til grund for, hvad der er muligt i den specifikke kontekst.

Slutmålet om *Bedre mental sundhed* vil således ikke indgå i evalueringen af pilottesten. Dette mål vil først kunne evalueres efter, at interventionen har været i gang i længere tid. Slutmålet er således et langsigtet mål. En evaluering af slutmålet kan med fordel foregå gennem det validerede Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS), der måler de positive aspekter ved mental sundhed og er derfor hensigtsmæssig i forhold til en sundhedsfremme intervention (Koushede & Abc-partnerskabet 2018). WEMWBS anvendes i evalueringen af ABC for mental sundhed i Danmark og Australien (Toft et al. 2017), hvorfor den vurderes anvendelig at anbefale evaluatoren, der skal foretage evalueringen på Færøerne. WEMWBS kunne med fordel udføres før interventionen blev implementeret og efter 6 måneder eller et år, for at se om der er en forbedring af medarbejdernes mentale sundhed. Derudover kan spørgeskemaet afprøves i forbindelse med en pilottest, for at vurdere om det er anvendeligt i konteksten.

6.2.1 Procesevaluering

Ifølge MRC udføres der også procesevaluering. Den kan bruges til at undersøge, om der er sammenhæng mellem de forventede og observerede resultater, for at kunne få en forståelse for, hvordan konteksten influerer resultaterne (Craig et al. 2008). Dermed bliver anbefalingen både at udføre

proces og effektevaluering. Dahler-Larsens (2009) teori om virkningsevaluering omfatter både effekt- og procesevaluering. Denne form for evaluering vil give en fyldestgørende evaluering, hvis den indbefatter hele processen fra intervention til resultat. Dette er dog meget omfattende og kræver mange ressourcer, hvorfor det kan være hensigtsmæssigt at evaluere en afgrænset del af processen (Dahler-Larsen 2009). Når der udarbejdes en virkningsevaluering, er det derfor vigtigt at fastsætte, hvilke ressourcer der er tilgængelige til at varetage opgaven (Bredgaard et al. 2011). Disse overvejelser er vigtige, når der skal udvælges metoder til evalueringen. Som det fremgår i analysen, er der både på makro- og mesoniveau begrænsede ressourcer til rådighed til evalueringen af ABC og dermed er der ikke ressourcer til at undersøge alle elementerne i programteorien, derfor må de vigtigste udvælges. Som beskrevet i projektets metodeafsnit (afsnit 4.2.2.1) har Dahler-Larsen (2009) opstillet 5 spørgsmål, der skal tages hensyn til, når de vigtigste elementer af programteorien skal identificeres. Disse spørgsmål er medtænkt i følgende diskussionen.

Som det fremgår af programteorien (Figur 8) er der flere moderatorer og virksomme mekanismer, som fører fra aktiviteterne til delmålene og til sidst til slutmålet. Selve processen for at nå til slutmålet rummer alle tre niveauer (makro-, meso- og mikroniveau). Som tidligere påvist har makro- og mesoniveau en indflydelse på, hvordan slutmålet for interventionen nås. De aktiviteter, moderatorer og mekanismer der er opstillet på makroniveau, påvirker aktiviteterne, der er på de øvrige niveauer. Det vil sige, at hvis den vejledning, som Rådet for Folkesundhed (makroniveau) byder lederne (mesoniveau) er mangelfuld kan det påvirke de aktiviteter, der er på meso- og mikroniveau, således at der ikke opnås den ønskede effekt. Derfor ville det være relevant at udføre procesevalueringer på samtlige niveauer for at finde frem til, hvor i processen der er potentielle problemer. Dog er det en for omfattende evaluering at evaluere hele processen opstillet i programteorien, da der kun er afsat sparsomme ressourcer til ABC i kommunen. Det anbefales at have fokus på processen på mikroniveau. Dette skyldes, at de aktiviteter der er opstillet på mikroniveau i programteorien (Figur 8), er de aktiviteter, der direkte skal have en indflydelse på medarbejdernes mentale sundhed. Evalueringen skal også have fokus på interventionens evne til rekruttering og fastholdelse af medarbejderne, da dette også påvirker interventionens succes. Evalueringen fokuserer ikke på det politiske niveau, da det ikke vurderes realistisk, at der kan ændres på denne del af processen.

MRC anbefaler at anvende den bedst tilgængelige metode i forhold til evaluering af processen af den konkrete kontekst (Craig et al. 2008). Procesevaluering klarlægger om aktiviteterne virker, hvilket for eksempel kan foretages ved et fokusgruppeinterview af udvalgte medarbejdere og ledere. Efter gennemførelsen af evalueringen kan der være behov for at gå tilbage til udviklingsfasen i MRC og anvende den nye viden fra evalueringen til at justere interventionen (Craig et al. 2008). Hvis evalueringen frembringer ny viden om, hvorfor eller hvordan medarbejderne oplever processen af interventionen, skal disse anvendes til videreudviklingen.

6.2.2 Muligheder og begrænsninger

Det kan være en begrænsning for ABC, hvis der sættes for høje krav til evaluering, det er derfor vigtigt, at der udføres analyser for, hvor mange ressourcer der er til rådighed set i forhold til, hvilke evalueringer af ovenstående der er mulige at gennemføre. Det ses, at evalueringen på dette stadie muligvis nedprioriteres på baggrund af manglende ressourcer. Sker det, er der dog en risiko for at implementere en intervention, der ikke har den ønskede effekt. Selvom medarbejderne har været en del af udviklingen, er det ikke altid, at deres handlinger vil afspejle de udtalelser, der blev givet i interviewet. Det er set i et feasibility studie, at selvom deltagerne finder interventionen acceptabel er det ikke sikkert de følger de angivne retningslinjer for interventionen (Redsell et al. 2017), hvilket gør pilottesten afgørende for den endelige tilpasning af interventionen til konteksten .

Ifølge MRC skal det undersøges hvorvidt en interventions er omkostningseffektiv (Craig et al. 2008). Grundet de begrænsede ressourcer, som er afsat til implementeringen af ABC, frarådes der at foretage denne evaluering i forbindelse med pilottesten. Dertil er interventionens langsigtede mål om bedre mental sundhed et mål, der først kan måles efter, at interventionen er implementeret i hele målpopulationen, hvorfor en omkostningseffektivitets analyse med fordel kan nedprioriteres i forbindelse med pilottesten.

Hvis den anbefalede evaluering bruges, ses der muligheder for at videreudvikle ABC, således at det ønskede mål om bedre mental sundhed nås. Når en intervention er implementeret, anbefales det, at der evalueres løbende, således at interventionen kan tilpasses (Østergaard & Maindahl 2016). Det kan være en begrænsning, hvis den offentlige arbejdsplads ikke har fokus på evaluering fra start, da det kan blive svært at måle det langsigtede mål om bedre mental sundhed, hvis der ikke fra start

ligger grundlæggende oplysninger om medarbejdernes mentale sundhed. Det er derfor vigtigt, at gennemtænke hele forandringsprocessen inden den igangsættes. Således kan det også sikres, at det langsigtede mål om bedring af den mentale sundhed opnås. Den form for evaluering, der efterfølgende løbende skal sikre denne overvågning kunne gøres både fra meso- eller makroniveau, hvor der kunne udføres evaluering via WEMWBS. Således at der kan sammenlignes med andre virksomheder og interventioner.

6.2.3 Sammenfatning af evaluering

Ud fra ovenstående analyse og diskussion anbefales det, at en pilottestning kun foretages på elementerne, der er på mikroniveau i programteorien (Figur 8). Dette skyldes, at programteorien for ABC i Torshavn kommune er stor og kompliceret, hvorfor det bliver for omfattende at evaluere alle elementerne af programteorien. Derudover er det usikkert, om de fornødne ressourcer til at evaluere hele programteorien er tilgængelige. Det anbefales at sætte fokus på delmålene på mikroniveau i programteorien (Figur 8). Delmålene er, at medarbejderne skal blive mere bevidste om, hvad mental sundhed er samt de tre budskaber i ABC. Delmålene skal jævnfør MRC undersøges ved et RCT studie, hvor en afdeling modtager ABC interventionen og sammenlignes med en kontrolafdeling. Som metode kan der med fordel anvendes et spørgeskema.

Derudover anbefales, at der foretages et kvalitativt studie i form af fokusgruppeinterviews af medarbejdere og ledere til at evaluere processen af interventionen. Dette kan bidrage med indsigt i, hvordan medarbejdere og ledere oplever interventionen på arbejdspladsen. Anbefalinger i forhold til evaluering af videreudviklingen af ABC må tilpasses den specifikke kontekst, da det vil være forskelligt, hvilke ressourcer der er tilgængelige. Her er det især makroniveauet i kommunen, der har en vigtig rolle i forhold til projektets case, da der skal afsættes ressourcer til evaluering, for at den kan udføres tilfredsstillende.

Når pilottesten og evalueringen er udført, tilpasses interventionen i forhold til evalueringens resultater. Herefter implementeres interventionen blandt hele målgruppen, som i indeværende projekt er Torshavn kommune. Herefter ville det være en fordel at evaluere interventionens langtidseffekt af slutmålet om bedre mental sundhed, som kan måles ved hjælp af WEMWBS.

7 Implementering

I MRC's implementeringsfase opstilles forslag til, hvordan videreudviklingen af ABC kan implementeres i praksis. I denne fase har det stor betydning at tage hensyn til de behov, der er i den kontekst, hvor interventionen skal implementeres (Craig et al. 2008). For at kunne implementere en intervention er det vigtigt, at der ligger en udførlig beskrivelse af interventionen (Østergaard & Maindahl 2016). Beskrivelsen kan ses i udviklingsafsnit sammen med den udarbejdede programteori (afsnit 5.3). Anbefalingerne til implementering tager udgangspunkt i projektets kvalitative studie, litteraturstudie samt Kotters forandringsteori, som er beskrevet i projektets metodeafsnit (afsnit 4.2.3.1). Der vil i udarbejdelsen tages hensyn til fordele, ulemper og ressourcer, der er forbundet med implementeringen.

7.1 Analyse af interview

I det følgende afsnit vil empiri, der er indsamlet i de 7 individuelle interviews, analyseres med udgangspunkt i Dahlager og Fredslunds (2012) hermeneutiske analysestrategi, ligesom det blev gjort i udviklingsafsnittet. De meningsbærende kategorier kan ses i bilag 7. Disse kategorier er fremkommet både på baggrund af Kotters forandringsteori og tankerne bag ABC samt ud fra informanternes udsagn. Dette gøres med henblik på at inddrage informanternes syn på implementering for derudfra at identificere muligheder og begrænsninger i forhold til implementeringen. I analysen indgår alle informanternes udsagn og er ligesom i afsnittet om udvikling betegnet M1-4 for mikro- (medarbejdere), L1 og L2 for meso- (leder) og PL for makroniveau (projektleder).

De fremkomne kategorierne i dette afsnit handler om, hvad der er væsentlig i forhold til udviklingen af en kompleks intervention. Her vil indgå 4 kategorier, som er:

- Implementering af aktiviteter der har fokus på at forbedre den mentale sundhed på arbejdspladsen
- Lederens rolle
- Arbejdsmiljø og arbejdskultur
- Kommunikation i forhold til implementering af ABC

7.1.1 Implementering af aktiviteter der har fokus på at forbedre den mentale sundhed på arbejdspladsen

Implementering af aktiviteter kan foregå på mange måder på en arbejdsplads. Som en del af interviewet er både makro-, meso- og mikroniveau spurgt om, hvordan de tænker en god implementering kunne foregå på deres arbejdsplads. M2 fortæller om, hvordan forandringer sker i dag på arbejdspladsen:

“Vi er jo igen alle sammen specialister på vores område, så vi bliver spurgt til råds. Forandringer kan ikke implementeres uden om de specialister, der er i huset. Fordi det er dem der skal håndhæve dem. Så hvis man bare siger, nu skal der ske sådan og sådan og sådan. Så kan det få kæmpe store følger uden at man er klar over det, hvis man ikke inddrager dem. Så vi er med i næsten alt”. (M2, l. 228-232)

Informanten virker tilfreds med, at ledelsen inddrager medarbejderne i de forandringsprocesser, der sker i organisationen, da det menes, at forandringer ikke kan implementeres uden om de mennesker, der har en særlig faglig viden på det område forandringen skal ske og som er en del af den nye forandring. Det samme giver andre informanter udtryk for (Bilag 7). Ved udarbejdelse af forandringsprocesser må det derfor udledes at ovenstående gælder, når det handler om faglige forandringsprocesser. Det er uvist om, der er medarbejdere på arbejdspladsen, der har specialviden inden for mental sundhed, hvorfor det ikke tydeligt fremgår af citatet fra M2 om medarbejderne skal inddrages ved implementering af ABC. Da samtalen falder på, hvordan kulturen i afdelingen er, når der implementeres større forandringsprocesser i afdelingen, svarer M2 fra mikroniveau:

“Det skaber lidt uro og lidt modstand, så tager man den modstand, som den er og så tager man de konflikter, der er i forbindelse med det og så på et tidspunkt, så vænner man sig til det og så er det overstået. Men hvis man implementere et system til nogle mennesker, så kan man ligesom ikke implementere det system uden, at de mennesker er med i den implementering. For ellers bliver systemet ikke særlig godt, så jeg tror det er lidt forskelligt hvornår man skal involvere mennesker i forandringer”. (M2, l. 251-256)

M2 mener dermed, at der kan være situationer, hvor det ikke er en nødvendighed at inddrage medarbejderne. Hermed bliver det måske endda gyldigt at diktere forandringsprocesser. I forbindelse med implementering af forandringsprocesser indikeres der dog, at forandringen i starten vil møde modstand hos medarbejderne, der vil brokke sig i, hvorefter der vil ske en tilvænnning i forhold til forandringen. M2 spørges også direkte til, hvordan det vil blive modtaget i medarbejdergruppen, hvis der blev dikteret en forandring, der betød, at alle skulle gå en tur i spisepausen. Hertil tilkendes det, at M2 ville forvente modstand imod denne forandring (Bilag 7). Det udledes ud fra M2s

udtalelse, at det er nødvendigt, at medarbejderne bliver inddraget i implementeringen af en intervention, der søger at fremme forandring på arbejdspladsen. Dette synspunkt understøttes af flere informanter (Bilag 7). M1 indikerer, at hvis der skal ske forandring i forhold til flere sociale aktiviteter på arbejdspladsen, så skal medarbejderne selv arrangere dette (Bilag 7). Der er således svag tiltro til, at det er et område, som ledelsen vil udvikle og forandre.

Ledelsens tilgang til hvordan implementeringen af ABC bør foregå, står i kontrast til medarbejdernes opfattelse. Fra mesoniveau udtaler L2:

“Direktionen skal købe det, sådan er det. Og så håber vi, at når de så kommer [de ledere der skal deltage], at de får en god oplevelse af det. Og det tror jeg, hvis de først man har ligesom de siger I skal og så får så... det er sådan lidt pisk eller gulerod. Men så håber vi faktisk, at når de kommer på det der første sådan et, så har de købt det. Så syntes de det er godt” (L2, l. 499-502)

Opfattelse af at forandringer skal dikteres, bakkes op af L1 (Bilag 7). Dette indikerer, at mesoniveauet tydeligt bliver påvirket af den øverste ledelse i kommunen, da de mener, at det er den øverste instans, der bør diktere, at forandringen skal ske. Derefter håber mesoniveau, at de øvrige deltagere, herunder de andre ledere i kommunen, vil synes om interventionen. Lederne lægger således ikke lige så meget vægt på inddragelse af medarbejderen, som medarbejderne selv gør. Dette kan virke modsætningsfyldt, når det i det første citat af medarbejderne blev beskrevet at medarbejderne oplever at blive inddraget i beslutninger, der hvor de har specielle kompetencer. Det kan dermed have betydning hvilken form for forandring der skal ske, hvorvidt medarbejderne bliver inddraget. Det kan give udfordringer i implementeringen af nye processer, hvis medarbejdere og ledere har forskellige tilgange til betydningen af medarbejderinddragelse. Det forventes at være stor forskel på, om medarbejderne får medindflydelse på, hvilken og hvordan en intervention implementeres eller om lederne dikterer, det der skal gøres. Hvis medarbejderne føler, at de bliver tvunget til at deltage i en intervention, kan det have den utilsigtede konsekvens, at der kommer modstand fra medarbejderne. Derudover kan det også øge arbejdspresset på medarbejderne, fordi den tid der skal bruges til at deltage i interventionen, giver medarbejderne mindre tid til at udføre deres arbejdsopgaver. Hvis tiden til at deltage i en intervention derimod tages fra deres pauser, kan der også forventes modstand, fordi alle informanterne på mikroniveau finder deres kaffepauser vigtige, og at de får noget godt ud af dem (Bilag 7).

Når det gælder interventioner om sociale relationer, er medarbejderne mere direkte. Til spørgsmålet om, hvad der skal tages højde for, når der udarbejdes en ny intervention, siger M3:

“..., at folk er så forskellige altså selv jeg er ekstrem ekstrovert og jeg får meget af mine sociale relationer i min arbejdsplads. Jeg har mange gode veninder her og de sidder ikke nødvendigvis i den her afdeling men rundt omkring. Mens andre er det her bare et arbejde jeg er her fra otte til fire og så går jeg hjem. Og der er vores tilgange meget forskellige” (M3, l. 201-205).

Informanten mener, at der skal tages højde for at medarbejderne er forskellige og har forskellige behov. For nogle vil en intervention, der søger at fremme de sociale relationer på arbejdspladsen, være til gavn og vil derfor kunne føre til en bedre mental sundhed. For andre vil en intervention, derimod kunne have den modsatte effekt end det, der var tilsigtet, fordi interventionen kan opleves som en byrde eller en unødvendig aktivitet. Dette er yderligere grundlag for, at medarbejderne skal tages med på råd, når en intervention skal implementeres, fordi der ellers er øget risiko for utilsigtede konsekvenser. Derfor kan det være bekymrende i forhold til en ny intervention, der har fokus på sociale relationer i forhold til at bedre den mentale sundhed, når PL siger:

“På lederniveau der hørte jeg blandt andet i Torshavns kommune, at der nok er nogen ledere der overhovedet ikke tænker på trivslen hos medarbejderne, at der er måske stort behov for, at man nemlig tænker på trivslen, fordi hvis man vil mindske sygefravær og beholde medarbejderne og gøre dem mere produktive, så er det også mental sundhed, man skal lægge vægt på” (PL, l. 298-302).

Ovenstående citat viser, at der er muligheder for at forbedre bevidstheden om de sociale relationers betydning for den mentale sundhed hos lederne og derudfra have en mulighed for at ændre handlinger. Det ses at kunne udgøre en begrænsning i forhold til implementeringen af en intervention, der retter sig mod den mentale sundhed, hvis lederne i kommunen generelt ikke finder det vigtigt at prioritere trivsel. Derved kan L1 og L2 have ret i deres antagelse om, at for at en ny intervention, der har fokus på sociale relationers betydning for mental sundhed, skal beslutningen herom komme som en diktering fra den overordnede ledelse.

Yderligere ses tiden som en begrænsning i forhold til implementering af en ny intervention. Dette understøttes både af meso- og makroniveau, som blandt andet kommer til udtryk af følgende udtalelse fra PL:

“Altså begrænsninger er det som vi allerede har mødt inden for de andre områder også det med tiden. Altså hvor meget tid får de afsat til at arbejde med mental sundhed. Fordi det kan godt være, at man siger, at på den her arbejdsplads skal vi arbejde med mental sundhed, men man afsætter ikke tid til at tænke hvordan skal vi implementere det. ... Så begrænsningen er måske, hvis man ikke prioriterer at man altså det der kræves for at implementere det” (PL, l. 304-309).

Dermed angiver PL, at ved en implementering af en intervention er det ikke kun den enkelte intervention, der skal udvikles. Det er også vigtigt, at interventionen prioriteres ressourcemæssigt både i form af tid og penge. Det er vigtigt at afsætte den fornødne tid, således medarbejderne kan inddrages i dele af implementeringen.

Opsummerende for dette afsnit er, at hvis forandringer skal ske inden for et bestemt fagligt område, bliver de medarbejdere, der har specialviden inden for dette område rådført. Skal der derimod ske større ændringer, som inddrager mange medarbejdere, uden egentlig at kræve speciel faglig viden, så dikteres dette oppefra. At diktere forandringer kan give uro blandt medarbejderne og derfor kan det være en god ide at inddrage medarbejdere i implementeringen og mindske dikteringen af forandringsprocessen. Det giver dermed en begrænsning, at ledere og medarbejdere ikke har samme oplevelse af, hvad der skal til for at sikre en god implementering. Derudover er det vigtigt, at når der vælges at have fokus på mental sundhed på arbejdspladsen, så må der fra ledelsens side afsættes de nødvendige ressourcer for at implementeringen lykkes ellers kan tid og manglende ressourcer blive en begrænsning. Det er både ledere i de enkelte afdelinger og på direktionsniveau, der prioriterer tid og som det fremgår af ovenstående, mener både mikro-, meso- og makroniveau, at ledelsen har en stor indflydelse på implementeringen af en forandringsstrategi.

7.1.2 Lederens rolle

Alle informanter udtrykker, at lederen har en stor rolle, når der skal implementeres forandringsprocesser i organisationen. L2 på meso niveau udtaler:

Bæredygtig ledelse... Som leder skal vi jo lede igennem vores ansatte, altså det er ikke os, der skal gøre arbejdet, vi skal skabe et resultat gennem vores ansatte. Derfor er det også vigtigt, at en leder kender sine ansatte. Altså ved, hvad de kan altså. Hvad bliver de motiveret af. Det er også noget med at se dem, høre dem og vise anerkendelse. De ting som vi har brug for som mennesker, at bliver anerkendt. Det handler ikke bare om at blive rost, men om at blive set. Og så skal vi også sørge for, at der er, at vores medarbejder er gode til at samarbejde. Fordi hvis de er gode til at samarbejde, så har de deres relationer på plads og så har de det bedre. Og det er også vores opgave. Så det er ikke deres opgave bare (L2, l. 265-272).

Hvis lederne kender deres medarbejdere, giver det også bedre mulighed for lederne at lede dem igennem en forandringsproces, når der skal implementeres nye tiltag. Informanten mener, at for at fremme medarbejdernes mentale sundhed, så skal lederen besidde nogle kompetencer. Det handler derfor ikke udelukkende om at implementere en ny intervention, men samtidig er det af stor betydning, at lederne er i stand til at se og høre deres medarbejdere og at give dem anerkendelse. Samtidig skal lederne kunne støtte medarbejderne i at have et godt samarbejde. Informanten tillægger således et stort ansvar på lederne, hvilket vurderes til at kunne lægge et stort pres på lederne, da de udover de faglige kompetencer også skal rumme nogle gode relationelle kompetencer, der gør at de kan se, høre og anerkende medarbejderne. For medarbejderne på mikroniveau er det også vigtigt, at lederen besidder de relationelle kompetencer, som blandt andet M1, angiver efter at have oplevet at få ny leder, der vægter de sociale relationer højt, så har det en positiv indflydelse på fællesskabet og hverdagen i den afdeling, M1 er ansat i (Bilag 7). Lederen kan dermed være med til at skabe et godt grundlag for de sociale relationer og for implementeringen af nye aktiviteter. M2 understøtter dette:

“Jeg tror en leder skal være bevidst om utilfredshed eller ekstra højt arbejdspress, bevidst om konflikter, og huske, at når man er leder, så arbejder man med mennesker til en meget stor grad (...) Men hvis man som leder har svært ved at forstå sociale relationer eller hvor meget det egentligt fylder i hverdagen, så tror jeg, at man som leder har svært ved at takle det” (M2, l. 212-217).

Når lederen kender personalet og har en forståelse for, at de sociale relationer er vigtige, er det muligt at tage konflikter i opløbet og dermed også være den, der går forrest, hvis der er brug for forandringer. Det udledes dermed at både meso- og mikroniveau mener, at en vigtig egenskab som en leder skal rumme, er at have indsigt i andre mennesker og kunne gå forrest. Det kan dog blive en begrænsning, hvis ikke alle ledere i kommunen har kompetencerne til at have empati for medarbejderne samtidig med, at de går forrest i implementeringen af nye interventioner. Derimod er der medarbejdere, der mener, at lederne ikke alene har et ansvar for implementeringen, som kommer til udtryk i følgende citat af M3: *“Jeg vil ikke lægge hele ansvaret på en leder, fordi når man har voksne mennesker på en arbejdsplads, så er der en forventning til, at vi alle sammen skal bidrage. Også til den del.” (M3, l. 161-163).* Det er dermed lederens opgave at gå forrest, når der skal implementeres forandringer. Men medarbejderen har samtidig også et medansvar for at det kan lykkes.

Det stemmer også overens med L2 citat om "bæredygtig ledelse" og anerkendelse af medarbejderne.

Opsummerende viser analysen i dette afsnit, at lederen har stor indvirkning på implementeringsprocessen og vil kunne skabe grundlaget for gode sociale relationer, og for at implementeringsprocessen sker så effektivt som muligt. Dette kræver dog, at han/hun kender medarbejderne i deres afdeling, således at der kan tages højde for medarbejdernes forskellige personligheder.

7.1.3 Arbejdsmiljø og arbejdskultur

Arbejdsmiljø og arbejdskultur, kan indvirke på resultatet af implementeringen. Ud fra L2 på mesoniveau fremgår det, at arbejdsmiljøet generelt er præget af underbemanding:

"Altså..... Det er en politisk styret arbejdsplads. ... Kravene ind i organisationen ... Fra politikerne den forventningsafstemning er ikke på plads. Det syntes jeg ikke. ... Vi løber rigtig hurtigt... vi har stor underbemanding Jeg er ikke sikker på vi er mere underbemandet end, at man er andre steder, men det er en meget generel følelse af underbemanding. Og den er meget udbredt blandt medarbejderne. ... Så jeg synes især i den, i det vi kalder administrationen som er 150 medarbejdere, centraladministrationen i kommunen. At der løber vi RIGTIG stærkt" (L2, l. 57-64).

I en politisk styret arbejdsplads angives det, at der både er krav fra politikerne om, hvilke arbejdsopgaver, der skal løses, og at disse ikke er helt forventningsafstemt med den konkrete arbejdsplads. Dette gør, at L2 har en følelse af at være underbemandet, og at der ikke er nok tid til de enkelte arbejdsopgaver for den enkelte medarbejder. Denne følelse genspejles også hos medarbejderne. M3 på mikroniveau angiver at det, der skal til, for at løse udfordringer med dårlig mental sundhed, er flere ressourcer (Bilag 7). Dette afspejler sig også i, hvordan lederne håndterer travlheden på arbejdspladsen, hvilket kommer til udtryk i nedenstående citat fra mesoniveau:

"Og hvis de øverste lag, har så travlt som de har og vi har VIRKELIG travlt, vi løber meget, meget stærkt. Så spejler det sig ned i organisationen og der er nogle ledere der konstant har møder i frokostpausen. De mødes med nogen og spiser imens i de holder møder. Så det handler ligeså meget om at, in the mind at man føler man har travlt, fordi man ser andre har travlt. Det syntes jeg påvirker lidt vores pause, naturlige pause" (L2 l. 195-199).

Det fremgår derved, at lederne i kommunen bruger deres frokostpause til at holde møder, hvilket kan have den effekt på andre kolleger, at de føler at de også selv burde være mere effektive i deres pauser. Dermed kan det få den modsatte effekt på at fremme den mentale sundhed og de sociale relationer, som der tidligere er nævnt har stor betydning for arbejdspladsen. Dette underbygges af

L1: *“Ja, men det vi skal koncentrere os om, det er, at man som arbejdsplads skal gøre sit til at bevare folks mentale sundhed”* (L1, l. 413-414). Det fremgår af informant L1, at der er et ønske om at holde deres medarbejdere raske og dermed at indtænke sundhedsfremme på arbejdspladsen. Ydermere kan det fremstå som et paradoks, at lederne har så travlt, at de føler sig nødsaget til at bruge deres frokostpausen til møder. Ledernes arbejdsbyrde vil derfor være en stor begrænsning i forhold til implementeringen af en sundhedsfremmende intervention, især hvis lederne skal stå med ansvaret for implementeringen af den. Dette taler igen for at inddragelse af medarbejderne ville være en fordel, da der således er flere individer at løfte opgaven. Implementering af en ny intervention kræver ressourcer, men gevinsterne ved at implementere den skal helst gøre, at ressourcerne er godt brugte.

I forhold til arbejdskulturen på arbejdspladsen er der på mikroniveau konsensus om, at kollegerne er ansvarsbevidste og har en høj arbejdsmoral, men samtidig fremstår der også stor hjælpsomhed og samhørighed. Ifølge M2 skyldes den sociale samhørighed blandt andet, at mange medarbejdere har arbejdet på samme arbejdsplads i flere år og dermed kender hinanden og arbejdsgangene. Derudover angiver M2, at der er ret frie tøjler til at styre arbejdet, som den enkelte har brug for (Bilag 7). Der vises tillid til den enkelte medarbejder og der gives dermed den plads, der er brug for, hvis en medarbejder er presset enten på arbejds- eller på hjemmefronten. Sammenholdt med udviklingsafsnittet (afsnit 5.2) giver det dermed gode muligheder for at bedre den mentale sundhed i Torshavn kommune, at både medarbejder og ledere oplever, at de har en god arbejdskultur, hvor det er muligt at få privat og arbejdsliv til at hænge sammen.

Opsummerende for analysen af afsnittet om arbejdsmiljø og arbejdskultur ses der muligheder og begrænsninger ved implementeringen. I forhold til muligheder ses, at der på arbejdspladsen er en god arbejdskultur, som forener arbejde og privatliv. Der ses dog en begrænsning ved det pres, der ligger især på lederne i organisationen. Det kan derfor være en begrænsning at lederne muligvis ikke kan håndtere flere arbejdsopgaver indenfor den tidsramme, de er på arbejde.

7.1.4 Kommunikation i forhold til implementering af ABC

Kommunikation er vigtig i forbindelse med implementeringen af interventioner, der skal fremme den mentale sundhed på arbejdspladsen, hvilket alle niveauer angiver. PL beskriver det således:

“Altså det er meget det her med at tale om det som noget positivt, at man fortæller, at det er noget der fremmer og styrker os som mennesker og ikke noget der gør os syge og det negative fokus. Og at man holder det simpelt, altså med de 3 budskaber. ...At være aktiv og være sammen og gøre noget meningsfuldt... Det kunne være man holder et oplæg til et ...medarbejdermøde, at man har et oplæg måske. At man fortæller om ABC. Det synes jeg er en god mulighed. Fordi, det har jeg i hvert fald oplevet selv nu hvor jeg har været ude, at så har jeg sat dem ud i grupper til så at tale om jamen hvad er mental sundhed for os på vores arbejdsplads? Så man relaterer det til sit eget arbejde. Og ikke alle de andre forskellige kontekster der er. Så det er en måde at kommunikere det ud. Og så at man måske laver nogle aktiviteter som man siger det her er ABC aktiviteter. Så man er bevidst om at lige det her er faktisk med til at fremme min mentale sundhed, eller gøre at vi lærer hinanden bedre at kende og styrke fællesskabet i på arbejdspladsen” (PL, l. 328-340).

PL har med dette citat mange forslag til, hvordan implementeringen af ABC formidles til medarbejderne. Det kan f.eks. være gennem oplæg, hvor der oplyses om budskaberne bag ABC, for på den måde at gøre medarbejderne bevidste om, hvordan sociale relationer på arbejdspladsen kan bedres. Derudover opfordres der til, at der på den givne arbejdsplads arbejdes i grupper med ideer til, hvordan de fysiske aktiviteter kan udføres på den pågældende arbejdsplads. Dette forslag kan også findes i udviklingsafsnittet (afsnit 5.2).

Informanterne på mesoniveau har derimod andre holdninger til, hvordan de ser kommunikationen skal foregå. Som tidligere angivet i kategorien *implementeringen af aktiviteter på arbejdspladsen*, ønskede både L1 og L2, at implementeringen skulle ske via en diktering fra kommunaldirektøren. Således er der divergerende forslag til, hvordan kommunikation bedst skal foregå.

På mikroniveau giver medarbejderne udtryk for at ved implementering af større forandringsprocesser, er mundtlig information at foretrække:

“Når det er store ændringer, så er det bedst, at alle mødes og lederen fortæller det face-to-face. Men det ret ofte at det sker, at det bare sendes ud på mail. Og det er ikke altid, at alle er så tilfredse med det. De vil gerne have det fortalt og kunne spørge ind til det” (M4, l. 152-154).

Med dette citat angiver M4 også, hvordan kommunikation sker på nuværende tidspunkt på arbejdspladsen. Medarbejderne indikerer, at det kan være en begrænsning for at implementeringen lykkes, hvis ikke ledelsen formår at kommunikere budskaberne og interventionen ordentligt til medarbejderne.

Der ses ligeledes i denne kategori en tendens til, at medarbejderne antyder, at implementering ikke kan lykkes, hvis ikke de er med i udviklingen. Det kommer blandt andet til udtryk gennem M3's udsagn:

"Altså. Hvis det kun bliver instruks fra en leder, så vil det falde til jorden efter noget tid. Du kan få voksne mennesker til at lege med til en vis grad, og så er det det. Men på en eller anden måde, så må man få folk til at få et ejerskab af det og føle at det giver mening for dem. Og de føler, at de også har været med til at beslutte, hvilken aktivitet det så blev til. Det kunne være at lederne skulle sætte rammerne: Vi skal lave noget hver morgen, men jeg vil gerne have nogle forslag til hvad det så er, hvad ville være det bedste for den brede forsamling" (M3, l. 193-198).

Ligeledes angiver M1 også, at hvis der kastets bolde op i luften, skal der være nogen til at gribe dem. Hvis der ikke er nogen medarbejdere, der griber den, så bliver det ikke til noget (Bilag 7). Hermed er disse to medarbejdere enige om, at for at implementeringen skal lykkes skal medarbejderne medinddrages. Det er ikke direkte det PL på makroniveau siger, men i og med at alle de aktiviteter der foreslås, er med udgangspunkt i og inddragelse af mikroniveauet, må det formodes, at der også fra makroniveau er forståelse for vigtigheden i, at medarbejderne inddrages i implementeringen. Således ses det, at inddragelse af medarbejdernes perspektiv er centralt både for udviklingen af en intervention, men også for implementeringen.

Opsummerende for afsnittet er det dermed vigtigt, at implementeringen af nye tiltag kommunikeres ud til medarbejderne på en måde, som medarbejderne finder anvendelig. Makroniveau har mange forslag til, hvordan dette muligvis kan gøres i praksis. Lykkes dette ikke for ledelsen, vil det være en begrænsning for en vellykket implementering. Hvis man møder medarbejderne og delagtiggør dem i nye tiltag, er der store muligheder for en vellykket implementering. Det kan dog blive en begrænsning, at mesoniveau har så forskellig holdning til, hvordan kommunikationen skal foregå set i forhold til, hvad makro- og mikroniveau udtrykker.

7.2 Analyse af litteraturstudie

I dette afsnit fremhæves resultaterne fra litteraturstudiet, der vurderes at kunne bidrage med viden om implementeringen af en intervention, der søger at fremme medarbejdernes mentale sundhed

gennem sociale relationer. Resultaterne af litteraturstudiet fremgår af Resultatmatrixet i afsnit 5.1.2.1.

I forhold til at få skabt et godt sundhedsfremmende arbejdsmiljø viser Dickson-Swift et al. (2014), at respektive personlige forhold og fleksibelt arbejde er vigtige elementer. Hvis der ikke er gensidig respekt mellem medarbejderne, er det svært at starte en intervention, som indebærer, at medarbejderne skal gøre noget i fællesskab. Et fleksibelt arbejde gør det nemmere for medarbejderne at få privatliv og arbejdsliv at hænge sammen, hvilket kan påvirke deres mentale sundhed positivt (Dickson-Swift et al. 2014). Samtidig ses støtte fra lederen som en afgørende faktor for, at en sundhedsfremmende intervention bliver en succes (Dickson-Swift et al. 2014). Lederen har en vigtig rolle og derfor er det afgørende, at lederen har fokus på og understøtter interventioner, der fremmer medarbejdernes mentale sundhed.

God kommunikation er essentiel i implementering af en ny intervention (Dickson-Swift et al. 2014). Hvis der ikke bliver kommunikeret ordentligt ud til medarbejderne, hvad interventionen går ud på og hvilke gevinster medarbejderne kan forvente at opnå gennem deltagelse, vil det påvirke deres motivation. Samtidig skal der tages hensyn til, at medarbejderne er forskellige. Medarbejderne har forskellige personligheder, hvilket gør, at de også oplever sociale relationer på arbejdspladsen forskelligt (Winslow et al. 2017). Disse forskelligheder er også vigtige at tage hensyn til i implementering af en ny intervention, da det har en indflydelse både på, hvordan medarbejderne tager imod en intervention, som søger at fremme de sociale relationer, og hvordan interventionen lykkes. Det er derfor vigtigt at overveje, hvorvidt der i implementeringsprocessen findes en løsning, der gør det sociale element i interventionen valgfri.

En vigtig barriere for implementering af en intervention på en arbejdsplads er tid. I studiet af Alexandre et al. (2016), kunne deltagerne tænke sig at meditere mere i arbejdstiden, men på grund af tidspresset følte de ikke, det var muligt. For de medarbejdere, der mødtes i grupper, gav det medarbejderne en mulighed for at tage tid ud af arbejdsdagen og følge programmet (Alexandre et al. 2016). Således var det en fordel, at medarbejderne kollektivt satte tid af til programmet, da det på den måde kan anses som mere legitimt at tage tid ud af arbejdsdagen, da flere medarbejdere gør det samtidigt, frem for at der kun er én medarbejder, der gør det.

7.3 Diskussion med teori

I det følgende afsnit vil resultaterne fra det kvalitative studie og litteraturstudiet blive analyseret sammen med Kotters (1999) teori om forandringsledelse. Teorien beskrives i projektets metode afsnit 4.2.3.1. Ifølge Kotter (1999) handler en god implementering også om en god udviklingsproces. De første to faser i Kotters teori handler primært om udviklingen og forberedelsen af den gode implementering og fase tre handler om selve implementeringen (Kotter 1999). I projektets udviklingsfase er der udarbejdet en evidensbaseret videreudvikling af ABC (afsnit 5.2 og 5.3), således at den kan tilpasses den specifikke offentlige arbejdsplads. Da projektets rammer ikke muliggør udførelse af pilottest og evaluering, tager dette afsnit om implementering udgangspunkt i interventionen fremstillet i afsnit 5.3.

Fase 1

Den første fase i Kotters forandringsteori indbefatter blandt andet, at der skal tydeliggøres en oplevelse af, at forandring er nødvendig (Kotter 1999). Det ses ud fra det kvalitative studie, at medarbejderne (mikroniveau) generelt synes, at de sociale relationer er gode på arbejdspladsen, og nogle medarbejdere har derfor svært ved at komme med konkrete forslag til, hvordan de kan forbedres (Bilag 7). Det vil således være en barriere både for udviklingen og for implementeringen af interventionen, hvis medarbejderne ikke kan se vigtigheden i en intervention. Ud fra Kotters (1999) teori om forandringsledelse må leder og medarbejdere have et fælles standpunkt at arbejde ud fra. I det kvalitative studie angives der små forskelle i, hvordan mental sundhed opleves (Bilag 7). Derfor er det problematisk, hvis ikke medarbejdere og ledere har den samme forståelse af, hvad der er vigtigt for arbejdspladsen og hvordan mental sundhed skal forstås. I studiet af Dickson-Swift et al (2014) ses det, at medarbejdere og ledere ikke nødvendigvis har den samme holdning til sundhedsfremme. Denne forskellighed kan være en begrænsning i implementeringen af en intervention, da deltagerne kan komme til at tale forbi hinanden. Aktiviteten *Undervisnings i ABC* og *Diskussion i grupper* (Figur 8) er derfor vigtig at igangsætte for at sikre det fælles standpunkt, og for at det for medarbejderne på mikroniveau bliver tydeliggjort, hvad der skal til, for at der skabes forandring.

I det andet trin i første fase af Kotters (1999) teori udvælges nogle medarbejdere, der skal have ansvaret for implementeringen. I projektets case er det lederne (mesoniveau), der skal styre forandringsprocessen (Bilag 7). Hvis den gruppe, der får tildelt ansvaret for implementeringen, ikke er repræsentativ for medarbejdergruppen og derfor kommer med ideer, som resten ikke finder brugbare, vil implementeringen mislykkes (Kotter 1999).

I projektets udviklingsfase er der udarbejdet en programteori over interventionen (Figur 8), som kan overføres til at være indholdet i Kotters trin tre. På dette trin udvikles en vision eller strategi, som hjælper til med at styre implementeringsprocessen (Kotter 1999). I fase et, trin fire i Kotters (1999) teori om forandring skal interventionen formidles til medarbejderne. Her ses, at kommunikation er et tema, der går igen i både i det kvalitative studie (Bilag 7) og litteraturstudiet (Dickson-Swift et al. 2014; Corbière et al. 2009). Kommunikation i forbindelse med implementering af en sundhedsfremmende intervention kan derfor ses som en afgørende faktor i forhold til interventionens succes. Derfor skal der overvejes, hvordan medarbejderne præsenteres for interventionen. Der skal for eksempel tages stilling til, hvorvidt det skal foregå skriftligt, mundtligt eller ved en kombination af begge typer kommunikation. I det kvalitative studie fremkommer det ud fra medarbejderne, at når der skal foretages ændringer på arbejdspladsen, så fungerer det bedst at alle samles til et møde (Bilag 7). Her informeres om ændringen, hvor det også er muligt for medarbejderne at stille spørgsmål og på den måde få en bedre forståelse for det, der skal implementeres. Hensigten med mødet vil være, at den enkelte medarbejder bliver bevidst om hvilke gevinster, der er ved at deltage i interventionen. I studiet af Dickson-Swift (2014) ses også, at medarbejderne synes at de bedste interventioner, er interventioner, hvor de føler de får noget ud af det. Dette fører tilbage til trin et i Kotters (1999) teori, som viser, at der skal etableres en følelse af nødvendighed blandt medarbejderne. Et informationsmøde med medarbejderne kan således være med til at give medarbejderne indsigt i fordele ved interventionen og således øge deres motivation til deltagelse i interventionen. Samtidigt kan inddragelse af medarbejdernes synspunkter i mødet være med til at give dem en følelse af medansvar eller ejerskab over interventionen. Ifølge ABC er det nøglen til brugerorienteret udvikling, hvor de enkelte aktører har mulighed for at påvirke og udvikle processen (Koushede & Abc-partnerskabet 2018). Derfor er denne information også vigtig, således at medarbejderne kan føle ejerskab over implementeringen af ABC og få lyst til at deltage. I ABC skal kommunikationen gøres enkel ud fra de tre hovedbudskaber i ABC (Koushede & Abc-partnerskabet 2018), således at

de er letforståelige. Hvis budskaberne er enkle, så står det klart for den enkelte medarbejder, hvad han eller hun får ud af at gøre noget aktivt, meningsfyldt og sammen med andre.

Selve aktiviteterne kan kommunikeres ud på flere måder. I forhold til ABC-tankegangen er det væsentligt at tilpasse kommunikationen til den enkelte kontekst, således at budskabet kanaliseres gennem forskellige medier såsom mundtlige oplæg, e-mails med nyhedsbreve, plakater, sociale medier, kampagne og inspirationskatalog med mere (Koushede & Abc-partnerskabet 2018). Disse forskellige muligheder kan derfor anvendes som inspiration og tilpasses til den enkelte arbejdsplads.

Fase 2:

Den næste fase i Kotters teori indbefatter trin fem, hvilket handler om at fjerne forhindringer der kan påvirke implementeringen negativt (Kotter 1999). Som angivet i evalueringsafsnittet (Afsnit 6.1) har Torshavns kommune sparsomme midler til ABC. I kommunen er der to ledere (mesoniveau), der har fået til opgave at implementere ABC. Dette har de fået pålagt som en ekstra arbejdsopgave (Bilag 7), hvilket kan påvirke deres engagement, da det kan være med til at øge deres arbejdspress. Det lader desuden til, at det har været svært at komme i gang med ABC, da implementeringen af ABC er blevet udsat. Lederne fortæller dog også i interviewene, at de i forvejen føler sig presset, hvorfor det kan være svært at se, hvordan de skal have tid til at tage sig af disse nye opgaver (Bilag 7). Det kan derfor ses som en begrænsning for en vellykket implementering, at der lægges yderligere tidspres på lederne. En måde at håndtere denne udfordring er at give medarbejderne medansvar, således at de i fællesskab med lederne har ansvar for at fremme den mentale sundhed på arbejdspladsen. Dette ligger i tråd med litteraturstudiets resultater, der viser, at det kan være en fordel at inddrage medarbejderne i processen (Dickson-Swift et al. 2014).

Både i det kvalitative studie (Bilag 7) og i litteraturstudiet (Dickson-Swift et al. 2014) angives det som vigtigt for medarbejderne, at der er en god balance mellem arbejde og privatliv. Mange virksomheder tænker i dag om struktur og i mindre grad kultur (Kotter 1999) Det kan være en udfordring at være en politisk styret organisation, da politikere ofte har fokus på strukturer og arbejdsgange, der kan effektiviseres, således der opnås mest for pengene. Dette giver både medarbejderne (mikroniveau) og lederne (mesoniveau) udtryk for i det kvalitative studie, da de nævner at presset fra politikere og borgere bliver større og større på alle i kommunen (Bilag 7). Mental sundhed afhænger i høj

grad også af kulturen i virksomheden, hvorfor det kan blive en udfordring at implementere ABC på baggrund af denne tendens om at effektivisere.

Ovenstående begrænsninger kan være svære, hvis ikke umulige at fjerne. Dette skyldes blandt andet, at projektets problemstilling er kompleks og derfor er der behov for en kompleks intervention. Kotters (1999) teori omhandler, hvorledes mesoniveau kan fjerne de begrænsninger, der er. Men da begrænsningerne som er på meso- og mikroniveau, i høj grad er påvirket af de overordnede strukturer, der er dannet af kommunes øverste ledelse og politikere, er det også nødvendigt at indtænke disse i implementeringen.

Trin seks handler om at udarbejde kortsigtede mål og belønne og anerkende dem, der opnår dem (Kotter 1999). Med udgangspunkt i den udarbejdede programteori (Figur 8) udgør delmålene de kortsigtede mål for implementeringen af ABC og aktiviteterne skal føre frem til disse mål. Den enkelte arbejdsplads skal via inddragelse af medarbejderne planlægge, hvorledes de vil igangsætte aktiviteterne over en given periode. I processen er det vigtigt at anerkende og belønne medarbejderne i processen, således at de forbliver motiveret for at fortsætte.

Det syvende trin omhandler tilrettelæggelse af strategien således, at der kan skabes endnu mere forandring (Kotter 1999). Kotter (1999) mener, at processen skal tilpasses i forhold til konteksten. Dette ses også i MRC (Craig et al. 2008) samt ABC (Koushede & Abc-partnerskabet 2018). Analysen viser, at lederens rolle (på mesoniveau) er vigtig og at der er særlige kompetencer en leder skal besidde for at kunne lede en intervention som ABC, der har fokus på sociale relationers betydning for mental sundhed (Bilag 7). Samtidig er det belyst, at alle ledere ikke besidder denne evne, hvilket jævnfør programteorien (Figur 8) kan påvirke interventionens effekt. Ifølge Kotter (1999) er det essentielt at lederne har de nødvendige kompetencer for at forandringen kan ske. Derfor kunne der med fordel tilbydes opkvalificering af lederkompetencer.

Fase 3:

Det ottende trin handler om forankring af en ny arbejdskultur, hvilket ofte står i vejen for en vellykket implementering. Dette sker da medarbejderne føler sig magtesløse, da de ikke oplever, at der

er tid og ressourcer nok til at udføre den ændring, der er dem pålagt (Kotter 1999). Så selvom medarbejderne har været med i planlægningen og har accepteret den, som den er, så kan medarbejderne opleve det som svært at gøre det til en del af hverdagen (Kotter 1999). Ifølge Kotter (1999) er en af de største begrænsninger afdelingslederne, hvis disse ikke understøtter forandringen. Dette understøttes af både litteraturstudiet (Dickson-Swift et al. 2014; Corbière et al. 2009) og det kvalitative studie (bilag 7), hvor det fremgår, at det har stor betydning, at lederen forstår betydningen af de sociale relationer, for at implementeringen lykkes. Ifølge Kotter (1999) er det vigtigt, at lederen er kompetent til at lede forandringsprocesser for, at der sker en vellykket implementering. Informanterne på mesoniveau i det kvalitative studie lægger vægt på, at alle ledere på deres eget niveau (mesoniveau) skal rumme mange kompetencer, der er vigtige i forhold til en implementering. Lederen skal for det første kende sine ansatte, for at kunne tage hensyn til forskelligheder i medarbejdergruppen. Dertil skal lederen anvende være bevidst om sin lederrolle og skal kunne støtte medarbejderne (Bilag 7). Denne form for ledelse kan ses at understøtte Kotters (1999) tanker om, at lederen skal være kompetent til at lede medarbejderne. Hvis lederen ikke har kompetencer til at lede en intervention som den i indeværende projekt, kan det være en mulighed at benytte sig af tankegangen fra ABC, hvor der benyttes en ressourceperson i afdelingen til at være projektleder (Koushede & Abc-partnerskabet 2018). Fordelen ved at anvende en ressourceperson som projektleder på en større arbejdsplads er, at vedkommende kun har ansvaret for at igangsætte ABC aktiviteter og får dermed en stor kontaktflade på arbejdspladsen. På den måde kan projektlederen vejlede og inspirere til forskellige typer af aktiviteter på arbejdspladsen. Ulempen er, at en projektleder ville kræve økonomiske ressourcer og dertil ville projektlederen ikke have sin daglige gang på den enkelte afdeling, hvorfor vedkommende ikke ville have indblik i det daglige nærvær og fællesskab, som en leder har. Derudover er ulempen også, at en projektleder ikke nødvendigvis har kompetencer til at prioritere mellem fordelingen af tid og arbejdsopgaver i afdelingen. Dette gør, at det kan være svært for medarbejderne at opretholde interventionen som en del af hverdagen, hvis interventionen ikke prioriteres. Derfor kan lederens ansvar ikke helt fraskrives.

Indeværende projekts intervention har fokus på sociale relationer. Kotters (1999) forandringsteori har fokus på, hvordan lederne (mesoniveau) kan fremme en god forandringsproces. Ifølge Berkman et al. (2000) er sociale relationer i høj grad påvirket af de mere overordnede rammer (makroniveau).

Makroniveauet består ifølge Berkman et al. (2000) blandt andet af socioøkonomiske faktorer, kultur og politik. Disse elementer har indflydelse på, de sociale relationers struktur og funktion på meso- og mikroniveau. Da de forskellige niveauer har indflydelse på hinanden, vurderes det mangelfuldt udelukkende at have fokus på at udføre forandringer på mesoniveau for at fremme de sociale relationer. Alle niveauer skal medtænkes, for at implementering af en intervention skal være en succes. Gennem det kvalitative studie er det tydeligt, at arbejdsmiljøet er præget af, at der sættes krav fra politikere (makroniveau), som medarbejderne (mikroniveau) skal leve op til (Bilag 7). Derfor er det en fordel at have opbakning fra politikerne i implementeringen af interventionen. Det er dog ikke altid realistisk, at politikere yder opbakning ved at give flere ressourcer. Opbakning kan så udtrykkes ved, at politikere eksplicit oplyser, at det er vigtigt at deltage i fælles aktiviteter, der er fremsat på den enkelte arbejdsplads. På den måde kan makroniveau yde støtte således at den enkelte medarbejder oplever, at det er legitimt at prioritere tid til de fælles aktiviteter i arbejdstiden.

7.4 Sammenfatning af implementering

Der ses både muligheder og begrænsninger ved implementeringen af ABC på en offentlig arbejdsplads. Ud fra litteraturstudiet (Corbière et al. 2009; Dickson-Swift et al. 2014) og det kvalitative studie (Bilag 7) er det centralt for en god implementering at medarbejderne inddrages i implementeringsprocessen. Som vist i projektets udviklingsafsnit (afsnit 5.2) er inddragelse af medarbejderne også central for udviklingen af en intervention. I forhold til implementering kan inddragelse af medarbejderne bidrage til, at implementeringen sker på deres præmisser, for at sikre at interventionen ikke pålægger medarbejderne et øget pres til deres arbejde.

Et andet væsentligt element der også går igen i udviklingen og implementeringen af en intervention, er at tage hensyn til, at medarbejderne har forskellige personligheder og har forskellige behov i forhold til sociale relationer. En måde hvorpå der kan tages hensyn til denne forskellighed, er ved at lederne har et godt kendskab til deres ansatte og medtænker deres forskelligheder, når en intervention skal implementeres. Ud fra det kvalitative studie er der for eksempel en medarbejder, der beskriver sig selv som ekstrovert, mens en anden medarbejder ikke synes at have behov for bedre sociale relationer på arbejdspladsen, men snarere faglige relationer, der kan støtte i forhold til arbejdsopgaver (Bilag 7). Implementeringsprocessen skal således kunne rumme, at medarbejderne

ikke vil have de samme forudsætninger og den samme modtagelighed for interventionen. Da lederne har det overordnede ansvar for at interventionen implementeres, har det også en betydning, at de kender deres medarbejdere og deres behov samt at de har fokus på at fremme deres mentale sundhed. Hvis ikke lederen har fokus på mental sundhed, er der risiko for at medarbejderne ikke prioriterer det. Samtidigt er det også lederen, der går forrest i forhold til de begrænsninger, der er i forbindelse med implementeringen. Hvis lederen for eksempel sætter tid af til at implementere interventionen, giver det et budskab til medarbejderne om, at det er legitimt og en fordel at bruge tid på interventionen. Således forventes det at kunne øge motivationen hos medarbejderne til at deltage i interventionen, fordi deres leder fremhæver vigtigheden af det. Samtidig viser det kvalitative studie, at medarbejderne også mener, at de selv har et ansvar samtidigt med, at der er behov for opbakning fra makroniveau for at sikre en succesfuld implementering.

8 Metodediskussion

Dette afsnit vil fra et kritisk perspektiv diskutere projektets valgte metode. Dette gøres da projektets resultater påvirkes af de valgte metoder og kvaliteten af dem.

8.1 Overordnet metode

Med udgangspunkt i den overordnede metode for indeværende projekt vil der i dette afsnit diskuteres fordele og ulemper ved de metodiske valg i forhold til den videnskabsteoretiske position, MRC, samt valg af teoretikere i forhold til udvikling og implementering.

8.1.1 Videnskabsteoretiske position

I indeværende projekt er den hermeneutiske tilgang anvendt, som blandt andet er karakteriseret ved den hermeneutiske cirkel, hvor der sker en vekselvirkning mellem del og helhed. Der kan ikke opnås en forståelse af de enkelte dele uden, at der også er en forståelse af helheden og omvendt (Juul 2012). Hermeneutikken har været anvendelig at anvende som position, for at kunne opnå en dybere forståelse for, hvordan medarbejdere og ledere oplever muligheder og begrænsninger ved en implementering af en intervention målrettet mental sundhed med fokus på de sociale relationer.

Det ønskes i projektet at forstå, hvad medarbejdere og ledere mener, der skal til for at implementere en sundhedsfremmende intervention. Dette kræver, at forskeren kan sætte sig ind i den aktuelle kontekst og anvende denne viden, der er opnået gennem analyse af det kvalitative studie til at danne en ny forståelse, således at der kan ske en horisontsammensmeltning.

Projektet kunne have anvendt en socialkonstruktivistisk tilgang, hvor kendetegnene er, at virkeligheden anskues ud fra, at viden skabes i interaktionen med andre (Pedersen 2012). I projektet er der lagt vægt på, hvilken betydning sociale relationer har for medarbejdere og ledere på en arbejdsplads i forhold til at forbedre den mentale sundhed. Hvis den socialkonstruktivistiske tilgang var anvendt, kunne fokus være rettet mod, hvorledes mennesket er et socialt produkt, eller at samfundet er et menneskeligt produkt, idet samfundets ses ud fra en objektiv virkelighed inden for denne tilgang (Pedersen 2012). I inddragelsen af socialkonstruktivisme ville der være opnået en forståelse af, hvorledes at sociale relationer og mental sundhed er et socialt produkt frem for en dybere forståelse af informanternes oplevelse, hvilket muligvis havde ført til et andet resultat. Derudover skulle der også ændres på den metodiske tilgang, idet det ville være mere ideelt at anvende fokusgruppelinterview frem for individuelle interview, da viden opstår i interaktionen med andre mennesker. Det kunne have bidraget med en anderledes viden, men da fokus i de udførte interview var mental sundhed og det gennem projektets problemanalyse er vist, at det er præget af tabu på Færøerne, kunne det have været grænseoverskridende for informanterne at snakke om mental sundhed foran deres kollegaer.

8.1.2 Valg af udviklingsmodeller

I forbindelse med udvikling og implementering af en kompleks intervention inden for folkesundhedsvidenskab, kan det være en fordel at anvende en anerkendt og valideret model, som tager højde for udvikling, evaluering og implementering af en sundhedsfremme intervention. I projektet er MRC anvendt. PRECEDE-PROCEED modellen (PP-modellen) (Gielen et al. 2008), kunne også benyttes. PP-modellen har et større fokus på at inddrage de personer, der indgår i interventionen tidligt i processen (Gielen et al. 2008). I udviklingen af interventionen tager dette projekt udgangspunkt i medarbejderne på en arbejdsplads, hvorfor denne model også kunne have været relevant at inddrage. Derudover indtænker PP-modellen flere niveauer i organisationen, således at der medtænkes, hvad der skal gøres på både makro-, meso- og mikroniveau, hvilket også har været hovedfokus

i dette projekt. Det vurderes dog ikke, at inddragelse af denne model, havde givet andre resultater, blot struktureret projektet anderledes.

Der kunne også være valgt en MTV (Sundhedsstyrelsen 2007), idet MTV er brugbar til at udarbejde beslutningsanalyser. Den er dog ikke egnet som værktøj til at udarbejde interventioner. Da problemet for Torshavn kommune var, at de ikke kunne få tilpasset ABC til deres kontekst, blev det vurderet, at MTV ikke var brugbar til netop udarbejdelsen af dette beslutningsgrundlag.

Derfor har valget på MRC været tilfredsstillende, idet MRC-rammen er fundet brugbar til strukturering af dette omfangsrige projekt i forhold udvikling, pilottest, evaluering og implementering. Ifølge Craig et al. (2008) er udviklings- og implementeringsfasen ikke en lineær proces, men en cirkulær proces, hvor de enkelte faser påvirker internt hinanden (Craig et al. 2008). I indeværende projekt er det erfaret, at de enkelte fasers påvirkning af hinanden gør, at der sker en vekslen mellem de enkelte faser. Ifølge MRC skal der i evidensgrundlaget være systematiske review (Craig et al. 2008). I indeværende projekt er et enkelt systematisk review anvendt til udvikling af interventionen samt 3 andre studier, der tilsammen udgør evidensgrundlaget. Det anbefales, at MRC blot anvendes som et hjælperedskab til strukturering af en kompleks intervention frem for at være gældende retningslinjer (Craig et al. 2008). Brugen af MRC har givet udfordringer i forbindelse med strukturering af evalueringsfasen. Idet projektet har anvendt Dahler-Larsens virkningsevaluering (Dahler-Larsen 2009), som anbefaler at evalueringen foregår efter implementeringen, hvorimod MRC anbefaler at foretage evalueringen inden implementeringen.

8.1.3 Valg af teoretikere

8.1.3.1 Udvikling

Berkman et als. (2000) konceptuelle model er anvendt i indeværende projekt. Modellen om sociale relationer er fundet relevant i forhold til, at den inddrager makro-, meso- og mikroniveau. Derved fremgår det også, at de socialstrukturelle tilstande på makroniveau har betydning for de sociale netværk på mesoniveau, der igen indvirker på de psykosociale mekanismer på mikroniveau, der tilsammen har betydning for sundheden. Det har skabt udfordringer at anvende Berkman et al. (2000), da modellens makro-, meso- og mikroniveau ikke består af personer, men snarere strukturer og funktioner af de sociale relationer. Da der i det kvalitative interview angives, at der er informanter på alle niveauer, menes der dermed at informanterne er på forskellige samfunds niveauer og ikke

på niveauerne, som Berkman et al. (2000) opstiller. Berkman et al. (2000) lægger dog vægt på, at der i makroniveau er politik og andre samfundsmæssige elementer, der påvirker de sociale relations strukturer og funktioner på meso- og mikroniveau, hvilket har givet inspiration til, at der i et kvalitativt studie også skal tages hensyn til alle samfundsniveauer. Berkman et al.s (2000) teori har således bidraget med at opnå en forståelse for, hvordan samfundsstrukturer også påvirker individers sociale relationer.

8.1.3.2 Implementering

Kotters teori er meget overordnet og kan derfor være svær at omsætte til praksis. I mange af Kotters (1999) trin er der fokus på, at medarbejderne er engagerede og motiverede. Derimod fremlægger han ikke konkrete bud på, hvordan medarbejderne motiveres. Her ville det have været hensigtsmæssigt at have sat fokus på motivationsbegrebet i et forsøg på at gøre Kotters teori mere praksisnær. En ulempe ved at have anvendt Kotters teori er, at denne ikke fokuserer på alle niveauerne (makro, meso- og mikro). I forhold til vores case så er det kun lederne (mesoniveau) der er fokus på i Kotters teori. Jævnfør projektets problemanalyse så har alle niveauerne indflydelse på medarbejdernes mentale sundhed. Det samme gælder Berkman et al.s (2000) teori, som viser, at samfundsmæssige strukturer har indflydelse på sociale relationer. Derfor er fokus på de forskellige niveauer taget med i overvejelserne om implementering. Dog ville det have været en fordel at have anvendt en implementeringsmodel, der også medtænkte de øvrige niveauer.

8.2 Det kvalitative studie

Med udgangspunkt i den hermeneutiske tilgang i indeværende projekt, har det medført forskellige metodiske overvejelser i forhold til det kvalitative studie. I dette afsnit vil interviewguiden, interviewformen, informanter samt rammerne for interviewene diskuteres. Et kvalitetskriterie for kvalitative studier er transparens, som vil sige at metoden er beskrevet udførligt (Tanggaard & Brinkmann 2015b). Projektets vurderes at være transparent, da alle valg i metoden er dokumenteret, i projektets metodeafsnit (afsnit 4.2.1.2) samt bilag 3-7.

8.2.1 Interviewguiden

Ifølge den hermeneutiske tilgang er essensen at forstå og fortolke den viden, der fremkommer (Dahlager & Fredslund 2011). Dette kommer til udtryk i det kvalitative interview. I de indgåede interviews, har interviewerens via semistrukturerede spørgsmål ladet informanten tale, hvorved det aktuelle emne afdækkes fra forskellige vinkler, ved at informanten selv kommer ind på spørgsmålene i sin egen fortælling. Det kan dog være svært ikke at komme til at stille ledende spørgsmål og på den måde lede informanten til at svare i den retning, forskeren ønsker at få svar. Det ville have været en fordel hvis interviewerens havde stillet mere direkte spørgsmål i forhold til evaluering. Der er ikke spurgt dybdegående nok ind til, hvordan lederne konkret har tænkt sig at arbejde med interventionen og hvor mange ressourcer, der kan forventes at blive sat af til interventionen. Dette kan gøre det vanskeligt at komme med konkrete ideer til evalueringsfasen og påvirker også kvaliteten af de anbefalinger, som forskerne kommer med, da der ikke endeligt er opnået indsigt i, hvad der ønskes, samt hvor mange ressourcer der reelt er til implementeringen af ABC

8.2.2 Interviewformen

Der er valgt individuelle interview, idet det vurderes som mest hensigtsmæssigt for informanterne blandt andet på grund af, at interviewene er foregået på et andet sprog end deres modersmål. Der kunne også være anvendt fokusgruppelinterview, som kunne have givet andre resultater i form af diskussioner af de enkelte spørgsmål. Men ud fra den specifikke kontekst vurderes det bedst at anvende individuelle interviews.

Da to af projektmedlemmerne ikke taler færøsk, og da hovedparten af færingene taler dansk, blev beslutningen taget, at interviewene skulle foregå på dansk. Det færøske gruppemedlem var med til interviewene og kunne være behjælpelig med at oversætte, hvis der var behov for det. Det viste sig dog kun i enkelte tilfælde at være nødvendigt med hjælp til oversættelse af enkelte ord, hvor svarpersonerne ikke kunne huske, hvad et ord hed på dansk. Alle informanterne forstod de stillede spørgsmål og formåede at svare på dem på dansk. Derfor vurderes det ikke som en svaghed, at interviewene foregik på færingernes andet sprog. Desuden er det værd at nævne, at færingene kun har et ord for sundhed og helbred (Bilag 7). Derfor bruger færingene det samme ord for både mental helbred og mental sundhed. På dansk er det let at vide, at der er en forskel på disse to begreber, men det er ikke tilfældet på færøsk. Derfor vurderes det, at hvis interviewene havde været udført

på færøsk, så kunne der være kommet nogle anderledes svar om, hvad de forstår ved mental sundhed. Dette kan påvirke projektets gyldighed. Gyldighed vedrører om der er målt på det som der har været hensigten (Juul & Pedersen 2012).

Den manglende adskillelse af begreberne sundhed og helbred er således et aspekt som, også må tages hensyn til i implementeringen af ABC i en færøsk kontekst. Det skal gøres tydeligt for medarbejderne, at det er mental sundhed og ikke mentalt helbred, der er i fokus, da ordet helbred også kan rumme de negative elementer, mens mental sundhed mere lægger op til, hvad der holder individet sundt.

8.2.3 Informanter

Informanterne på mikroniveau var alle medarbejdere i Torshavns kommunes administration. De havde dog meget forskellige arbejdsopgaver. Det kan både være en styrke og en svaghed. Svagheden ses ved, at informanterne således repræsenterer forskellige arbejdsmiljøer og forskellige arbejdsbyrder, hvorfor det kan være en udfordring at udlede noget, der er generelt for alle. Derimod kan det være en styrke, da det gør fundet af det kvalitative studie mere overførbart til andre kontekster og andre offentlige arbejdspladser. Informanterne er på forskellige niveauer, hvilket vurderes som en styrke for projektets resultater, da de forskellige perspektiver inddrages. På mikroniveau blev fire medarbejdere interviewet. Ved det sidste interview, var der mange gentagelser fra de øvrige interview og der fremkom ikke nye informationer. Dette er et tegn på, at der er opnået et mætningspunkt. Mætningspunktet i forhold til interviews bør tilstræbes og forekommer, når der ikke fremkommer yderligere informationer ved flere interviews (Tanggaard & Brinkmann 2015b).

Overordnet set er 6 ud af 7 informanter kvinder, hvilket er en svaghed for projektet. Det er en fordel hvis der er ligevægt af mænd og kvinder for at overføre resultatet til den samlede arbejdsplads efterfølgende. Projektgruppen har ikke selv valgt informanterne, det har en sekretær inden for kommunens administration, ud fra de aldersmæssige kriterier, som er mellem 25 og 40 år.

8.2.4 Rammerne for interviewene

Rammerne for dette projekt betyder, at alle elementer af MRC skal udføres samtidigt. Ved en proces der havde længere tidshorisont, ville det være en fordel at udføre forskellige interviews. Et interview i forbindelse med udviklingen, hvorefter interventionen blev udviklet og pilottestet. Hvorefter der kunne foretages et yderligere interview, der gav viden til elementet omkring implementering. Som angivet har dette dog ikke være muligt på baggrund af rammerne for projektet.

Rammerne har ydermere betydet, at afprøvningen af interviewguide kun er afprøvet skriftligt på færing, der er sammenlignelige med informanterne. Denne afprøvning viste, at spørgsmålene var forståelige, men kun små rettelser i to af spørgsmålene. Gennem udarbejdningen af analysen, har det vist sig, at spørgsmålene ikke helt har givet svar på det ønskede. Derudover var svarene ikke uddybende nok i forhold til at udarbejde en dybdegående analyse. Det kan skyldes uerfarenhed med at interviewe. Det kunne derfor have været optimalt at udføre opfølgende interview, hvilket kunne have været i tråd med den hermeneutiske tanke, om at opnå en ny forståelse for emnet. Men på baggrund af tid og geografi har dette dog ikke været muligt.

8.3 Litteraturstudie

Den systematiske litteratursøgning har til hensigt at afdække evidensgrundlaget for projektets videreudvikling af ABC. Ifølge MRC skal en videreudvikling tage udgangspunkt i eksisterende evidens. Evidensgrundlagets styrke påvirkes af den metode, der er anvendt. Derfor vil der i dette afsnit diskuteres den metode, der i projektet er anvendt til at afdække det eksisterende evidensgrundlag.

8.3.1 Søgestrategi og anvendte søgeord

Den anvendte søgestrategi bygger på bloksøgning, hvor fire blokke som vurderes som centrale for litteratursøgningens forskningsspørgsmål. Projektets problemanalyse identificerede de 25-34-årige, som den aldersgruppe der havde dårligst mental sundhed. Til den systematiske litteratursøgning blev der dog ikke valgt at afgrænse til denne aldersgruppe, da det blev vurderet, at det ville afgrænse søgningen så meget, at det kunne blive svært at finde relevant litteratur. Det vurderes, at det i forhold til projektets case har større betydning, at arbejdspladsen indgår i de udvalgte studier frem for at det er en afgrænset aldersgruppe. Denne vurdering påvirker overførbareheden til projektets case,

som består af unge medarbejdere. Det ses dog ved det lille antal relevante studier, som litteraturstudiet mundede ud i, at det muligvis ikke er muligt at finde litteratur, der udelukkende omhandler de 25-34-årige og samtidig overholder de øvrige in- og eksklusionskriterier.

Mental sundhed og sociale relationer er to af de facetter, der er opstillet i den systematiske litteratursøgning. Dette er to fænomener, som der medfører en udfordring i, hvilke søgeord der skal anvendes. Især for 'sociale relationer' er der mange forskellige søgeord, der dækker over begrebet. I de databaser hvor der ikke var søgeord, der var lige så dækkende for facetterne som andre databaser, suppleredes søgningerne med fritekstsøgninger. Dette gav en del ekstra støj, men samtidigt gav det også nogle flere relevante hits. I nogle databaser blev det vurderet at fritekstsøgningerne gav for meget støj, eller hits der ikke var relevante, hvorfor fritekstsøgninger blev fravalgt.

8.3.1.1 Udvalgelse af litteratur

Den systematiske litteratursøgning udmundede i mange studier, der ikke havde den rigtige målgruppe. Det fremgår af litteratursøgningen, at sundhedspersonale var den medarbejdergruppe, der primært dominerede søgeresultaterne. Det viste sig derfor at være svært at finde studier, der havde den ønskede målgruppe, hvilket kan være et tegn på manglende forskning på området. Derimod kan en mulig forklaring på manglende studier også være søgestrategien for projektet. I søgestrategien er der muligvis ikke formået at finde frem til den rigtige målgruppe, hvilket kan forklares med, at målgruppen har været for snæver. Offentlige medarbejdere i Torshavns kommune omfatter også sundhedspersonale, men da projektets kvalitative studie er foretaget blandt kontormedarbejdere i administrationen i Torshavns kommune, så skal litteraturstudiets resultater kunne overføres til denne kontekst.

De inkluderede studiers målgrupper indbefatter medarbejdere, der arbejder på kontor i en større virksomhed, både privat og offentlig. Det påvirker litteraturstudiets overførbare til projektets case, at målgrupperne ikke entydigt er de samme. Det er dog vurderet, at det er sammenlignelige at arbejde i større kontormiljøer, hvor det primære arbejde er præget af computerarbejde. Ved at der manglede studier med projektets specifikke målgruppe, blev der foretaget en vurdering af de fremfundne studier for at vurdere, hvilke studier var mest overførbare. Vurderingen bygger på at

arbejdspladser, hvor arbejdet stort set var kontorarbejde, som det også er i projektets case. Dertil blev der også taget hensyn til, at arbejdspladsen var en arbejdsplads med højt arbejdspress.

De udvalgte studier anvender forskellige måleredskaber til at måle mental sundhed. Dertil viser studierne noget forskelligt. De aktiviteter der er opstillet i programteorien, som er baseret på resultater af litteraturstudiet, er til dels udelukkende bygget på fund fra et af de udvalgte studier. Det vurderes som en begrænsning i forhold til litteraturstudiets validitet, at de udvalgte studier ikke måler mental sundhed ens, samtidigt med at de interventioner som studierne omhandler, er så forskellige.

8.4 Gyldighed og overførbarehed

Kvalitetskriterier i kvalitative metode er ifølge Christensen et al. (2011) gyldighed og transparens. Kriteriet for gyldighed er, at den anvendte metode er fundet brugbar til projektet formål og det der ønskes undersøgt, er velbeskrevet (Christensen et al. 2011). I indeværende projekt udgøres metoden af det kvalitative studie og litteraturstudiet. Det vurderes, at de individuelle interviews og litteraturstudiet er fundet anvendelige til at besvare problemformuleringen og de to underliggende forskningsspørgsmål. I forhold til de individuelle interviews kan gyldigheden vurderes gennem spejlkriteriet og helhedskriteriet. Ved spejlkriteriet menes, at informanten genkender sine meninger i det, som forskeren har fortolket (Launsø et al. 2011). Det ville have styrket kvaliteten, hvis informanterne havde fået indsigt i, hvordan deres udtalelser var brugt, for således at vurdere om fortolkningerne lå i tråd ved deres holdninger. Dette var dog på grund af projektets tidsramme ikke muligt. Helhedskriteriet vedrører, hvorvidt fortolkninger medtænker de sociale og organisatoriske rammer, som informanterne befinder sig i og som deres udtalelser er påvirket af (Launsø et al. 2011). Dette er der forsøgt at tage hensyn til ved at have fokus på de forskellige niveauer (makro-, meso- og mikroniveau), for således at opnå viden om, hvordan niveauerne påvirker medarbejdernes handlemuligheder og holdninger til mental sundhed og sociale relationer.

Transparens handler om at gøre refleksioner og begrundelser, der er taget igennem processen eksplicitte, for på den måde at give læseren mulighed for at følge vejen fra forskningsspørgsmål til konklusion (Tanggaard & Brinkmann 2015a). I indeværende projekt er der forsøgt at skabe transparens ved løbende at forklare de metodiske valg eksempelvis ved at følge de forskellige analysetrin i

den hermeneutiske analysestrategi. Samtidig er der også forsøgt at skabe høj reproducerbarhed ved tydeligt at dokumentere litteratursøgningen og derved skabe transparens.

Der foreligger stærk evidens for, at sociale relationer har en positiv indflydelse på mental sundhed. Der er i projektet fundet evidens for, at dette også er gældende på arbejdspladser. Der er dog kun afdækket sparsom evidens for, hvilke aktiviteter der er de mest hensigtsmæssige at implementere på en arbejdsplads. Derimod blev der fundet evidens for at inddragelse af medarbejderne er en fordel. Derfor er en del af den udviklede intervention, at medarbejderne selv skal være med i udviklingen og dermed være med til at forme interventionen. Dette gør det muligt at tilpasse interventionen til en ny kontekst, derfor vurderes overførbarheden af projektets fund at have god overførbarhed til andre arbejdspladser.

9. Beslutningsgrundlag for implementering af videreudvikling af ABC

I det følgende fremstilles et grundlag for beslutningstagning i forhold til, hvordan den mentale sundhed på offentlige arbejdspladser på Færøerne kan forbedres. Beslutningsgrundlaget er baseret på ovenforstående diskussioner om udvikling, pilottest, evaluering og implementering af ABC. ABC er evidensbaseret og har opnået gode resultater i lande som Australien og Danmark. Derfor ses det som en mulighed at videreudvikle ABC, således at interventionen tilpasses offentlige arbejdspladser på Færøerne. Beslutningsgrundlaget er udviklet ud fra en enkelt offentlig arbejdsplads på Færøerne, men vurderes overførbart til øvrige offentlige arbejdspladser på Færøerne, da der i grundlaget er taget hensyn til forskelle mellem forskellige offentlige arbejdspladser. Budskaberne i ABC er; at gøre noget aktivt, gøre noget sammen og gøre noget meningsfuldt.

Programteorien (Figur 8) viser interventionen, som anbefales implementeret på offentlige arbejdspladser. For at opnå den størst mulige effekt af ABC er det vigtigt at udføre så stor en del af de angivne aktiviteter, som det for arbejdspladsen er muligt. ABC bygger på, at interventionen skal tilpasses den specifikke kontekst, hvor den implementeres. Dette gøres ved at inddrage medarbejderne i valg af aktiviteter, der skal implementeres. Den enkelte arbejdsplads bør se implementeringen af ABC som en proces, der skal gennemtænkes, inden den igangsættes. På den måde er det

muligt at planlægge hvor mange ressourcer, der skal anvendes gennem hele processen samt sikre en veludført implementering, hvilket også påvirker interventionens succes.

Det anbefales, at den udviklede intervention pilottestes i en afdeling, før den implementeres i hele kommunen. Pilottesten har til hensigt at afdække, om interventionen har den tilsigtede effekt, og om der er elementer af den, der skal ændres før den implementeres i en større skala. Der evalueres på aktiviteterne og på effekten af interventionen og herefter tilpasses aktiviteterne til den enkelte arbejdsplads, hvorefter den endelige implementering af interventionen sker. Det er en fordel at udføre et RCT, hvor delmålene i programteorien (Figur 8) på mikroniveau undersøges. Dette gøres ved at udvælge to sammenlignelige afdelinger i kommunen og tilfældigt udvælge, hvilken afdeling der får interventionen og hvilken der ikke får den. Derefter måles delmålene på de to afdelinger ved hjælp af spørgeskemaer for derefter at sammenligne resultaterne. Derudover anbefales det, at der udføres en kvalitativ interviewundersøgelse i den afdeling, hvor interventionen pilottestes. Denne har til hensigt at afdække, om der er elementer af interventionen, der skal ændres før interventionen implementeres i en større skala. Som en del af pilottesten anbefales det at afprøve det validerede spørgeskema WEMWBS, og dette spørgeskema anbefales til brug ved baseline og til efter endt implementering til at måle, hvorvidt medarbejderne på længere sigt opnår bedre mental sundhed.

Det anbefales, at hvis en arbejdsplads skal implementere ABC, er det første skridt at vælge repræsentanter, der har kontakt med projektlederen i Rådet for Folkesundhed (makroniveau). Repræsentanterne kan med fordel også bestå af en leder og en medarbejder for at få begge perspektiver med i samarbejdet mellem kommunen og Rådet for Folkesundhed. Dette ville være en fordel, da den vejledning, som kommunen modtager fra Rådet for Folkesundhed, bør tilpasses den enkelte kommune ud fra en dialog mellem Rådet for Folkesundhed og kommunen. Hvis repræsentanterne fra kommunen er fra meso- og mikroniveau, kan det medvirke til, at medarbejdernes perspektiv bliver inddraget fra starten. Aktiviteten på makroniveau *Undersøge behov og tilpasse vejledning* i programteorien (Figur 8), udføres på baggrund af samarbejdet og dialogen mellem Rådet for Folkesundhed og kommunens repræsentanter. I projektets case er det to ledere (mesoniveau) i kommunen, der repræsenterer kommunen i samarbejdet med Rådet for Folkesundhed. Jævnfør programteorien (Figur 8) modtager lederne (mesoniveau), information om ABC fra projektlederen (makroniveau). Dertil nedsættes der et udvalg, bestående af medarbejdere (mikroniveau) og eventuelt en

leder (mesoniveau), der kan arbejde videre med, hvilke aktiviteter der skal implementeres på den givne arbejdsplads. Der ses en mulighed i at holde informationsmøde med medarbejderne før udvalget nedsættes, da det giver medarbejderne bedre indblik i, hvad deres rolle i et udvalg vil indebære.

Ved implementering af ABC anbefales det således at starte med information om mental sundhed på mikroniveau, jævnfør programteorien (Figur 8). Denne aktivitet har til formål at øge medarbejdernes bevidsthed om, hvad mental sundhed er og hvilken betydning sociale relationer har i forbindelse med mental sundhed. Bevidstliggørelsen om mental sundhed, sociale relationer og dermed ABC kan foregå på et informationsmøde for medarbejderne (mikroniveau), hvor de får mulighed for at diskutere, hvorledes de forstår mental sundhed og hvordan den mentale sundhed kan forbedres på deres arbejdsplads. Derudover kan budskabet spredes til medarbejderne via e-mails, nyhedsbreve og plakater på arbejdspladsen. Ved at inddrage medarbejderne (mikroniveau) i processen, kan det skabe motivation for den enkelte. Det er afgørende for, hvordan medarbejderne modtager ABC, at de er motiverede, hvorfor formidling af gevinsterne af deltagelse i aktiviteterne er central for ABC's succes.

Nogle af de aktiviteter der i projektet har vist en positiv indflydelse på medarbejders mentale sundhed er: mindfulness meditation, positiv psykologi, holde kaffe/frokost pause sammen, aktive pauser med mere. Disse aktiviteter kan anvendes som inspiration til, hvilke aktiviteter der kan implementeres på arbejdspladsen, men de konkrete aktiviteter vælges ud fra medarbejdernes ønsker og behov. Det anbefales, at aktiviteterne foregår i fællesskab, da evidensen viser, at aktiviteter, som medarbejderne udfører sammen med kollegaer, har en større effekt på deres mentale sundhed. Dette skyldes, at medarbejderne i fællesskabet oplever en følelse af støtte både fagligt og personligt. Derudover anbefales det, at aktiviteterne er frivillige at deltage i, idet medarbejderne har forskellige behov og præferencer for aktiviteter.

Det afspejles i programteorien (Figur 8) at der er flere aktører, der har en indflydelse på implementering af ABC på en offentlig arbejdsplads. Ud fra programteorien ses at makroniveau (Landsstyret, kommunen og Rådet for Folkesundhed) skal sætte ressourcer af til ABC. Der er sat ressourcer af til ABC fra Landsstyret i form af en pulje til Rådet for Folkesundhed, de har valgt at bruge en stor del

af puljen til implementeringen af ABC på landsplan. Derudover har Torshavn kommune afsat ressourcer til implementeringen af ABC.

Det vurderes ud fra de ressourcer, der er afsat på nuværende tidspunkt, at nogle af de anbefalede aktiviteter på mikroniveau kan implementeres uden, at der afsættes økonomiske ressourcer fra det kommunalpolitiske niveau. Dette kan gøres ved at informationen om ABC videreformidles på allerede eksisterende personalemøder og ved at samle pauser, således at alle medarbejdere i afdelingen holder pauser sammen. Med øget mængde ressourcer vil det være muligt at bruge tid og penge på indførelse af aktiviteter som mindfulness og positiv psykologi, da disse kan kræver en vis form for introduktion for at kunne gennemføres.

På mesoniveau må der være opbakning til interventionen, især i form af at lederen sætter fokus på ABC. Det har stor betydning, at lederen på arbejdspladsen er bevidst om sin lederrolle. Ved at have fokus på sin egen rolle og være med til at motivere medarbejderne til at deltage i interventionen, kan lederen påvirke medarbejderne, således at de bliver mere modtagelig over for interventionen. Dog vil interventionen få større effekt, hvis der er opbakning fra lands- og kommunalpolitisk side, ved at der afsættes ressourcer til videreudvikling af aktiviteter, evaluering og implementering af ABC.

Nedenfor stående tabel (Tabel 6) viser en oversigt over det som der vurderes kan sættes i gang med det samme med de ressourcer som allerede er sat af til ABC i Torshavns kommune samt Rådet for Folkesundhed.

Aktivitet	Hvordan	Hvorfor	Ressourcer
Undervisning i ABC-budskaber samt vejledning (Aktiviteter på makroniveau)	Projektlederen for ABC i Rådet for Folkesundhed underviser og vejleder kommunen	Projektlederen har en faglig viden og der skal være vidensdeling fra projektlederen (makroniveau) til lederne (mesoniveau), som så kan vidensdele med medarbejderne (mikroniveau)	Kræver ressourcer fra Rådet for Folkesundhed samt tid fra cirka to repræsentanter fra kommunen.
Informationsmøde om ABC og diskussion i grupper (Aktivitet på mikroniveau)	En leder informerer om ABC. Ved mødet diskuterer medarbejderne i grupper mental sundhed og hvorledes denne kan forbedres på arbejdspladsen.	Formålet er, at medarbejderne får en fælles forståelse af hvad mental sundhed er og opnår viden om ABC-budskaberne. Diskussionen giver mulighed for, at medarbejderne kommer med forslag til konkrete aktiviteter.	Der skal afsættes tid fra medarbejdernes og lederens arbejdsdag

Nedsætte ABC udvalg (Aktivitet på mesoniveau)	Der nedsættes et udvalg bestående af en leder og en gruppe af medarbejdere	Udvalget har ansvaret for at udvælge hvilke aktiviteter der skal indføres og at igangsætte dem. Medarbejdernes inddrages i beslutningen, for at højne motivationen for deltagelse.	Der skal afsættes tid til møder for udvalgets medlemmer
Igangsætte aktiviteter (Aktivitet på mikroniveau)	De udvalgte aktiviteter implementeres på arbejdspladsen. Aktiviteterne fremsættes som frivillige og foregår i fællesskab	Ved at medarbejderne deltager i aktiviteter i fællesskab forbedres deres mentale sundhed	Det afhænger af aktiviteten.
Evaluering af ABC på arbejdspladsen	Der anvendes valide-rede spørgeskema. Dertil udføres et kvalitativt interview	Resultaterne fra spørgeskemaet anvendes til at undersøge delmålene fra programteorien. Det kvalitative interview anvendes til at undersøge, hvordan medarbejderne har oplevet processen, og om der er behov for at tilpasse interventionen.	Tid fra medarbejdernes arbejdsdag til at besvare spørgeskema og interview. Dertil vil begge analyser af resultaterne kræve ressourcer fra en fagkyndig.
Videreudvikling af aktiviteter	På arbejdspladsen bør der løbende være tilpasning af de igangværende aktiviteter. Ledere og medarbejdere mødes på tværs af afdelinger og drøfter ABC.	Tilpasning af aktiviteter undervejs, for at tilgodese medarbejdernes ønsker og behov. Således at der fortsat er fokus på forbedring af den mentale sundhed. Dette kan ske ved ideudveksling på tværs af organisationen i forhold til ABC.	Ledere og medarbejdere taler sammen i plenum Ledere afsætter tid til at mødes om ABC.

Tabel 6: Oversigt over interventionen

10 Konklusion

I dette afsnit besvares projektets problemformulering: *Hvilke muligheder og begrænsninger er der ved implementering af ABC for mental sundhed på en offentlig arbejdsplads på Færøerne med henblik på at fremme mental sundhed blandt medarbejderne?* Til besvarelse af problemformuleringen er MRC anvendt som overordnet ramme. Besvarelsen på det kvalitative studie, litteraturstudiet samt de teoretiske referencerammer er anvendt ud fra MRC's faser.

Ovenforstående afsnit om beslutningsgrundlaget redegør for resultaterne af projektets studier samt anbefalinger i forhold til implementeringen af ABC på offentlige arbejdspladser på Færøerne. Der ses generelt gode muligheder for at implementere ABC. En vigtig mulighed som med fordel kan

udnyttes, er inddragelse af medarbejdernes perspektiv. Både litteraturstudiet og det kvalitative studie viser, at ved at inddrage medarbejderne i udvikling og implementering af ABC, kan der opnås en god effekt. De sociale relationer ses at have en stor betydning for den mentale sundhed på arbejdspladsen. Den støtte medarbejderne får fra hinanden, er central og kan med fordel inddrages i ABC på arbejdspladsen. Dog ses der begrænsninger ved, at en intervention ikke kan tilgodese alle medarbejdernes behov, da medarbejderne har forskellige personligheder og forskellige behov i forhold til deres sociale relationer på arbejdspladsen. Dette kan til dels håndteres ved at indføre forskellige aktiviteter på arbejdspladsen, således at der er aktiviteter for alle. Dog skal der også tages hensyn til, at der ligger en begrænsning i, hvor mange ressourcer der kan anvendes i forhold til ABC. Der ligger en begrænsning i, at der er begrænsede ressourcer til implementeringen af ABC. Dog kan nogle af aktiviteterne i den udarbejdede programteori udføres uden at der sættes ekstra ressourcer af, ved at have fokus på sociale relationer og mental sundhed i hverdagen.

11 Referencer

- Aalborg Universitetsbibliotek, 2018. Sociological Abstracts. Available at: <http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser/info?id=1271905> [Accessed May 8, 2018].
- Allexandre, D. et al., 2016. A Web-Based Mindfulness Stress Management Program in a Corporate Call Center. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(3), pp.254–264. Available at: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00043764-201603000-00006>.
- Anon, 1953. Grundloven. Available at: <http://www.grundloven.dk/> [Accessed March 9, 2018].
- Antonovsky, A., 2000. *Helbredets mysterium : at tåle stress og forblive rask*, Kbh.: Hans Reitzel.
- Anvik, C.H. & Waldahl, R.H., 2016. *WHEN SOMEONE HAS TO TAKE CHARGE : Youth and Mental Health: Challenges, Policy and Collaboration in Iceland, the Faroe Islands and Norway*, Available at: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A968735&dswid=4687>.
- Anwar-McHenry, J. et al., 2012. Impact evaluation of the Act-Belong-Commit mental health promotion campaign. *Journal of Public Mental Health*, 11(4), pp.186–194. Available at: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/17465721211289365>.
- Basu, S., Qayyum, H. & Mason, S., 2017. Occupational stress in the ED: A systematic literature review. *Emergency Medicine Journal*, 34(7), pp.441–447.
- Behrens, R.M., 2017. Sálarlig heilsa er ov lítið raðfest. Available at: <https://kvf.fo/netvarp/sv/2017/10/10/20171010salarheilsaovlitidradfest>.
- Berkman, L.F. et al., 2000. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), pp.843–57.
- Berkman, L.F. & Krishna, A., 2014. Social network epidemiology. In L. F. Berkman, I. Kawachi, & M. M. Glymour, eds. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Bhugra, D., Till, A. & Sartorius, N., 2013. What is mental health? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), pp.3–4.
- Birkler, J., 2005. *Videnskabsteori: en grundbog*, København: Munksgaard Danmark.
- Boarini, R., 2011. The OECD Better Life Initiative. *The statistics newsletter*, July(52), pp.3–4. Available at: www.oecd.org/std/statisticsnewsletter.
- Bredgaard, T., Dahl, M.R. & Hansen, C., 2011. *Håndbog i virkningsevaluering -inden for beskæftigelsesområdet*, Available at: <http://sund-by-net.dk/wp-content/uploads/2017/06/Haandbog-i-virkningsevaluering-hs-trykkefilpdf.pdf>.
- Buus, N. et al., 2008. Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*, pp.1–8. Available at: <http://www.dsr.dk/sygeplejersken/sider/sy-2008-10-2-1-litteratursogning.aspx>.
- Campos-Matos, I., Russo, G. & Perelman, J., 2016. Connecting the dots on health inequalities - A systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), pp.1–10. Available at: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0314-z>.
- Christensen, A.I., Davidsen, M., Ekholm, O., et al., 2014. *Danskernes Sundhed – Den Nationale*

Sundhedsprofil 2013,

- Christensen, A.I., Davidsen, M., Kjølner, M., et al., 2014. What characterizes persons with poor mental health? A nationwide study in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(5), pp.446–455.
- Christensen, U., Nielsen, A. & Schmidt, L., 2011. Det kvalitative forskningsinterview. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København, pp. 61–89.
- Corbière, M. et al., 2009. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*, 33(1), pp.81–116.
- Corrall, C.J. et al., 2002. How to find evidence when you need it, part 1: Databases, search programs, and strategies. *Annals of Emergency Medicine*, 39(3), pp.302–306.
- Craig, P. et al., 2008. *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*,
- Dahlgren, L. & Fredslund, H., 2011. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard Danmark, pp. 157–181.
- Dahler-Larsen, P., 2015. Evaluering. In M. Schilling & D. Steiness, eds. *Kvalitative Metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 181–196.
- Dahler-Larsen, P., 2009. Opskrift på virkningsevaluering. In P. Dahler-Larsen, H. K. Krogstrup, & Academica, eds. *Nye Veje i Evaluering*. Academica, pp. 51–79.
- Datatilsynet, 2015. Studerendes specialeopgave mv. - Ingen krav om anmeldelse og tilladelse. Available at: <https://www.datatilsynet.dk/erhverv/studerendes-specialeopgaver-mv/> [Accessed April 19, 2017].
- Dickson-Swift, V. et al., 2014. What really improves employee health and wellbeing. *International Journal of Workplace Health Management*, 7(3), pp.138–155. Available at: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/IJWHM-10-2012-0026>.
- Diderichsen, F., Andersen, I. & Manuel, C., 2011. *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser*, København.
- Donovan, R. et al., 2016. Impact of a population-wide mental health promotion campaign on people with a diagnosed mental illness or recent mental health problem. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(3), pp.274–275.
- Donovan, R.J. et al., 2006. Implementing Mental Health Promotion: The Act–Belong–Commit Mentally Healthy WA Campaign in Western Australia. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(1), pp.33–42. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14623730.2006.9721899>.
- Durand, M., 2015. The OECD better life initiative: How's life? And the measurement of well-being. *Review of Income and Wealth*, 61(1), pp.4–17.
- Durlak, J.A. & DuPre, E.P., 2008. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3–4), pp.327–350.
- Eplov Falgaard, L. & Lauridsen, S., 2008. *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter*, Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/D18225F86E194FCAA767C8F2FD80B374.ashx>.
- Eriksen, L. et al., 2016. *Sygdomsbyrden i danmark - risikofaktorer*, København.
- Evans-Lacko, S. et al., 2014. The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *European Psychiatry*, 29(6),

pp.381–389.

Fegin, 2018. Út við Strongd - Inn við Lívsgleði. Available at: <http://fein.fo/ut-vid-strongd-inn-vid-livsgledi> [Accessed March 13, 2018].

Fleming, K.M. & Herring, M.P., 2018. The effects of pilates on mental health outcomes: A meta-analysis of controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 37(August 2017), pp.80–95. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0965229917306118>.

Fluharty, M. et al., 2017. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine and Tobacco Research*, 19(1), pp.3–13.

Fólkaheilsuráðið, 2017. *ABC fyri sálarliga heilsu*, Tórshavn. Available at: <http://docplayer.dk/55366917-Abc-fyri-salarliga-heilsu-hvat-er-abc-aetlanin.html>.

Fólkaheilsuráðið, 2018a. Fólkaheilsuráðið. Available at: www.folkaheilsa.fo [Accessed January 2, 2018].

Fólkaheilsuráðið, 2015a. *Føroyar besta land í heiminum Ein kanning hjá Fólkaheilsuráðnum grundað á OECD Better Life Initiative og Gallup World Poll*, Available at: <http://www.folkaheilsa.fo/livsnogdsemi.html>.

Fólkaheilsuráðið, 2015b. *Hvussu hevur tú tað? Ein kanning av trivnaði, heilsu og sjúku hjá vaksnum fólki í Føroyum*, Tórshavn. Available at: <http://www.folkaheilsa.fo/folkaheilsukanning+2015.html>.

Fólkaheilsuráðið, 2018b. Sunn Sinn. Available at: <http://www.folkaheilsa.fo/sunn+sinn.html>. [Accessed March 11, 2018].

Føroya Landsstýri, 1999. *Hvítabók - fylgibind 2. "Fyrisiting" Ein sjálvstøðug føroysk fyrisiting*, Tórshavn: Føroya Landsstýri.

Galderisi, S. et al., 2015. Toward a new definition of mental health. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), pp.231–3. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26043341> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4471980>.

Gariépy, G., Honkaniemi, H. & Quesnel-Vallée, A., 2016. Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), pp.284–293.

Gielen, A.C. et al., 2008. Using the Precede-Proceed model to apply health behavior theories. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. Jossey-Bass, pp. 407–430. Available at: <http://riskybusiness.web.unc.edu/files/2015/01/Health-Behavior-and-Health-Education.pdf#page=503>.

Góðan morgun Føroyar, 2017. Sálarheilsa skal á tímatalvuna. Available at: <https://kvf.fo/gmf?sid=73158>.

Griffiths, R. et al., 2007. Assessment of health, well-being and social connections: a survey of women living in Western Sydney. *International journal of nursing practice*, 13(1), pp.3–13.

Hagstova Føroya, 2016. *Faroe Islands in Figures 2016*, Available at: www.statistics.fo.

Harvey, S.B. et al., 2017. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), pp.301–310.

Herr, R. et al., 2018. Long-Term Effectiveness of Stress Management at Work: Effects of the Changes in Perceived Stress Reactivity on Mental Health and Sleep Problems Seven Years Later. *International*

Journal of Environmental Research and Public Health, 15(2), p.255. Available at:
<http://www.mdpi.com/1660-4601/15/2/255>.

Holgaard, J.E. et al., 2014. *PBL - Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser* 1. udgave., Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Holtug, N. et al., 2009. *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*, København: Sundhedsstyrelsen.

Houssemand, C. & Meyers, R., 2011. Unemployment and mental health in a favorable labor market. *International Journal of Psychology*, 46(5), pp.377–385.

Hovgaard, G., 2001. Globalisation, embeddedness and local coping strategies. A comparative and qualitative study of local dynamics in contemporary social change. , (29), p.296 s.

Iversen, L., 2003. Forebyggelse og sundhedsfremme. In L. Iversen et al., eds. *Medicinsk sociologi - Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark, pp. 275–282.

Jákupsson, N.H., 2014. Strongdkanning av limum hjá Starvsmannafelagnum. Available at:
<http://fegin.fo/strongd---eisini-ein-byrgd-hj-leisluni>.

Jalleh, G. et al., 2013. Impact on community organisations that partnered with the Act-Belong-Commit mental health promotion campaign. *Health Promotion Journal of Australia*, 24(1), pp.44–48.

Jalleh, G., Lin, C. & Donovan, R., 2016. *Evaluation of the Act-Belong-Commit Mentally Healthy WA Campaign : 2016 Survey Data By Mentally Healthy WA Faculty of Health Sciences Curtin University*,

Jensen, A.R. et al., 2018. *DANSKERNES SUNDHED - Den nationale sundhedsprofil 2017*, København S. Available at:
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~media/73EADC242CDB46BD8ABF9DE895A6132C.ashx>.

Jensen, M., 2005. Tidspresset i det moderne menneskes tilværelse – et sociologisk perspektiv på individualiseringen og usikkerheden. In A. D. Sørensen & H. J. Thomsen, eds. *Det svære liv : Om lidelsen i den moderne kultur*. Århus: Aarhus universitetsforlag, pp. 69–87.

Jensen, M.F., 2015. Litteratursøgning. In T. Jørgensen, E. Christensen, & J. P. Kampmann, eds. *Klinisk forskningsmetode - En grundbog*. Denmark: Munksgaard, p. 229.

Jørgensen, P.S., 2005. Familieliv – i en stresset kultur. In A. D. Sørensen & H. J. Thomsen, eds. *Det svære liv : Om lidelsen i den moderne kultur*. Århus: Aarhus universitetsforlag, pp. 89–103.

Juul, S., 2013. *Epidemiologi og evidens* 2nd ed., København: Munksgaard.

Juul, S., 2012. Hermeneutik. In S. Juul & K. B. Pedersen, eds. *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori En indføring*. Hans Reitzels Forlag, pp. 107–148.

Juul, S. & Pedersen, K.B., 2012. Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet. In S. Juul & K. B. Pedersen, eds. *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - en indføring*. Hans Reitzels Forlag, pp. 399–430.

Kawachi, I. & Berkman, D.L.F., 2001. Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(3), pp.458–467. Available at:
<http://link.springer.com/10.1093/jurban/78.3.458>.

Kellogg Foundation, W.K., 2004. *W.K. Kellogg Foundation Logic Model Development Guide*, Available at:
[https://www.bttop.org/sites/default/files/public/W.K. Kellogg LogicModel.pdf](https://www.bttop.org/sites/default/files/public/W.K.%20Kellogg%20LogicModel.pdf).

Keyes, C.L.M., 2013a. Mental Health Is a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the

Picture. In G. F. Bauer & O. Hämmig, eds. *Bridging Occupational, Organizational and Public Health*. Atlanta, United States: Springer, pp. 179–192.

- Keyes, C.L.M., 2013b. *Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan*, Available at: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=_Yv5_LMmPL8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Mental+Well-Being:+International+Contributions+to+the+Study+of+Positive+Mental+Health&ots=7Bf1jVLI3e&sig=wbz7kWJkLntyafleiyXMCPsDHTI%5Cnhttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=_Yv.
- Keyes, C.L.M., 2002. The Mental Health Continuum : From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behaviour*, 43(2), pp.207–222.
- Kirkwood, B.R. & Sterne, J.A.C., 2003. Essential medical statistics. , p.x, 501 s., illustreret. Available at: <http://site.ebrary.com/lib/librarytitles/docDetail.action?docID=10419207>.
- Kommunala Arbeidsgevarafelagið, 2018. Tiltak um sálarligt arbeiðsumhvørvi. Available at: <http://www.kaf.fo/um-okkum/tiltak-um-sálarligt-arbeiðsumhvørvi> [Accessed March 20, 2018].
- Kotter, J.P., 1999. *I spidsen for forandringer*, Kbh.: Peter Asschenfeldts Nye Forlag.
- Koushede, V. et al., 2018. Baggrund for indsatsen. Available at: <http://www.abcmentalsundhed.dk/hvad-er-abc/baggrund-for-indsatsen/> [Accessed February 18, 2018].
- Koushede, V. et al., 2015. From rhetoric to action: Adapting the act-belong-commit mental health promotion programme to a Danish context. *International Journal of Mental Health Promotion*, 17(1), pp.22–33.
- Koushede, V. & Abc-partnerskabet, 2018. *Mental sundhed til alle* 1. udgave. Statens Institut for Folkesundhed & S. Universitet, eds., København K. Available at: http://abcmentalsundhed.dk/media/1374/abc-bog_final_spreads_low-med-forside.pdf.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2015. *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk* 3. udgave., Kbh. : Hans Reitzel.
- Landslæknin, 2017. *Heilsulýsing fyri Føroyar 2015-2016*, Tórshavn. Available at: <https://stps.dk/da/om-os/landslaeknin/faeroesk-foeroyskt/utgavur/>.
- Landsstyret, 2004. *Folkesundhedsprogram for Færøerne*, Thorshavn. Available at: Landsstyret, 2004. Folkesundhedsprogram for Færøerne.
- Launsø, L., Rieper, O. & Olsen, L., 2011. *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* 6th ed., Kbh.: Nyt Nordisk Forlag.
- Lilja, A. et al., 2016. Experiences and explanations of mental ill health in a group of devout Christians from the ethnic majority population in secular Sweden: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(10), pp.1–10.
- Link, B.G. & Phelan, J., 1995. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior*, Spec No(1995), pp.80–94.
- Lóður, 2016. *Fólkaheilsukanning 2015 - Hvussu hevur tú tað 2015*, Tórshavn.
- Mental Capital and Wellbeing Project, 2008. *Final Project report – Executive summary*., London. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/292453/mental-capital-wellbeing-summary.pdf.
- Merton, R.K., 2017. The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological*

Review, 1(6), pp.894–904.

- Modini, M. et al., 2016. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), pp.331–336.
- Nielsen, L. et al., 2017. 'Mental health is what makes life worth living': an exploration of lay people's understandings of mental health in Denmark. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(1), pp.26–37. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/14623730.2017.1290540>.
- Nielsen, N.R. & Kristensen, T.S., 2007. *Stress i danmark - hvad ved vi?*, Available at: [http://www.sst.dk/Sundhed og forebyggelse/Stress og mental sundhed/Stress/~/_media/Sundhed og forebyggelse/Stress og mental sundhed/Stress/Stress_i_DK_11dec07.ashx](http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Stress%20og%20mental%20sundhed/Stress/~/_media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Stress%20og%20mental%20sundhed/Stress/Stress_i_DK_11dec07.ashx).
- Nielsen, S.E., Heiðunum, D. í & Laksáfoss, K., 2014. Sálarlígr heilsa er fólkaheilsa. *Sosíalúrín*, (146), p.2014.
- Nordisk ministerråd, 2018. Fakta om Færøerne. Available at: <http://www.norden.org/da/fakta-om-norden/de-nordiske-lande-og-faeroerne-groenland-og-aaland/fakta-om-faeroerne> [Accessed February 27, 2018].
- Nordisk Samarbejde, 2018. Sundhedsvæsen og sygeforsikring på Færøerne. Available at: <http://www.norden.org/fi/haloo-pohjola/faersaaret/asuminen-ja-oleskelu-faersaarilla/sundhedsvaesen-og-sygesikring-paa-faeroerne> [Accessed March 15, 2018].
- Østergaard, L.G. & Maindahl, H.T., 2016. Komplekse interventioner og rehabilitering. In T. Maribo & C. V. Nielsen, eds. *Rehabilitering - en grundbog*. Gads Forlag, pp. 199–208.
- Pedersen, K.B., 2012. Socialkonstruktivisme. In S. Juul & K. B. Pedersen, eds. *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori En indføring*. Hans Reitzels Forlag, pp. 187–232.
- Pedersen, K.M., 2013. *Sundhedsøkonomi*, København: Munksgaard.
- Porter, C.M., 2016. Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Education Journal*, 75(6), pp.753–764.
- Redsell, S.A. et al., 2017. Digital technology to facilitate Proactive Assessment of Obesity Risk during Infancy (ProAsk): A feasibility study. *BMJ Open*, 7(9), pp.1–16.
- Rienecker, L. & Jørgensen, P., 2012. *Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* 4th ed., Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Shavitt, S. et al., 2016. Culture Moderates the Relation Between Perceived Stress, Social Support, and Mental and Physical Health. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 47(7), pp.956–980.
- Sinnisbati, 2017. Sinnisbati. Available at: <http://sinnisbati.fo/> [Accessed March 11, 2018].
- Skaale, S.O. & Davidsen, A.H., 2017. *Sálarheilsan hjá føroyskum miðnámskúlanæmingum. Frágreiðing og tilmæli*, Tórshavn.
- Sørensen, A.D., 2005. Lidelsen i et kulturelt perspektiv. In A. D. Sørensen & H. J. Thomsen, eds. *Det svære liv : Om lidelsen i den moderne kultur*. Århus: Aarhus universitetsforlag, pp. 15–44.
- Statsministeriet, 2018. Den færøske hjemmestyreordning. Available at: http://www.stm.dk/_a_2565.html [Accessed March 13, 2018].
- Stefansson, C.-G., 2006. Chapter 5.5: Major public health problems — mental ill-health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(67_suppl), pp.87–103. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1080/14034950600677105>.

- Stenberg, S., 2017. Norðurlandskur toppfundur um sálarheilsu í Oslo. Available at: <http://www.himr.fo/fo/kunning/tidindi/nordurlandskur-toppfundur-um-salarheilsu-i-oslo/> [Accessed March 15, 2018].
- Sundhedsstyrelsen, 2012. *Forebyggelsespakke - Mental sundhed*, Kbh. Available at: <http://www.sst.dk/~media/D986EF821E864D089B70BADD4F7FFB8.ashx>.
- Sundhedsstyrelsen, 2007. *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*, Available at: <http://www.sst.dk/mtv>.
- Sundhedsstyrelsen, 2005. *Terminologi - forebyggelse sundhedsfremme og folkesundhed*, Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S., 2015a. Interview: Samtalen som forskningsmetode. In L. Tanggaard & S. Brinkmann, eds. *Kvalitative metoder - en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, pp. 29–53.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S., 2015b. Kvalitet i Kvalitative studier. In *Kvalitative metoder*. Hans Reitzels Forlag, pp. 521–531.
- Taylor, L. et al., 2007. *Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults; Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults*, NICE. Available at: www.nice.org.uk.
- Tennant, R. et al., 2007. The Warwick-Dinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, pp.1–13.
- Thagaard, T., 2004. Problemstilling og forskningsoplæg. In *Systematik og indlevelse - en indføring i kvalitativ metode*. Akademisk Forelag, pp. 47–63.
- Thoits, P.A., 2011. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), pp.145–161.
- Toft, E.B., Koushede, V. & Nielsen, L., 2017. *Evaluering af Act-Belong-Commit*, Available at: <http://www.abcmamentalsundhed.dk/media/1257/evaluering-af-act-belong-commit-resultater-fra-australien.pdf>.
- Umberson, D. & Karas Montez, J., 2010. Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), pp.S54–S66.
- Vaillant, G.E., 2012. Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2), pp.93–99.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T., 2014. *Sygdomsforebyggelse* 1.udgave. M. Toft, ed., Munksgaard.
- Whiteford, H.A. et al., 2013. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), pp.1575–1586.
- WHO, 2013. *Investing in mental health: Evidence for action*, Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf;jsessionid=9701EB42761C6B0F4883443813BECB26?sequence=1.
- WHO, 2003. Investing in mental health. *Investing in mental health*, pp.3–49.
- WHO, 2004. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence*., Geneve. Available at: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.

- Willig, R. & Petersen, A., 2005. Depression som funktionspatologi. In A. D. Sørensen & H. J. Thomsen, eds. *Det svære liv : Om lidelsen i den moderne kultur*. Århus: Aarhus universitetsforlag, pp. 143–159.
- Winslow, C.J. et al., 2017. An examination of two positive organizational interventions: For whom do these interventions work? *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(2), pp.129–137.

12 Bilag

Bilag 1 Oversigt over samarbejdspartnere

Følgende tabel beskriver ABC samarbejdspartnerne, deres målgruppe i forhold til ABC og hvilke initiativer de har implementeret eller har tænkt sig at implementere. Beskrivelsen er udarbejdet ud fra et referat af det sidste møde for samarbejdspartnerne. Referatet er skrevet af Projektlederen i Rådet for Folkesundhed.

Partner	Kort beskrivelse om partneren	Målgruppe	Initiativer
Lívdin (www.livdin.fo)	Kristen menighed, som ligger i Hoyvík, hvilket er en del af Tórshavns kommune. Startede i 2001 og har mange unge og unge familier. Det er en af de største menigheder i kommunen	Alle som er medlem af menigheden Borgere i Hoyvík Udlændinge	Øge borgernes kompetencer i at være noget for andre. Har ikke noget konkret tiltag endnu
Almannaverkið (av.fo)	Socialforvaltningen på Færøerne	Arbejdsløse	Vil hjælpe arbejdsløse tilbage på arbejdsmarkedet gennem et samarbejde med fx Blå Kors

Klaksvik kommune (www.klakvik.fo)	Den næststørste kommune på Færøerne med 5051 borgere	De ensomme borgere	Tiltaget "Kom med" går ud på at man skal byde noget at komme med når man går til en aktivitet, for således at skabe sammenhold og få de ensomme borgere med til aktiviteter. Har også planer om at lave et projekt der handler om at gå ture sammen
yði Krossur (redcross.fo)	Røde Kors på Færøerne Der er ca. 200 frivillige	Udlændinge	"Sambinging" er et tiltag som Røde Kors har, hvor de arrangerer forskellige aktiviteter for at få udlændinge som bor på Færøerne bedre integreret i samfundet. Herunder vil de inddrage ABC. De vil også arrangere en familielejre for familier hvor en af forældrene er udlænding
		De frivillige	Vil give de frivillige som har med mental sundhed at gøre et kursus, for at de kan være bedre rustet til at hjælpe. De vil få hjælp fra Dansk Røde Kors. Til julehyggen: Få nogen at underholde med fokus på ABC-budskabet
		Arbejdsløse	Tilbyde kursus

Blái Krossur Føroya (www.blakross.fo)	Blå Kors på Færøerne. Har til formål at hjælpe dem der har problemer med rusmidler og alkohol, samt at forebygge at mennesker får disse problemer. Der er ca. 300 frivillige og 20 medarbejdere der får løn. Der er 5 Blå Kors butikker fordelt rundt om i landet. Omsorgshjemmet har plads til 8 folk, som ikke klarer at fastholde deres bolig selv. Blåkorshjemmet, tilbyder hjælp til mennesker med problemer med alkohol eller rusmidler, samt deres pårørende. Der er plads til 12 beboere og så er der også ambulante tilbud.	De frivillige	Når der er oplysningsmøder for alle frivillige så informeres der om ABC for at gøre dem bevidste om dette
		Ansatte på omsorgshjemmet og Blå Kors Hjemmet	Gennem oplysning ønskes der at få de ansatte til at være mere bevidste om mental sundhed. Have plakater hængende oppe og forsøge at få ABC tankegangen ind som en naturlig del af dagen
		Dem med dårlig mental sundhed og ældre ensomme	"Klude Tjenesten" er en aktivitet hvor borgerne kommer og laver klude ud af gammelt tøj, som så sælges til skibe og fabrikker. Gennem denne aktivitet ønskes det at gøre borgere som ellers ikke er så aktive i samfundet at være mere aktive og give dem en følelse af at de bidrager med noget
Vága Kommuna (www.vagur.fo)	Kommunen for øen Vágar, som har 2055 borgere	Unge i kommunen	Har ikke noget konkret tiltag, da de har haft svært ved at finde ud af hvordan de skulle gribe det an.

Føroya Skótaráð (www.scout.fo)	Færøernes Spejderforbund, som har ca. 200 medlemmer	Ledere	Lave ABC til en del af lederuddannelsen
FNU (www.fnu.fo)	Færøernes natur- og miljø fællesskab, som har til formål at beskytte den færøske natur	Alle borgere	De ønsker at gøre det mere attraktivt at bruge cykel, ved at det til sommer bliver muligt for alle gratis at afprøve cykler (elcykler). Dette er dog et allerede eksisterende tiltag som er udviklet før de blev samarbejdspartnere med ABC
Parasport Føroyar (www.parasport.fo)	Det færøske handicap idrætsforbund	De borgere der har et handicap	I deres rekrutteringskampagner vil lægge mindre vægt på medaljer og mere vægt på mental sundheds gevinster
SSP (www.bvs.fo)	Et samarbejdssystem mellem skole, sociale myndigheder og politiet som arbejder med børn fra skolealder til 18 år	Børn	Har brugt ABC til forældremøder for at øge bevidstheden om mental sundhed
Sunda kommuna (www.sunda.fo)	En kommune med 1721 borgere	Alle borgere	Ønsker at have fokus på ABC i maj, hvor der er et tiltag med fokus på det at opholde sig udenfor og gå på arbejde. Vil samarbejde med idrætsforeninger fx ved at tage kontakt til en roklub og arrangere at borgere skal kunne prøve at ro i en robåd gratis
Ítróttar samband Føroya (www.isf.fo)	Det færøske sportsforbund	Sportsudøvere	Der arrangeres forelæsninger med fokus på den mentale sundhed

Sinnisbati (www.sinnisbati.fo)	En organisation som primært bygger på frivillige. Tilbyder rådgivning til personer med psykiske sygdomme og deres pårørende	Psykisk syge og deres pårørende	De mener at det de allerede gør er ABC.
Tórshavnar kommuna (www.torhavn.fo)	Den største kommune på Færøerne med 21078 borgere	Ledere ansat i kommunen	De vil sende lederne på kursus med henblik på at de skal blive mere opmærksomme på deres medarbejders mentale sundhed
		Borgere i Thorshavns kommune	De arbejder med at lave et projekt hvor man går en tur i en gruppe
Vágs kommune (www.vagur.fo)	Kommune med 1349 borgere		Der er ingen informationer fra dem endnu
Kommunufelagið (www.kf.fo)	De færøske kommuners landsforening	Kommunerne på Færøerne	De føler at de har en anderledes rolle i samarbejdet, da de ikke har direkte kontakt til borgere. Men de vil være med til at danne gode rammer for kommunikation mellem Rådet for folkesundhed og landets kommuner.

Bilag 2 Uformel samtale

Noter fra den 16. april 2018 kl. 12-13, mødelokale og frokostur i Torshavn Kommune.

Der er foretaget en uformel samtale med en ABC-projektmedarbejder i Torshavn kommune efter det optagede interview med mesoniveau (L1+L2).

- Der er ca. 2000 medarbejdere ansat i Torshavn Kommune, der er fordelt på 5 forvaltninger: Sundhed og omsorg, Børn og unge, Fritid og kultur, Bygning og transport og Miljø og trafik. Medarbejderne har mange forskellige uddannelsesbaggrunde, idet der er mange forskellige faggrupper til at varetage de forskellige erhverv, lige fra pædagog, SOSU- assistenter, folkeskolelærere, It-medarbejdere, akademikere mm.
- Kommunens arbejdspladser er fordelt på mange forskellige matrikler indenfor kommune-grænsen.
- ABC-projektmedarbejder fortæller, at der har været en oplægsholder og fortælle om ABC, men vedkommende kom ikke med nogle brugbare løsninger. Det virkede ikke som om vedkommende havde sat sig ind i Torshavn Kommune eller hvordan andre tiltag kunne tilpasses til Torshavn Kommune. Derfor synes de, de har været svært at komme i gang med ABC og hvordan de kan få sociale relationer inddraget i interventionen.
- Torshavn Kommune ønsker at sende deres ledere på kursus i anerkendende ledelse.

Bilag 3 Interviewguide

Forsknings spørgsmål til interview:

Hvordan oplever medarbejdere og ledere mental sundhed og hvilke muligheder og begrænsninger er der ved implementering af en intervention målrettet mental sundhed via sociale relationer?

Overordnet interviewguide

Undersøgelsesspørgsmål	Temaer	Interviewspørgsmål
	Briefing	Vi kommer fra uddannelsen i Folkesundhedsvidenskab i Aalborg, i Danmark og er i gang med vores speciale, der omhandler mental sundhed på Færøerne og hvilken betydning sociale relationer har på arbejdspladsen.
	Præsentation	I den forbindelse har vi fået lov til at interviewe dig. Hvis du har spørgsmål undervejs, er du velkommen til at spørge. Du har til hver en tid lov til at trække dig fra undersøgelsen uden konsekvenser. Vi laver interview på dansk. Du vil kunne få hjælp til oversættelse hvis du har brug for dette. Gennemgang af samtykkeerklæring. Interviewet kommer til at vare ca. 30-60 minutter og vil blive optaget. Dine udtalelser er anonyme og optagelsen vil blive behandlet fortroligt og det slettes igen, når vores projekt er færdigt. Vil du præsentere dig selv med navn og din jobfunktion på arbejdspladsen og din alder?

Hvad er mental sundhed?	Mental sundhed på Færøerne	Hvad tænker du, når du hører ordene mental sundhed? • <i>Forbinder du mental sundhed med noget godt eller dårligt?</i> Tror du, det er muligt at påvirke mental sundhed? • <i>Hvorfor og hvordan?</i> Hvad betyder det at være mental sund? • <i>Kan du komme med nogle eksempler, hvor du oplever mental sundhed?</i> • <i>Hvornår føler du dig mental sund?</i>
Hvilke muligheder og begrænsninger har de sociale relationer i forhold til den mentale sundhed på makroniveau?	Makro-niveau • Kultur • Politikker • Socioøkonomiske faktorer • Social ændringer	Hvilke muligheder og begrænsninger oplever du som arbejdsgiver/medarbejder i forhold til at forbedre den mentale sundhed på arbejdspladsen? • <i>Hvordan er den generelle arbejdskultur?</i> • <i>Har der været ændringer der har fået indflydelse på dine arbejdsbetingelser og dermed fået betydning for den mentale sundhed?</i> • <i>Er der nogle overordnede politikker/regler der vanskeliggøre eller muliggøre arbejdet med den mentale sundhed på arbejdspladsen?</i>
Hvilke muligheder og begrænsninger har de sociale netværk i forhold til at fremme den mentale sundhed på mezzo-niveau?	Mezzo-niveau • Social netværksstruktur • Karakteristik af netværksbånd	Hvordan oplever du at fællesskabet/sammenholdet er på arbejdspladsen? Hvilke muligheder og begrænsninger oplever du, der er for at fremme de sociale relationer på din arbejdsplads? • <i>Kan du uddybe det?</i> • <i>Føler du, at der er fokus på at have det godt sammen på din arbejdsplads? Hvordan?</i>

Hvilke muligheder og begrænsninger har de psykosociale mekanismer har betydning for den mentale sundhed på mikroniveau?	Mikro-niveau • Social støtte • Social indflydelse • Socialt engagement • Person-person kontakt	Hvad betyder sociale relationer for dig? • <i>Har størrelsen på netværket betydning eks. har få nære venner eller stort netværk betydning?</i> • <i>Hvordan oplever du det sociale samvær på din arbejdsplads?</i> • <i>Oplever du, at du får støtte fra dine kollegaer og ledere på din arbejdsplads? Hvordan?</i> • <i>Hvordan føler du at dine sociale relationer har betydning for din mentale sundhed?</i> • <i>Hvilke sociale relationer føler du har betydning for din mentale sundhed?</i> Kan du uddybe det?
På hvilken måde kan ABC anvendes i forhold til at fremme en intervention rettet mod mental sundhed?	A - Gør noget aktivt	I ABC nævner de at det er væsentligt for god mental sundhed at gøre noget fysisk, socialt, mentalt og spirituelt. Dermed er det både aktiviteter der kan foregå alene eller sammen med andre. Kan du nævne nogle aktiviteter, hvor du føler at du gør noget aktivt?
	B - Gør noget sammen	<i>Hvordan er I sociale sammen på arbejdspladsen?</i> • <i>Er det kun i arbejdstiden eller også i fritiden?</i> • <i>Kunne du forestille dig det anderledes? hvordan?</i> Hvilken betydning har sociale arrangementer på arbejdspladsen i forhold til din arbejdsglæde?
	C - Gør noget meningsfuld	Kan du fortælle mig, hvornår du synes at du udføre en meningsfuld aktivitet på arbejdspladsen? • <i>Kan du uddybe hvorfor?</i> Hvilken betydning har aktiviteten, hvis den gøres sammen med andre?

Hvilke muligheder og begrænsninger er der i forhold til at evaluere ABC og hvad er kommunens ønskede effekt?	Evaluering Dahler-Larsens virkningsevaluering	Hvad skal resultatet af ABC være for at du mener, at det er en succes? Hvornår tænker du den mentale sundhed er god på arbejdspladsen? Hvor mange ressourcer er der afsat til at arbejde med ABC i kommunen? • Hvor mange personer • Økonomi
Hvorledes kan ABC implementeres på en offentlig arbejdsplads på Færøerne?	Implementering Kotters teori om forandringsledelse	Hvilke muligheder kan du se, hvis ABC skal indføres på din arbejdsplads? Hvilke begrænsninger kan du se, hvis ABC skal indføres på din arbejdsplads? Hvilken rolle tænker du lederen/du har i forbindelse med nye tiltag? Hvordan spredes kommunikationen bedst på jeres arbejdsplads? <i>Er det via personalemøder, mails, eller anden kommunikationsvej</i> Har du nogle bud på hvilke forandringer der skal ske på arbejdspladsen for at ABC kan blive en del af kulturen?
	Debriefing	Er der noget du synes er vigtigt at få med, som jeg ikke har spurgt om. Vi gentager igen, at du til enhver tid kan trække dig fra undersøgelsen.

Interviewguide tilpasset makro-niveau

Undersøgelses-spørgsmål	Temaer	Interviewspørgsmål
	Briefing Præsentation	Vi kommer fra uddannelsen i Folkesundhedsvidenskab i Aalborg, i Danmark og er i gang med vores speciale, der omhandler mental sundhed på Færøerne. Vi har afgrænset os til især at have fokus på hvilken betydning sociale relationer har på arbejdspladsen. I den forbindelse laver vi interviews med medarbejdere, ledere og så dig der præsenterer det mere overordnede niveau. Vi spørger ikke om det samme i alle interviewene, men nogle af spørgsmålene er dog de samme. For eksempel vil vi gerne vide om alle har den samme holdning til hvad mental sundhed er. Vi laver interview på dansk. Du vil kunne få hjælp til oversættelse hvis du har brug for dette. Gennemgang af samtykkeerklæring. Hvis du har spørgsmål undervejs, er du velkommen til at spørge. Du har til hver en tid lov til at trække dig fra undersøgelsen uden konsekvenser. Interviewet kommer til at vare ca. 30-60 minutter og vil blive optaget. Dine udtalelser er anonyme og optagelsen vil blive behandlet fortroligt og det slettes igen, når vores projekt er færdigt. Vil du præsentere dig selv med navn og din jobfunktion på arbejdspladsen og alder?
Hvad er mental sundhed?	Mental sundhed på Færøerne	Hvad tænker du, når du hører ordene mental sundhed? • <i>Forbinder du mental sundhed med noget godt eller dårligt?</i> Tror du, det er muligt at påvirke mental sundhed? • <i>Hvorfor og hvordan?</i> Hvad betyder det at være mental sund? • <i>Kan du komme med nogle eksempler hvor du oplever mental sundhed?</i> • <i>Hvornår føler du dig mental sund?</i>

Hvilke muligheder og begrænsninger har de sociale relationer i forhold til den mentale sundhed på makroniveau?	Makro-niveau • Kultur • Politikker • Socio-økonomiske faktorer • Social ændringer	Hvilke muligheder og begrænsninger oplever du der kunne være generelt i forhold til at forbedre den mentale sundhed på arbejdspladsen? • <i>Hvordan er den generelle arbejdskultur på Færøerne?</i> • <i>Har der været ændringer der har fået indflydelse på arbejdsbetingelse og dermed fået betydning for den mentale sundhed?</i> • <i>Er der nogle overordnede politikker/regler der vanskeliggøre eller muliggøre arbejdet med den mentale sundhed på arbejdspladsen?</i>
Hvilke muligheder og begrænsninger har de sociale netværk i forhold til at fremme den mentale sundhed på mezzo-niveau?	Mezzo-niveau • Socialt netværksstruktur • Karakteristik af netværksbånd	Hvordan oplever du at fællesskabet/sammenholdet er på arbejdspladsen? Hvilke muligheder og begrænsninger oplever du, der er for at fremme de sociale relationer på arbejdspladser generelt? • <i>Kan du uddybe det?</i> • <i>Føler du, at der er fokus på at have det godt sammen på din arbejdsplads? Hvordan?</i>
Hvilke muligheder og begrænsninger har de psykosociale mekanismer har betydning for den mentale sundhed på mikroniveau?	Mikro-niveau • Social støtte • Social indflydelse • Social engagement • Person-person kontakt	Hvad betyder sociale relationer på arbejdspladsen? • <i>Har størrelsen på netværket betydning eks. har få nære venner eller stort netværk betydning?</i> • <i>Hvordan oplever du det sociale samvær på din arbejdsplads?</i> • <i>Oplever du, at du får støtte fra dine kollegaer og ledere på din arbejdsplads? Hvordan?</i> • <i>Hvordan føler du at dine sociale relationer har betydning for din mentale sundhed?</i> • <i>Hvilke sociale relationer føler du har betydning for din mentale sundhed?</i> Kan du uddybe det?

På hvilken måde kan ABC anvendes i forhold til at fremme en intervention rettet mod mental sundhed?	A - Gør noget aktivt	I ABC nævner de at det er væsentligt for god mental sundhed at gøre noget fysisk, socialt, mentalt og spirituelt. Dermed er det både aktiviteter der kan foregå alene eller sammen med andre. Kan du nævne nogle aktiviteter, du kunne se blive implementeret på arbejdspladsen?
	B - Gør noget sammen	<i>Hvordan er I sociale sammen på arbejdspladsen?</i> • <i>Er det kun i arbejdstiden eller også i fritiden?</i> • <i>Kunne du forestille dig det anderledes? hvordan?</i> Hvilken betydning har sociale arrangementer på arbejdspladsen i forhold til din arbejdsglæde?
	C - Gør noget meningsfuldhed	Kan du fortælle hvordan du definere en meningsfuld aktivitet på arbejdspladsen? • <i>Kan du uddybe hvorfor?</i> Hvilken betydning har aktiviteten, hvis den gøres sammen med andre?
Hvilke muligheder og begrænsninger er der i forhold til at evaluere ABC og hvad er kommunens ønskede effekt?	Evaluerings- Dahler-Larsen: Virkningsevaluering	Hvad skal resultatet af ABC være for at du mener, at det er en succes? Hvornår tænker du den mentale sundhed er god på arbejdspladsen? Hvor mange ressourcer er der afsat til at arbejde med ABC? • Hvor mange personer • Økonomi
Hvorledes kan ABC implementeres på en offentlig arbejdsplads på Færøerne?	Implementering Kotters teori om forandringsledelse-	Hvilke muligheder kan du se, hvis ABC skal indføres på din arbejdsplads? Hvilke begrænsninger kan du se, hvis ABC skal indføres på din arbejdsplads? Hvilken rolle tænker du lederen/du har i forbindelse med nye tiltag? Hvordan spredes kommunikationen bedst på jeres arbejdsplads? <i>Er det via personalemøder, mails, eller anden kommunikationsvej</i> Har du nogle bud på hvilke forandringer der skal ske på arbejdspladsen for at ABC kan blive en del af kulturen?

	Debriefing	Er der noget du synes er vigtigt at få med, som jeg ikke har spurgt om. Vi gentager igen, at du til enhver tid kan trække dig fra undersøgelsen.
--	------------	---

Interviewguide tilpasset mesoniveau

Undersøgelses-spørgsmål	Temaer	Interviewspørgsmål
	Briefing Præsentation	Vi kommer fra uddannelsen i Folkesundhedsvidenskab i Aalborg, i Danmark og er i gang med vores speciale, der omhandler mental sundhed på Færøerne og hvilken betydning sociale relationer har på arbejdspladsen. I den forbindelse har vi fået lov til at interviewe dig. Hvis du har spørgsmål undervejs, er du velkommen til at spørge. Du har til hver en tid lov til at trække dig fra undersøgelsen uden konsekvenser. Vi laver interview på dansk. Du vil kunne få hjælp til oversættelse hvis du har brug for dette. Gennemgang af samtykkeerklæring. Interviewet kommer til at vare ca. 30-60 minutter og vil blive optaget. Dine udtalelser er anonyme og optagelsen vil blive behandlet fortroligt og det slettes igen, når vores projekt er færdigt. Vil du præsentere dig selv med navn og din jobfunktion på arbejdspladsen og alder?
Hvad er mental sundhed?	Mental sundhed på Færøerne	Hvad tænker du, når du hører ordene mental sundhed? • <i>Forbinder du mental sundhed med noget godt eller dårligt?</i> Tror du, det er muligt at påvirke mental sundhed? • <i>Hvorfor og hvordan?</i> Hvad betyder det at være mental sund? • <i>Kan du komme med nogle eksempler hvor du oplever mental sundhed?</i> • <i>Hvornår føler du dig mental sund?</i>

Hvilke muligheder og begrænsninger har de sociale relationer i forhold til den mentale sundhed på makroniveau?	Makroniveau • Kultur • Politikker • Socioøkonomiske faktorer • Social ændringer	Hvilke muligheder og begrænsninger oplever du som arbejdsgiver/leder i forhold til at forbedre den mentale sundhed på arbejdspladsen? • <i>Hvordan er den generelle arbejdskultur?</i> • <i>Har der været ændringer der har fået indflydelse på arbejdsbetingelse og dermed fået betydning for den mentale sundhed?</i> • <i>Er der nogle overordnede politikker/regler der vanskeliggøre eller muliggøre arbejdet med den mentale sundhed?</i>
Hvilke muligheder og begrænsninger har de sociale netværk i forhold til at fremme den mentale sundhed på mezzoniveau?	Mezzoniveau • Socialt netværksstruktur • Karakteristik af netværksbånd	Hvordan oplever du at fællesskabet/sammenholdet er på arbejdspladsen? Hvilke muligheder og begrænsninger oplever du, der er for at fremme de sociale relationer på din arbejdsplads? • <i>Kan du uddybe det?</i> • <i>Føler du, at der er fokus på at have det godt sammen på din arbejdsplads? Hvordan?</i>
Hvilke muligheder og begrænsninger har de psykosociale mekanismer har betydning for den mentale sundhed på mikroniveau?	Mikroniveau • Social støtte • Social indflydelse • Social engagement • Person-person kontakt	Hvad betyder sociale relationer for dig på arbejdspladsen? • <i>Har størrelsen på netværket betydning eks. har få nære venner eller stort netværk betydning?</i> • <i>Hvordan oplever du det sociale samvær på din arbejdsplads?</i> • <i>Oplever du, at du får støtte fra dine kollegaer og ledere på din arbejdsplads? Hvordan?</i> • <i>Hvordan føler du at dine sociale relationer har betydning for din mentale sundhed?</i> • <i>Hvilke sociale relationer føler du har betydning for din mentale sundhed?</i>
På hvilken måde kan ABC anvendes i forhold til at fremme en intervention rettet mod mental sundhed?	A - Gør noget aktivt	I ABC nævner de at det er væsentligt for god mental sundhed at gøre noget fysisk, socialt, mentalt og spirituelt. Dermed er det både aktiviteter der kan foregå alene eller sammen med andre. Kan du nævne nogle aktiviteter, hvor du føler at du gør noget aktivt?

	B - Gør noget sammen	<i>Hvordan er I sociale sammen på arbejdspladsen?</i> • <i>Er det kun i arbejdstiden eller også i fritiden?</i> • <i>Kunne du forestille dig det anderledes? hvordan?</i> Hvilken betydning har sociale arrangementer på arbejdspladsen i forhold til din arbejdsglæde?
	C - Gør noget meningsfuld	Kan du fortælle mig, hvornår du synes at du udføre en meningsfuld aktivitet på arbejdspladsen? • <i>Kan du uddybe hvorfor?</i> Hvilken betydning har aktiviteten, hvis den gøres sammen med andre?
Hvilke muligheder og begrænsninger er der i forhold til at evaluere ABC og hvad er kommunens ønskede effekt?	Evaluerings- hler-Larsen: Virk- ningsevaluering	Hvad skal resultatet af ABC være for at du mener, at det er en succes? Hvornår tænker du den mentale sundhed er god på arbejdspladsen? Hvor mange ressourcer er der afsat til at arbejde med ABC i kommunen? • Hvor mange personer • Økonomi
Hvorledes kan ABC implementeres på en offentlig arbejdsplads på Færøerne?	Implementering Kotters teori om forandringsledelse-	Hvilke muligheder kan du se, hvis ABC skal indføres på din arbejdsplads? Hvilke begrænsninger kan du se, hvis ABC skal indføres på din arbejdsplads? Hvilken rolle tænker du lederen/du har i forbindelse med nye tiltag? Hvordan spredes kommunikationen bedst på jeres arbejdsplads? <i>Er det via personalemøder, mails, eller anden kommunikationsvej</i> Har du nogle bud på hvilke forandringer der skal ske på arbejdspladsen for at ABC kan blive en del af kulturen?
	Debriefing	Er der noget du synes er vigtigt at få med, som jeg ikke har spurgt om. Vi gentager igen, at du til enhver tid kan trække dig fra undersøgelsen.

Interviewguide tilpasset mikroniveau

Undersøgelses-spørgsmål	Temaer	Interviewspørgsmål
	Briefing Præsentation	Vi kommer fra uddannelsen i Folkesundhedsvidenskab i Aalborg, i Danmark og er i gang med vores speciale, der omhandler mental sundhed på Færøerne og hvilken betydning sociale relationer har på arbejdspladsen. I den forbindelse har vi fået lov til at interviewe dig. Hvis du har spørgsmål undervejs, er du velkommen til at spørge. Du har til hver en tid lov til at trække dig fra undersøgelsen uden konsekvenser. Vi laver interview på dansk. Du vil kunne få hjælp til oversættelse hvis du har brug for dette. Gennemgang af samtykkeerklæring. Interviewet kommer til at vare ca. 30-60 minutter og vil blive optaget. Dine udtalelser er anonyme og optagelsen vil blive behandlet fortroligt og det slettes igen, når vores projekt er færdigt. Vil du præsentere dig selv med navn og din jobfunktion på arbejdspladsen og alder?
Hvad er mental sundhed?	Mental sundhed på Færøerne	Hvad tænker du, når du hører ordene mental sundhed? • <i>Forbinder du mental sundhed med noget godt eller dårligt?</i> Tror du, det er muligt at påvirke mental sundhed? • <i>Hvorfor og hvordan?</i> Hvad betyder det at være mental sund? • <i>Kan du komme med nogle eksempler hvor du oplever mental sundhed?</i> • <i>Hvornår føler du dig mental sund?</i>

Hvilke muligheder og begrænsninger har de sociale relationer i forhold til den mentale sundhed på makroniveau?	Makroniveau • Kultur • Politikker • Socioøkonomiske faktorer • Social ændringer	Hvilke muligheder og begrænsninger oplever du som medarbejder i forhold til at forbedre den mentale sundhed på arbejdspladsen? • <i>Hvordan er den generelle arbejdskultur?</i> • <i>Har der været ændringer der har fået indflydelse på arbejdsbetingelse og dermed fået betydning for den mentale sundhed?</i> • <i>Er der nogle overordnede politikker/regler der vanskeliggøre eller muliggøre arbejdet med den mentale sundhed?</i>
Hvilke muligheder og begrænsninger har de sociale netværk i forhold til at fremme den mentale sundhed på mezzoniveau?	Mezzoniveau • Socialt netværksstruktur • Karakteristik af netværksbånd	Hvordan oplever du at fællesskabet/sammenholdet er på arbejdspladsen? Hvilke muligheder og begrænsninger oplever du, der er for at fremme de sociale relationer på din arbejdsplads? • <i>Kan du uddybe det?</i> • <i>Føler du, at der er fokus på at have det godt sammen på din arbejdsplads? Hvordan?</i> • <i>Hvordan forholder du dig til det at have gode sociale relationer, skal det kun være på arbejdspladsen eller er det ok du bruger fritiden på det.</i>
Hvilke muligheder og begrænsninger har de psykosociale mekanismer har betydning for den mentale sundhed på mikroniveau?	Mikroniveau • Social støtte • Social indflydelse • Social engagement • Person-person kontakt	Hvad betyder sociale relationer for dig på arbejdspladsen? • <i>Har størrelsen på netværket betydning eks. har få nære venner eller stort netværk betydning?</i> • <i>Hvordan oplever du det sociale samvær på din arbejdsplads?</i> • <i>Oplever du, at du får støtte fra dine kollegaer og ledere på din arbejdsplads? Hvordan?</i> • <i>Hvordan føler du at dine sociale relationer har betydning for din mentale sundhed?</i> • <i>Hvilke sociale relationer føler du har betydning for din mentale sundhed?</i>

På hvilken måde kan ABC anvendes i forhold til at fremme en intervention rettet mod mental sundhed?	A - Gør noget aktivt	Noget som forskning viser er væsentligt for god at få god mental sundhed er at gøre noget fysisk, socialt, mentalt og spirituelt. Dermed er det både aktiviteter der kan foregå alene eller sammen med andre. Kan du nævne nogle aktiviteter, hvor du føler at du gør noget aktivt?
	B - Gør noget sammen	<i>Hvordan er I sociale sammen på arbejdspladsen?</i> • <i>Er det kun i arbejdstiden eller også i fritiden?</i> • <i>Kunne du forestille dig det anderledes? hvordan?</i> Hvilken betydning har sociale arrangementer på arbejdspladsen i forhold til din arbejdsglæde?
	C - Gør noget meningsfuldhed	Kan du fortælle mig, hvornår du synes at du udføre en meningsfuld aktivitet på arbejdspladsen? • <i>Kan du uddybe hvorfor?</i> Hvilken betydning har aktiviteten, hvis den gøres sammen med andre?
Hvilke muligheder og begrænsninger er der i forhold til at evaluere ABC og hvad er kommunens ønskede effekt?	Evalueringsmetode: Kotters teori om forandringsledelse	Hvornår tænker du den mentale sundhed er god på arbejdspladsen?
Hvorledes kan ABC implementeres på en offentlig arbejdsplads på Færøerne?	Implementering Kotters teori om forandringsledelse	Hvilken rolle tænker du lederen/du har i forbindelse med nye tiltag, der indføres på arbejdspladsen? Hvis der skal indføres noget nyt på jeres arbejdsplads, hvordan tænker du så dette gøres bedst? Hvordan spredes kommunikationen bedst på jeres arbejdsplads? <i>Er det via personalemøder, mails, eller anden kommunikationsvej</i>
	Debriefing	Er der noget du synes er vigtigt at få med, som jeg ikke har spurgt om. Vi gentager igen, at du til enhver tid kan trække dig fra undersøgelsen.

Bilag 4 Transskription procedure

Initia- ler	Informant
I	Interviewer
O1	Observatør 1
O2	Observatør 2
M1	Medarbejder 1
M2	Medarbejder 2
M3	Medarbejder 3
M4	Medarbejder 4
L1	Leder 1
L2	Leder 2
PL	Projektleder
()	Beskriver stemningen eks. Griner, rømmer sig, hoster, pause, bilstøj, oversættelse af ord mm.
(())	Dobbeltparentes angiver den transskriberedes beskrivelser snarere end transskriptionen som eks. hvad deltagerne ville have sagt men pga. sprogproblemer, bliver sætningen ikke fuldkommen.
ORD	Store bogstaver angiver lyde, som er særlige kraftige i forhold til den øvrige tale som eks. grin
...	Pause
(...)	Udklip fra interview
[]	Anvendes til meningsforståelse

Eksempel på hvordan det transskriberede materiale anvendes i analysen:

"Mental sundhed er for mig at man er rask ...og at man har det godt på arbejdspladsen og at man er det sted hvor man har det sådan generelt godt..... og trives med det man laver"(L1, l. 18-20).

L1 er informanten og l. 18-20 henviser til linje numrene i transskriptionen.

Bilag 5 Informeret samtykke

Informeret samtykke (anonymt)

Ved deltagelse i et sundheds- og samfundsvidenskabeligt speciale på Aalborg Universitet, Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Niels Jernes Vej 14, 9220 Aalborg, Danmark.

Denne samtykkeerklæring får du for at sikre, at du er informeret om formålet med denne undersøgelse og for at informere om dine rettigheder i forbindelse med deltagelse i dette interview.

Formålet med interviewet er at undersøge hvordan ledere og medarbejder på arbejdspladsen kan bidrage til, at medarbejderne på arbejdspladsen har det godt, og hvilken betydning det kan have, at have gode sociale relationer på arbejdspladsen og det at have det godt på arbejdet. Vi vil derfor gerne undersøge, hvilke muligheder og begrænsninger du ser i forhold til at bedre arbejdsmiljøet på jeres arbejdsplads.

Jeg er informeret og indforstået med:

1. At interviewet er fortroligt og anonymt. Det betyder, at mit navn ikke nævnes og min identitet sløres, så jeg ikke kan genkendes i projektet.
2. At jeg deltager frivilligt i interviewet, og at jeg til enhver tid kan trække mit samtykke og forlade interviewundersøgelsen.
3. At interviewet vil blive optaget og vil kun blive anvendt af projektgruppen. Lydfilen opbevares efter gældende sikkerhedsregler, således at udefrakommende ikke kan få adgang til det og vil blive destrueret efter brug.
4. At materialet vil indgå i en analyse i gruppens projekt.
5. At det endelige projekt kan sendes til Tórshavns kommune samt Rådet for folkesundhed, såfremt de ønsker det.
6. Den viden, vi som studerende tilegner os om personlige forhold, må ikke udnyttes eller videregives til en tredje person, dog er vores vejleder og censor undtaget. Det vil være muligt for informanterne at få tilsendt en kopi af det endelige projekt over e-mail, efter at forsvaret af specialet har fundet sted.

Jeg er indforstået med ovenstående og erklærer med min underskrift samtykke i at deltage i interviewet.

Dato og underskrift:

Dato:

Navn: _____

Informeret samtykke (ikke anonymt)

Ved deltagelse i et sundheds- og samfundsvidenskabeligt speciale på Aalborg Universitet, Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Niels Jernes Vej 14, 9220 Aalborg, Danmark.

Denne samtykkeerklæring får du for at sikre, at du er informeret om formålet med denne undersøgelse og for at informere om dine rettigheder i forbindelse med deltagelse i dette interview.

Formålet med interviewet er at undersøge hvordan ledere og medarbejder på arbejdspladsen kan bidrage til, at medarbejderne på arbejdspladsen har det godt, og hvilken betydning det kan have, at have gode sociale relationer på arbejdspladsen og det at have det godt på arbejdet. Vi vil derfor gerne undersøge, hvilke muligheder og begrænsninger du ser i forhold til at bedre arbejdsmiljøet på jeres arbejdsplads.

Jeg er informeret og indforstået med:

1. At interviewet er fortroligt men ikke anonymt. Det betyder, at mit navn må nævnes og min identitet ikke sløres, og dermed kan jeg genkendes i projektet.
2. At jeg deltager frivilligt i interviewet, og at jeg til enhver tid kan trække mit samtykke og forlade interviewundersøgelsen.
3. At interviewet vil blive optaget og vil kun blive anvendt af projektgruppen. Lydfilen opbevares efter gældende sikkerhedsregler, således at udefrakommende ikke kan få adgang til det og vil blive destrueret efter brug.
4. At materialet vil indgå i en analyse i gruppens projekt.
5. At det endelige projekt kan sendes til Tórshavns kommune samt Rådet for folkesundhed, såfremt de ønsker det.
6. Den viden, vi som studerende tilegner os om personlige forhold, må ikke udnyttes eller videregives til en tredje person, dog er vores vejleder og censor undtaget. Det vil være muligt for informanterne at få tilsendt en kopi af det endelige projekt over e-mail, efter at forsvaret af specialet har fundet sted.

Jeg er indforstået med ovenstående og erklærer med min underskrift samtykke i at deltage i interviewet.

Dato og underskrift:

Dato:

Navn: _____

Bilag 6 Informationsbrev til informanter

Vi er 3 studerende fra kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Vi er i gang med at skrive vores speciale, som handler om at fremme den mentale sundhed hos medarbejdere på en offentlig arbejdsplads på Færøerne. Vi samarbejder med Rådet for folkesundhed (Fólkaheilsuráði), som har indført ABC for mental sundhed. I vores projekt ser vi på, hvad mental sundhed er for færinger, samt hvilke konkrete tiltag, der kan være gavnlige at indføre som en del af ABC-kampagnen. Som en del af projektet vil vi lave nogle interview med nogle medarbejdere samt ledere.

Formålet med interviewet er at undersøge, hvordan ledere og medarbejder på arbejdspladsen kan bidrage til at medarbejderne på arbejdspladsen har det godt, og hvilken betydning det kan have, at have gode sociale relationer på arbejdspladsen og det at synes man har det godt på arbejdet. Vi vil derfor gerne undersøge hvilke muligheder og begrænsninger du ser i forhold til at bedre arbejdsmiljøet på jeres arbejdsplads.

Det er et individuelt interview, der vil finde sted på arbejdspladsen og vare ca. 30-60 min. Det vil blive optaget for at kunne blive analyseret og fortolket til senere brug. Som informant vil du indgå anonymt og fortroligt i vores materiale. Interviewet vil foregå på dansk, men et af gruppemedlemmerne taler både færøsk og dansk, så spørgsmålene og svarene kan oversættes, hvis der er behov.

Vi håber, at I har lyst til at deltage i vores projekt.

Med venlig hilsen

Anna Helena Otthamar,
Katrine Olesen Hinge og
Rikke Holmegaard Calundan

Bilag 7 Meningsbærende enheder og kategorier

Eksempel på hvordan det transskriberede materiale anvendes i analysen:

"Mental sundhed er for mig at man er rask ...og at man har det godt på arbejdspladsen og at man er det sted hvor man har det sådan generelt godt..... og trives med det man laver"(L1, l. 18-20).

L1 er informanten og l. 18-20 henviser til linje numrene i transskriptionen.

Trin 2 - meningsbærende enheder		Trin 3 - Operationalisering i temaer
Meningsbærende enheder (citater)	Meningskategorier	Kategorier
Udvikling		
M2: ...At det er flyvsk.(l. 15) M2: Ja, at det kan være mange ting (L. 17) M3: Jamen med mental sundhed, så tænker jeg at det er man har en indre ro, at man hviler i sig selv, at man er i en eller anden form for balance både med sig selv men også med sine omgivelser. Ja altså pendanten til fysisk sundhed som er den sunde krop. Man har et sundt sind, det ligger lidt i ordet. (M3 l. 9-12) M1: For det første, når jeg tænker på nogle negative ord, så er det stress. Mental sundhed det er når man har det godt, og er rolig og har overskud til at snakke med folk og hjælpe folk og så noget. (l. 5-7) L1: Mental sundhed er for mig at man er rask og at man og at man har det godt på arbejdspladsen og at man er det sted hvor man har det sådan generelt godt..... og trives med det man laver. (L1 l. 18-20) L2: For mig handler det meget om en slags robusthed altså at man, at man er i stand til at klare de op- og nedture, som en arbejdsplads har. At man er i stand til at udføre sit arbejde. (l.22-24) PL: ... min forforståelse at, på Færøerne så er det lidt diffust hvad mental sundhed er. (PL. l. 43-44) PL: Altså nu er jeg jo meget påvirket af min stilling som projektleder, så det er ud fra WHO og Sundhedsstyrelsen jeg definerer mental sundhed og det er jo som en tilstand af trivsel og hvor	Mental sundhed er flyvsk og kan være mange ting I balance med sig selv og sine omgivelser Mental sundhed modsat stresset Rask og har det godt på arbejde Robusthed	Informanternes forståelse af mental sundhed

man som individ kan udfolde sine evner og håndtere belastninger og stress i hverdagen. Og man kan indgå i sociale fællesskaber og man kan bidrage til noget ud over en selv... Som jo også er det som WHO definerer...ligesom de her to dimensioner som man taler om hvordan skal man (?) op-levelsesdimension, at man oplever at livet er værdifuldt og man kan håndtere de forskellige ting, som man møder i livet og så den her funktionsdimension, som man kalder det i Danmark ik'. At man kan fungere i hverdagen, Ja det er den korte version. (I. 5-15)	Mental sundhed er diffust på Færøerne Forståelse af mental sundhed ligesom WHO - tilstand af trivsel	
PL: Altså hvis man også kobler arbejdsglæde til mental sundhed ik'. Så har det kæmpe betydning, fordi det er jo de sociale relationer der næsten har den største betydning for vores mentale sundhed. Så hvis du skal være glad for at komme på arbejde, så skal du også have nogle gode sociale relationer på arbejdspladsen for at trives. Et er det faglige, men hvis du ikke har det sociale, så har det stor indvirkning på din trivsel (I. 142-146). er livsåren på en arbejdsplads. ...Det vigtigste arbejde er relationsarbejdet. ... Men i virkeligheden har jo en frygtelig masse ting. Så bare det man har en kantine, det er noget af det vigtigste, fordi vi i forskellige bygninger som nogen beskriver, hvis man ikke fysisk er sammen, man ikke ser hinanden det er en fysisk barriere for at holde fast i den her relation. Derfor mener jeg det er vigtigste på en plads det er kaffepauserne. Fuldstændig. Og kanten. ...Relationerne i det daglige er jo det der mer trivslen. ... og man kan klare rigtig meget, hvis relationerne er på plads. Altså man kan klare eget pres. (L2 I. 148-158, 159-165). M1: Det er fordi hvis man finder ud af det sammen med folk og griner, så er det jo sjovt. For mig er det ikke lønnen der er det vigtigste. For så var jeg længe gået. (I. 74-75) M2: Ja, jeg har brug for at få løst mine opgaver, så derfor har jeg brug for at have nogle gode relationer ud til de mennesker, som jeg arbejder sammen med. Og det er nødvendigvis ikke kun arbejdspladsen her, det er også ud ad til...Så det betyder rigtig meget for mig med de relationer. Men ikke nødvendigvis på det sociale plan eller som venner. (M2 I. 135-140) M3: Det betyder rigtig, rigtig meget. Ja det gør det. Jeg er meget sådan, hvad skal man sige praktisk anlagt, når jeg skal bruge den aller, aller største del af de vågne timer på en arbejdsplads med de her mennesker, så er det meget vigtigt for mig, at det ikke er noget der dræner mig, det er noget der giver mig noget. At jeg får nogle meningsfulde relationer. Som jeg til en vis	Sociale relationers betydning for arbejdsglæde og mental sundhed Sociale relationer er livsåren på en arbejdsplads og bestemmer trivslen. Kanten er et vigtig mødested Sociale relationers betydning på arbejdspladsen Sociale relationer er vigtige for at få løst sine opgaver	Sociale relationers betydning på arbejdspladsen

M3: ...Vi er en lidt sammensat afdeling, vi laver jo ikke de samme ting. ...Mens jeg har meget, meget højere grad af frihed. Jeg arbejder meget hjemmefra for eksempel. Jeg er sjældent her på arbejdspladsen fra otte til fire. Det passer dårligt til min mentalitet og det med at have små børn og sådan noget. (I. 36-40) <u>Begrænsninger</u> PL: Altså begrænsningerne kan være det her med at hvis man ikke forstår hvad mental sundhed er, så er det måske svært at fremme den mentale sundhed. (I. 56-57) PL:... Så på arbejdspladsen drejer det sig også om at, ligesom Torshavn kommune har tænkt sig, at... gør lederne bevidste om hvad mental sundhed er. ... på Færøerne der har vi ikke to begreber for sundhed, altså helbred og sundhed. Vi har kun et ord som er Heilsa, (...)mit indtryk er at mange sætter det i forbindelse med psykisk sygdom. Og hvis lederne også gør det så har de måske ikke fokus på det der fremmer trivslen på arbejdspladsen, men mere hvad de skal undgå ik'. (PL I.44-47, 50-52) L1 Tiden, altså... hvordan strækker den...Hvor meget er der at lave... Det kan være en begrænsning i en periode. Eller over længere periode... , som begrænser trivslen eller den mentale sundhed. (I. 51-53) M1: Begrænsning det er når man ikke har planlægning, så bliver man rigtig begrænset i det man kan. (I. 30-31) M3: Der tror jeg nok at arbejdsbyrden vil være det eneste jeg kan komme i tanke om, som en begrænsning. Fordi man føler generelt, og det er ikke noget som er begrænset til den her afdeling, det er bare sådan det generelt det er meget indenfor det offentlige arbejde, at man konsekvent føler sig bagud. Fordi vi har simpelthen så mange opgaver og vi får ikke ressourcerne til at løse alle opgaverne. (M3, I. 22-26) L2: Tid, tid til i forhold til alt det man skal lave, fordi man skal gøre de her ting, fordi de er borgerrelateret og...(sukker) borgerne skal og politikerne vil og så videre. (L2, I. 449-451)	Frihed og tillid til at udføre opgaver Forståelse af mental sundhed som begreb Bevidstgøre lederne om hvad mental sundhed er Manglende tid og for mange arbejdsopgaver Mangel på planlægning Stor arbejdsbyrde og mangel på ressourcer Manglende tid Utilfredshed med opgaver og kolleger	
--	---	--

M2: Jeg tror enten at det er fordi man ikke kan li' de opgaver man har, at man ikke trives i de opgaver man har eller ikke trives sammen med de mennesker man arbejder sammen med. (M2, l. 47-48)		
L2: Ja, altså det er der. For det første så er det nogen store arrangementer, hvert andet år så holder kommunen en fest for hele, alle ansatte, alle 2000, det er hvert andet år. ... De her koncerter og der er julefrokost og der er julereception og der udflugter om året, eller om foråret eller om sommeren. (...) Den enkelte forvaltning holder afdelingsdage. Eller forvaltningen hvor de tager afsted sammen, hvor de gør nogle ting sammen. Det plejer at være en gang om året. (L2 l.209-214). L2: Selvom det jo ikke er det vigtigste for trivslen eller den mentale sundhed. Man kan jo godt komme til en masse koncerter og have det frygteligt i det daglige arbejde. (L2 l.186-187) M3: Vi vægter højt vores kaffepauser, som nogle gange også kan blive lidt lange. Men ellers så tror at de allerfleste oplever det som sådan noget der også giver energi til de opgaver der skal løses, at vi har det sjovt sammen og at vi griner meget. Vi kan godt lide at være sammen, efter min opfattelse. (M3. l. 55-58) L2: Men det er en konsensus. Og jeg har selv den holdning at jeg er fuldstændig ligeglad med, hvor lang frokost nej kaffepausen er. Hvis virkelig bliver meget, meget lang i langt stykke tid, så kan jeg godt finde på at sige ømmm, et eller andet. Jeg synes det er meget vigtigt, for en stor del af tiden sidder de faktisk og snakker om arbejde. (L2, l. 200-203) PL: At man for eksempel samles til forskellige ting, Det kan være til morgenmad om fredagen eller andre aktiviteter, at man lærer hinanden at kende på tværs af en afdeling eller en arbejdsplads. ... for eksempel det at de har en strikkeklub efter arbejde eller de har indendørs håndboldkamp. ... Som de jo selv nævner er med til at de trives godt og at de har en hyggelig frokost-pause, spiser sammen og at de taler sammen i pauserne og ikke sidder med deres mobil (PL, l. 120-128) M1: Men der er også fester rundt omkring. Fastelavn og sådan noget og så spiller vi fodbold med forskellige indenfor administrationen. M2: Det er forskelligt fra person til person, hvor nogle har brug for at have sine venner på arbejde og andre har ikke brug for det.... de spiller også hockey sammen om torsdagen eller om mandagen. Og der er begrænset plads så der er nogen altså også nogen fra de andre afdelinger som også spiller med i det, ikk'. Og det er jo så deres, ikk'. Så har vi også julefrokoster og så er der både fester i en gang om året, i april måned, så er der altid sådan en fest for ... (snakker færøsk) ja for administrationen. Og så er der for hele kommunen er der i maj måned hvert andet år, ja, så der er jo også nogen ting man laver sammen uden for arbejdspladsen.	Sociale arrangementer for hele kommunen Sociale arrangementer kan ikke alene styrke trivslen på arbejdet Kaffepauser vægtes højt Kaffepausen er vigtig Sociale arrangementer på arbejdspladsen Fester og fodbold Sociale arrangementer og hockey	Sociale aktiviteter betydning for de sociale relationer på arbejdspladsen

PL: Altså hvis man har den her ABC-tankegang, så er der mange muligheder. For eksempel at hvis man tænker på medarbejderniveau, altså overfor hinanden, så er det sådan noget som man møder, altså man hilser på alle for eksempel. At man spiser frokost sammen. At man ... har tillid til hinanden og kan være åbne overfor hinanden. At man kan vende sig til sine medarbejder hvis man har et fagligt spørgsmål, at man ved at man kan samarbejde. Det kan også være sådan noget som at man laver nogle ture eller udflugter sammen, altså de der ting som gør at man får nogle gode sociale relationer på arbejdspladsen. (PL. L. 97-103)	Betydningen af sociale relationer på medarbejderniveau	
L1 (I. 223): Ja det gør man i arbejdet. L2: Ja. Det er også min holdning, at det skal være i arbejdet. Fordi ellers går man ind på folks fritid altså. (I. 225-226) M1: Vi sidder med regnskabsafdelingen hvor de har sådan noget. Hver dag i ti minutter tro jeg. Og så har de sådan nogle bånd som de holder i og så laver de sådan noget gymnastik. Men det gør vi ikke. Vi løber kun efter kaffe. (I. 99-101) M2: Vi spiser jo kage hver dag, det gør vi jo og vi drikker kaffe sammen. Men vi sørger også for at der ikke er nogen der fortsætter med at arbejde, så får man lige at vide, at nu drikker vi altså kaffe, så nu skal vi også lige sørge for, at vi er der til at drikke kaffe, ikk'. Og det synes jeg jo er en aktiv del af at man ber' alle om at være med uafhængigt af om man er leder eller medarbejder. ...Og vi går til frokost sammen næsten altid og det er jo også vigtigt. Det kan vi godt lide. (griner) Vi følges i flok, hvis man kan sige det sådan. M3: Nej slet ikke. Jo undskyld, vi spiller faktisk hockey. Vi er ti kollegaer, der spiller hockey (griner) en gang om ugen, ja. Det er ikke noget initiativ fra arbejdspladsen, det er bare noget vi selv har. PL: Ja, altså, det her med arbejdsplads har jeg faktisk haft lidt svært ved fordi det har vi ikke haft så meget fokus på. Jeg har også spurgt i Danmark der har de ikke haft så meget fokus på det, og heller ikke i Australien. Men færingar har efterspurgt det på arbejdspladsen. Det er måske fordi man ikke laver så meget på arbejdspladsen i forhold til mental sundhed. Så jeg har ikke fået lavet nogle konkrete eksempler, men jeg har for eksempel når jeg har talt med dem der har efterspurgt det, så har det været det her med, hvordan tager vi imod en nyansat og får dem ind i fællesskabet og dermed at man spiser sammen. At man hilser på alle når	Gør noget aktivt i arbejdet Gør noget aktivt i arbejdet og ikke i fritiden Informant løber kun efter kaffe men i en afdeling har de gymnastik At være aktiv er at alle, både medarbejdere og leder er med i kaffepausen Hockey	Gør noget aktivt på arbejdspladsen

man møder om morgenen og ikke bare sådan ignorerer hinanden og ikke gider sige hej og, det er de små ting der faktisk tæller... ømm og åhh ja man føler man kan møde hinanden og sparre med hinanden (PL, l. 171-180)	Der mangler konkrete forslag til tiltag	
M1: Ja, altså. Jeg er altid glad, når jeg gør ting, der hjælper andre. Når jeg udfører en opgave, der gør at andre kan udføre deres opgave eller gør noget der automatisk, gør det nemmere for andre at gøre deres opgave. M2: Når jeg løser de opgaver jeg skal. M2: Jeg kan godt lide at sætte flueben. M3: Jeg tror altid, at jeg laver noget meningsfuldt på arbejde. Det er i hvert fald sådan min tilgang er til det. Også når jeg bare sidder og snakker om ingenting. (griner) Fordi jeg tror, at når man har det rigtigt godt socialt og at man tør at være åben som ting, som er fuldstændig uenige i. Så vil det også være nemmere, hvis man kender hinanden bliver det også nemmere at vide, hvordan man skal gå til dem i arbejdsrelationen, ikk'. (l. 115-120) M4: Ja for mig føles det som rutineopgaver og det føles måske ikke altid så meningsfuldt for mig personligt, men hvis jeg ikke gør det så er der noget der ikke fungerer. Så jeg bliver jo nødt til at gøre det så. For én eller anden er det jo meningsfuldt. (l. 113-115) PL: Altså, det er at den giver mening for den enkelte, altså at man føler at, altså hvis den skal være meningsfuld i forhold til et mental sundhedsfremmende perspektiv, så er det det her med, at man tager del i noget aktivitet og at det er sammen med nogle andre imens og at det kan være meningsfuldt, for eksempel kan det være hvis man i en pause siger; nu ligger vi det her puslespil, at man så samarbejder om at lægge de her brikker sammen. Og at man samtidig lærer hinanden at kende, så kan det være meningsfuld aktivitet, eller man tager et emne op som man syntes fylder lidt, at man så kan snakke om nogle ting imens man laver en aktivitet (l. 199-206) L1: ... Hvad er ABC på arbejdspladsen og der er sådan 3 punkter som hedder activity involved, som handler om... at... man overordnet inddrager medarbejder i beslutningsprocesser. Det er sådan den aktive del af den. Og så build skills, hvor det handler om, at folk skal have en følelse af at de er i udvikling og de er i flow og der er en mulighed for... kompetenceudvikling. Og den sidste er celebrate activities, det er de tre aktiviteter, som handler om ...anerkendelse, at man ser den enkelte medarbejder. (L1, l. 283-289)	Skaber glæde at hjælpe andre med opgaver Løse de opgaver informanten skal Altid meningsfuldt arbejde Rutineopgaver kan være meningsfulde opgaver for andre Gøre noget meningsfuld lige som i ABC ABC på arbejdspladsen - activity involved, build skills og celebrate activities	Meningsfulde aktiviteter på arbejdspladsen

Evaluering		
PL: Altså først og fremmest drejer det sig om at gøre folk bevidste om hvad mental sundhed er og at man kan påvirke sin mentale sundhed og hvordan man kan påvirke den. Det tror jeg ligesom er vores første skridt for at det er en succes og det er det vi er i gang med. (I. 219-221) PL: (...) Og i forhold til det med den offentlige befolkning telefoninterview, så drejer det sig om de føler, jeg tror det var noget med, om de føler at det har påvirket deres holdning til mental sundhed og deres adfærd, altså og deres resultater har vist at det er med til at afstigmatisere psykisk sygdom og gøre folk mere bevidste om deres mentale sundhed. Så det er sådan nogle resultater vi håber på at få. (PL I. 246-250) L2: ja, det er en god, altså det et rigtig godt spørgsmål. For det er der jeg også syntes vi har været lidt fumlende i forhold til det. (I. 325-326) L1: Ja, altså det vi har koncentreret os om, det som har optaget os meget. ..Det er afdelingsledernes evner eller kompetencer til at lede, øm... og så har vi sat nogle ting op som er... sådan kurser eller... kompetenceudviklende på lederniveau, også for at gøre.. lederne bevidste om deres betydning for, eller deres rolle i forhold til at fremme mental sundhed for medarbejderne. SÅ det er der vi har været. At klæde dem på og gøre dem mere bevidste om, hvad er det, der holder folk raske, eller medarbejderne raske. Og så tænker vi at vi, at vi øm.. vi skal have nogle forløb for de her afdelingsledere. Ømm.. men vi har ikke tænkt videre på, hvordan vi involverer medarbejderne senere, men vi tænker, at det er en læreproces, det her. (I. 327-334) L2: Vi skal i hvert fald forsøge at blive bedre og især det der med, at hvis man laver en undersøgelse før vi går i gang, så kører vi forløbet og siger vi, vi gjorde de og de ting og så bagefter, hvad har vi opnået. Det bliver sikker sådan noget, men vi er ikke kommet dertil endnu. (I. 351-354)	Bevidste om mental sundhed Afstigmatisering af psykisk sygdom Målet ikke fastsat endnu Fokus på afdelingsledernes kompetencer til at lede i forhold mental sundhed Måle før og efter intervention	Forventet resultat af ABC i Torshavn Kommune
L2: Vi har fået et budget. Lille budget som vi skal spæde op med forskellige ting, men vi har fået et lille budget. Men kun i 2 år. Så det vil sige efter det skal det køre, så skal det ind i almindelig lederudvikling. (I. 382-384) L1: Jeg skal også lige huske at øm... ja.. altså folk de også har et liv ved siden af, du ved altså, at man kan også som leder være så, du kan enten være meget rummelig eller du kan være meget ...	Ekstra ressourcer til ABC i 2 år	Ressourcer der er afsat i Torshavns Kommune til ABC

sådan på det faglige og så glemme lidt det sociale, du ved eller bare have det sociale og glemme det f. altså det her at være bevidste om, at der skal være en balance i mellem arbejdet og det sociale. Det faglige og det sociale. (L1 I. 397-401) PL: Altså vi har ikke sådan et, så vidt jeg ved et beløb, ligesom man har i Danmark og Australien. Folkesundhedsrådet får en (Hjælp til oversættelse) pulje en gang om året og den skal fornyes hvert år, så det, man kan egentlig ikke sige så meget for mere end et år af gangen. Men jeg er blevet ansat, så det er mig der arbejder med ABC i folkesundhedsrådet, så det er primært mig der har fået afsat ressourcer til at arbejde med ABC og det er faktisk kun ABC. Så alle de andre tiltag der som vi har der prøver jeg så måske at indtænkte ABC selvom jeg hjælper indenfor andre områder end mental sundhed og jeg arbejder 37 timer om ugen. Sidste år var det kun 30. Ja så det er ligesom de resurser der er sat af. Hvor meget det er i penge det ved jeg ikke. (I. 275-283) PL: Jeg har lige fået tilsendt fra Australien hvordan de har gjort det, men det har været med telefoninterview. Hvor de har undersøgt hvor mange der først og fremmest kender Act Belong Commit, så det tror jeg også vi vil gøre, nemlig det her med bevidstheden og så har de også undersøgt selve partnerskabet, hvordan de har oplevet indsatsen. Altså det er både med spørgeskema vi måler hvor mange tiltag de har lavet, hvor mange forelæsninger de har lavet. Godt nok er det mig der har haft alle forelæsninger indtil videre, så vi har ligesom den rolle også, men hvor mange initiativer de har haft og hvor mange, altså målgruppen, hvem målgruppen har været og hvor mange deltager til de forskellige ting. For at have en følelse af hvor meget udbredt er det på Færøerne. Og også et kvalitativt interview med nogle af partnerne. Og i forhold til det med den offentlige befolkning telefoninterview, så drejer det sig om de føler, jeg tror det var noget med, om de føler at det har påvirket deres holdning til mental sundhed og deres adfærd, altså og deres resultater har vist at det er med til at afstigmatisere psykisk sygdom og gøre folk mere bevidste om deres mentale sundhed. Så det er sådan nogle resultater vi håber på at få. (PL I. 237-250) PL: ...Men det er måske lige svært at måle om den mentale sundhed er blevet bedre endnu, fordi måske ik' har helt en oversigt over hvordan den mentale sundhed er, ud over det som I har set i den der undersøgelse, men jo det tror jeg at vi gør, men det er bare når der er tale om sundhedsfremme indsats, eller mental sundhedsfremme indsats, så er det ofte en meget langvarig proces, så du faktisk ikke kan måle virkningen før rimelig sent, men noget som jeg har opfordret nogen der har arbejdet med ABC, det har været for eksempel at bruge ...Edinburgh Mental health wellbeing scale [The Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale] for at måle lidt på det	Balance mellem det faglige og sociale Pulje er afsat til ABC tiltag, 37 timer om ugen Måle på samme måde som i Australien, telefon interview og spørgeskema Anvende The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale	
---	---	--

ik'. Men vi har ikke afgjort endnu, fordi vi har ikke lavet nogen undersøgelse endnu. Men det håber jeg vi også gør. Fordi det vil gi' mening, altså. Hvordan har det så udviklet sig til, hvordan, hvor meget har vi flyttet os til en bedre mental sundhed. (I. 253-263)		
Implementering		
M2: Vi er jo igen alle sammen specialister på vores område, så vi bliver spurgt til råds. Forandringer kan ikke implementeres uden om de specialister der er i huset. Fordi det er dem der skal håndhæve dem. Så hvis man bare siger, nu skal der ske sådan og sådan og sådan. Så kan det få kæmpe store følger uden at man er klar over det, hvis man ikke inddrager dem. Så vi er med i næsten alt. (I. 228-232) M2: Det skaber lidt uro og lidt modstand, så tager man den modstand, som den er og så tager man de konflikter, der er i forbindelse med det og så på et tidspunkt, så vænner man sig til det og så er det overstået. Men hvis man implementere et system til nogle mennesker, så kan man ligesom ikke implementere det system uden at de mennesker er med i den implementering. For ellers bliver systemet ikke særlig godt, så jeg tror det er lidt forskelligt hvornår man skal involvere mennesker i forandringer. (I. 251-256) M2: Det tror jeg ville blive lidt af et problem. Ja det tror jeg. Men det tror jeg det ville for alle. Vi vil gerne sidde ned, når vi spiser. (I. 237-238) M1: Hvis man skal gøre sådan noget, så skal man nok gøre det selv for altså jeg tror ikke at administrationen ville komme med sådan nogle idéer. Det tror jeg ikke. Så skal man komme det selv, altså fra medarbejderne. (I. 229-231) L2: Direktionen skal købe det, sådan er det. Og så håber vi, at når de så kommer [de ledere der skal deltage], at de får en god oplevelse af det. Og det tror jeg, hvis de først man har ligesom de siger I skal og så får så... det er sådan lidt pisk eller gulerod. Men så håber vi faktisk, at når de kommer på det der første sådan et, så har de købt det. Så syntes de det er godt (L2, I. 499-502) M3..., at folk er så forskellige altså selv jeg er ekstrem ekstrovert og jeg får meget af mine sociale relationer i min arbejdsplads. Jeg har mange gode veninder her og de sidder ikke nødvendigvis i den her afdeling men rundt omkring. Mens andre er det her bare et arbejde jeg er her fra otte til fire og så går jeg hjem. Og der er vores tilgange meget forskellige. (I. 201-205) PL: På lederniveau der hørte jeg blandt andet i Torshavns kommune at der nok er nogen ledere der overhovedet ikke tænker på trivsel hos medarbejderne, at der er måske stort behov for at	Specialister skal håndhæve forandringer Modstand i starten, men vigtig at involvere medarbejdere Sidde ned og spise frokost frem for gående pause sammen Initiativer komme fra medarbejdere Direktionen som bindeled for at ABC udbredes til resten af kommunen Tage højde for forskellighed ved implementering	Implementering af aktiviteter der har fokus på at forbedre den mentale sundhed på arbejdspladsen

man nemlig tænker på trivslen, fordi hvis man vil mindske sygefravær og beholde medarbejderne og gøre dem mere produktive så er det også mental sundhed man skal lægge vægt på. (l. 298-302) PL: Altså begrænsninger er det som vi allerede har mødt inden for de andre områder også det med tiden. Altså hvor meget tid får de afsat til at arbejde med mental sundhed. Fordi det kan godt være at man siger, at på den her arbejdsplads skal vi arbejde med mental sundhed, men man afsætter ikke tid til at tænke hvordan skal vi implementere det. ... Så begrænsningen er måske hvis man ikke prioritere at man altså det der kræves for at implementere det. (l. 304-309)	Ledere ikke altid bevidste om medarbejderes trivsel Tid er en begrænsning	
L2: Bæredygtig ledelse... Som leder skal vi jo lede igennem vores ansatte, altså det er ikke os, der skal gøre arbejdet, vi skal skabe et resultat gennem vores ansatte. Derfor er det også vigtigt, at en leder kender sine ansatte. Altså ved, hvad de kan altså. Hvad bliver de motiveret af. Det er også noget med at se dem, høre dem og vise anerkendelse. De ting som vi har brug for som mennesker, at bliver anerkendt. Det handler ikke bare om at blive rost, men om at blive set. Og så skal vi også sørge for, at der er, at vores medarbejder er gode til at samarbejde. Fordi hvis de er gode til at samarbejde, så har de deres relationer på plads og så har de det bedre. Og det er også vores opgave. Så det er ikke deres opgave bare. Det er også noget, som vi skal tage op. (l. 265-272) M4: Han skal først være positiv overfor det. Han må vise de andre, at der er ved at ske noget og det er godt for alle. Så er de andre mere åbne overfor det. (l. 146-147) M1: Han har en stor betydning. Det er jo ham der bestemmer. Den nye leder som jeg har, han har sat flere ting i gang så som noget udenfor arbejdstiden altså vi har filmaften, vi ser Champions League og så tager vi i byen en fredag og han fokuserer meget på det. Han har arbejdet i Danmark i Joe & The Juice og sådan noget og han fokuserer meget på trivsel og alt det der, at folk skal have det godt. Så det kan man godt mærke på. Det er stor forskel på ham og de andre ledere som var før ham. (l. 163-168) M2: Jeg tror en leder skal være bevidst om utilfredshed eller ekstra højt arbejdspress, bevidst om konflikter, og huske at når man er leder, så arbejder man med mennesker til en meget stor grad (...) Men hvis man som leder har svært ved at forstå sociale relationer eller hvor meget det egentligt fylder i hverdagen så tror jeg, at man som leder har svært ved at takle det. (l. 212-217)	Bæredygtig ledelse skaber resultater gennem medarbejderne Positiv ledelse Leder skal være igangsætter for nye initiativer og at medarbejdere trives Leder være bevidst om utilfredshed og forebygge problemer mellem medarbejdere	Lederens rolle

M3: Der har lederen en stor rolle. Jeg vil ikke lægge hele ansvaret på en leder fordi når man har voksne mennesker på en arbejdsplads, så er der en forventning til, at vi alle sammen skal bidrage. Også til den del. (I. 161-163)	Lederen har et stort ansvar, men medarbejderne skal også bidrage til fællesskabet	
L2: Altså..... Det er en politisk styret arbejdsplads. Og øhh. Kravene ind i organisationen ... Fra politikerne den forventningsafstemning er ikke på plads. Det syntes jeg ikke. ... Vi løber rigtig hurtigt... øh.. vi har stor underbemanding øhh.... Jeg er ikke sikker på vi er mere underbemandet end at man er andre steder, men det er en meget generel følelse af underbemanding. Og den er meget udbredt blandt medarbejderne. ... Så jeg synes især i den, i det vi kalder administrationen som er 150 medarbejdere, centraladministrationen i kommunen. At der løber vi RIGTIG stærkt. (L2, I. 57-64) L2: Og hvis de øverste lag, har så travlt som de har og vi har VIRKELIG travlt, vi løber meget, meget stærkt. Så spejler det sig ned i organisationen og der er nogen ledere der konstant har møder i frokostpausen. De mødes med nogen og spiser imens i de holder møder. Så det handler ligeså meget om at, in the mind at man føler man har travlt, fordi man ser andre har travlt. Det syntes jeg påvirker lidt vores pause, naturlige pause. (L2 I. 195-199) L1: Ja, men det vi skal koncentrere os om, det er, at man som arbejdsplads skal gøre sit til at bevare folks mentale sundhed. (L1. I. 413-414) M2: ... Det er hårdtarbejdende mennesker, det er det. Det går stærkt. Der er stor social samhørighed. Vi har flere mennesker, flere medarbejdere der har arbejdet her i den samme afdeling med de samme opgaver i femten tyve år. Det gør så, det gør at man kender hinanden, fordi man har arbejdet sammen i mange år, ikke. Så på den måde er der en samhørighed både på grund af det og også fordi man sidder med nogle opgaver, hvor man er meget afhængig af hinanden. Så det er vigtigt at man har et godt samarbejde. (I. 51-53) M2: Altså afdelingen er jo... vi er jo faktisk alle sammen specialister indenfor vores område, ik'. Og det gør jo at man køre meget selvstændigt selvom man er afhængig af hinanden, ik'. ...Så vi har ret frie tøjler til at styre arbejdet sådan som vi har brug for det, så vi kan overholde vores deadlines. Så jeg synes at vi får den plads vi har brug for. Og den tillid som er nødvendigt, for at vi kan gøre vores arbejde. M1: Og der var folk der blev sygemeldt med stress og der er en lige nu, der er stresset. Men det kan også være noget på hjemmebanen og sådan noget, det er svært at sige om det kun er arbejde. Men planlægning er et key-word som man siger. (I. 26-28)	Politisk styret arbejdsplads Travlhed forplanter sig i organisationen Skabe arbejdsplads der bevarer medarbejdernes mentale sundhed Chef og kolleger har betydning for god arbejdskultur Social samhørighed Arbejdsmiljø, stress og sygemeldinger	Arbejdsmiljø og arbejdskultur

PL: Altså det er meget det her med at tale om det som noget positivt, at man fortæller at det er noget der fremmer og styrker os som mennesker og ikke noget der gør os syge og det negative fokus. Og at man holder det simpelt, altså med de 3 budskaber. ...At være aktiv og være sammen og gøre noget meningsfuldt... Det kunne være man holder et oplæg til et ...medarbejdermøde, at man har et oplæg måske. At man fortæller om ABC. Det synes jeg er en god mulighed. Fordi, det har jeg i hvert fald oplevet selv nu hvor jeg har været ude, at så har jeg sat dem ud i grupper til så at tale om jamen hvad er mental sundhed for os på vores arbejdsplads? Så man relaterer det til sit eget arbejde. Og ikke alle de andre forskellige kontekster der er. Så det er en måde at kommunikere det ud. Og så at man måske laver nogle aktiviteter som man siger det her er ABC aktiviteter. Så man er bevidst om at lige det her er faktisk med til at fremme min mentale sundhed, eller gøre at vi lærer hinanden bedre at kende og styrke fællesskabet i på arbejdspladsen. (PL, l. 328-340) M4: Når det er store ændringer så er det bedst, at alle mødes og lederen fortæller det face-to-face. Men det ret ofte at det sker, at det bare sendes ud på mail. Og det er ikke altid, at alle er så tilfredse med det. De vil gerne have det fortalt og kunne spørge ind til det. (l. 152-154) M3: Altså. Hvis det kun bliver instruks fra en leder så vil det falde til jorden efter noget tid. Du kan få voksen mennesker til at lege med til en vis grad, og så er det det. Men på en eller anden måde, så må man få folk til at få et ejerskab af det og føle at det giver mening for dem. Og de føler, at de også har været med til at beslutte hvilken aktivitet det så blev til. Det kunne være at lederne skulle sætte rammerne: Vi skal lave noget hver morgen, men jeg vil gerne have nogle forslag til hvad det så er, hvad ville være det bedste for den brede forsamling. (l. 193-198) M1: som vi gør så er det hvis man smider en bold op i luften og hvis der er ingen der løfter den, så nå okay det var ikke en god idé. Men altså jeg tror at man skal tænke på at alle forslag, altså alle kollegerne skal kunne være med på det altså hvis det skal være bowling eller hvad det nu skal være.	Positivt og simpelt budskab, at relatere mental sundhed til medarbejdernes eget arbejde Mødes face-to-face og fortælle om implementering Instruks ikke nok, folk skal have ejerskab Medarbejdere komme med forslag eks. bowle	Kommunikation i forhold til implementering af ABC

Bilag 8 Søgebilag

Dette bilag beskriver og dokumenterer litteraturstudiets søgestrategi. Søgebilaget har til formål at bidrage til reproducerbarheden og transparensen af den systematiske litteratursøgning. Formålet med litteratursøgningen er at svare på forskningsspørgsmål 2: *Hvilken evidens foreligger der på området omkring interventioner, der fremmer den mentale sundhed på arbejdspladsen med fokus på de sociale relationer?*

Bloksøgning

Til den systematiske litteratursøgning bruges blok- eller facet søgning som søgestrategi. Bloksøgning sikrer systematik og er nem at redegøre for (Buus 2008). Ud fra ovenstående søgespørgsmål opstilles følgende facetter:

Facet 1 Problem	Facet 2 Fænomen	Facet 3 Kontekst A	Facet 4 Kontekst B
Mental sundhed	Sociale relationer	Sundhedsfremme	Arbejdsplads

Tabel 4: Facetter til bloksøgningen i den systematiske litteratursøgning

I hver database findes kontrollerede emneord, der vurderes at dække over ovenforstående facetter. Inspiration til de kontrollerede emneord er fundet i projektets indledende søgninger samt Berkman et al.s (2000) model om sociale relationer. Disse er samlet i nedenstående tabel og anvendes som inspiration til at finde kontrollerede emneord i søgningerne i de forskellige databaser.

	Mental sundhed	Sociale relationer	Sundhedsfremme	Arbejdsplads
OR	Mental health	Family Relations	Health promotion	Work
	Well-being	Intergroup Relations	Public Health Promotion	Workplace
	Psychological well-being	Interpersonal Relations	Public Health Campaign	Workers
	(Mental illness)	Interpersonal Interaction	Prevention	work-based intervention
		Peer Relations	Intervention	(work environment) "quality of working life"
		Peer Group Self Concept Social behavior Social Groups Social Interaction Social Identity Social Network Social Relations Social Support Social Desirability		

Tabel over søgeord anvendt til inspiration til søgningerne i alle databaser.

I hver database blev der søgt på alle søgeord i ovenforstående tabel.

Søgetermerne kombineres med den boolske operatør OR og facetterne kombineres med AND. I de databaser, hvor der ikke er indekserede søgetermer der er dækkende for alle facetter suppleres facetten med fritekstsøgning. Fritekstsøgning anvendes også for at udvide søgninger i de databaser, hvor søgningen ikke har resulteret i nogle relevante hits. En ulempe ved at anvende frittekstsøgning

er, at der kan være mange hits, der ikke er relevante, da søgningen bliver bredere. I de forskellige databaser er fritekstsøgninger afprøvet. I nogle databaser fremkom der mange hits som ikke var relevante, hvorfor fritekstsøgninger er fravalgt. I andre databaser er fritekstsøgninger anvendt som supplement til de kontrollerede emneord anvendt.

Valg af databaser

Nedenfor stående tabel viser, hvilke databaser der søges på, samt hvorfor disse er udvalgt.

Database	Begrundelse for valg af database
PubMed	Stor biomedicinsk og sundhedsvidenskabelig database, som forventes at indeholde en bred vifte af relevante artikler
Embase	En biomedicinsk database, som indeholder mange europæiske studier, hvorfor det forventes at studierne i høj grad kan overføres til en færøsk kontekst
Psycinfo	En database med fokus på psykologiske fagområder, hvilket vurderes at kunne bidrage med relevant viden da søgningen har fokus på mental sundhed
Sociological Abstract	Samfundsvidenskabelig database, som især forventes at kunne bidrage med litteratur omhandlende sociale relationer
Cinahl	En biomedicinsk og sygeplejefaglig database, hvilken forventes at kunne bidrage med kvalitativ forskning med fokus på borgerperspektivet
Cochrane	En database der indeholder mange metaanalyser og systematiske oversigtsartikler, hvorfor den udvælges for at finde litteratur med høj evidens

Oversigt over valgte databaser og begrundelse for valg

Dokumentation af søgninger

Nedenfor dokumenteres søgningerne i de udvalgte databaser

Embase

Database (dato)	Facet 1 Mental sundhed	Facet 2 Sociale relationer	Facet 3 Sundhedsfremme	Facet 4 Arbejdsplads
Embase (12.04.18) OR	Emtree: 'mental health'/exp (hits: 127.043) 'wellbeing'/exp (hits: 63.302) ((('psychological well-being' hits: 12.695))	Emtree: 'social behavior'/exp (Hits: 1.524.683) 'social support'/exp (Hits: 77.076)	Emtree: 'health promotion'/exp (Hits: 87.397) 'prevention' (Hits: 1.275.166) 'workplace intervention' (hits: 269)	Emtree: 'employee'/exp (Hits: 14.245) 'workplace'/exp (Hits: 34.066) 'quality of working life'/exp (Hits: 424)
	Fritekst:	Fritekst: "Social group" (Hits: 2.122)		Fritekst:
	172.689	1.563.228	2.052.115	321.563
	Facet 1 AND 2 AND 3 AND 'workplace'/exp: 247 hits			

Screenshot af søgningen i Embase:

Embase®

Search Emtree Journals **Results** My tools Katrine Olesen Hinge Logout (1)

+ Expand — Collapse all Apply >	☐ #23 #3 AND #8 AND #17 AND #22	5,951
Sources ▼	☐ #22 #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #21	313,870
Drugs ▼	☐ #21 'quality of working life'/exp	424
Diseases ▼	☐ #20 #15 AND #19	6
Devices ▼	☐ #19 #3 AND #17 AND #18	1,090
Floating Subheadings ▼	☐ #18 #9 OR #10 OR #11	1,379,872
Age ▼	☐ #17 #12 OR #13	313,833
Gender ▼	☐ #16 #3 AND #8 AND #15	15
Study types ▼	☐ #15 'workplace intervention'	269
Publication types ▼	☐ #14 'work-based intervention'	6
Journal titles ▼	☐ #13 'work'/exp	313,832
Publication years ▼	☐ #12 'workplace'/exp	34,673
Authors ▼	☐ #11 'intervention study'/exp	35,590
Conference Abstracts ▼	☐ #10 'prevention'/exp	1,275,516
Drug Trade Names ▼	☐ #9 'health promotion'/exp	87,415
Drug Manufacturers ▼	☐ #8 #5 OR #6 OR #7	1,564,748
Device Trade Names ▼	☐ #7 'social group'	2,122
Device Manufacturers ▼	☐ #6 'social behavior'/exp	1,525,122
	☐ #5 'social support'/exp	77,101
	☐ #4 'family relation'/exp	94,002
	☐ #3 #1 OR #2	172,741
	☐ #2 'wellbeing'/exp	63,323
	☐ #1 'mental health'/exp	127,078

Embase®

Search Emtree Journals **Results** My tools Katrine Olesen Hinge Logout (1)

Search > Mapping **▼** Date **▼** Sources **▼** Fields **▼** Quick limits **▼** EBM **▼** Pub. types **▼** Languages **▼** Gender **▼** Age **▼** Animal **▼** Search tips **▼**

Results Filters

+ Expand **— Collapse all** **Apply >**

History Save | Delete | Print view | Export | Email **Combine >** using ☒ And ☐ Or **^ Collapse**

Sources ▼	☐ #31 #3 AND #9 AND #15 AND #18	247
Drugs ▼	☐ #30 #3 AND #9 AND #15	10,998
Diseases ▼	☐ #29 #15 AND #18	6,817
Devices ▼	☐ #28 #3 AND #27	26
Floating Subheadings ▼	☐ #27 #13 AND #18	247
Age ▼	☐ #26 #1 AND #9 AND #15 AND #20	672
Gender ▼	☐ #25 #9 AND #15 AND #20 AND #24	227
Study types ▼	☐ #24 #1 AND #2	17,656
Publication types ▼	☐ #23 #19 AND #22	7
Journal titles ▼	☐ #22 #3 AND #9 AND #15	10,998
Publication years ▼	☐ #21 #3 AND #9 AND #15 AND #20	1,123
Authors ▼	☐ #20 #16 OR #17 OR #18 OR #19	321,563
Conference Abstracts ▼	☐ #19 'quality of working life'/exp	424
Drug Trade Names ▼	☐ #18 'workplace'/exp	34,666
Drug Manufacturers ▼	☐ #17 'employee'/exp	14,245
	☐ #16 'work'/exp	313,735
	☐ #15 #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14	2,052,115
	☐ #14 'work-based intervention'	6
	☐ #13 'intervention study'/exp	35,569
	☐ #12 'intervention'/exp OR 'intervention'	776,612

PubMed

Data-base (dato)	Facet 1 Mental sundhed	Facet 2 Sociale relationer	Facet 3 Sundhedsfremme	Facet 4 Arbejdsplads
24/4-18	'Mental health'/exp (30.598)	'Social support'/exp (63.237) 'Interpersonal Relations'/exp (300.579) 'Peer Group'/exp (18.047) 'Social Behavior'/exp (225.982)	'Health Promotion'/exp (68.216) 'Primary Prevention' (16.680)	'Workplace'/exp (18.946) 'Work-Life Balance' (172)
	"Well being" (61.541)	"Social relation*" (81)	Intervention (7.057.939) "Health promotion" (96.970)	Employee* (61.174) Workplace (42.267)
	88.801	535.331	7.110.284	96.221
	1 AND 2 AND 3 AND 4: 284			

Screenshot af søgningen i PubMed:

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#66	Add	Search (((((((("Social Support"[Mesh]) OR "Interpersonal Relations"[Mesh]) OR "Peer Group"[Mesh]) OR "Social Behavior"[Mesh]) OR "Social relation"*)) AND (((("Health Promotion"[Mesh]) OR "Primary Prevention"[Mesh:NoExp]) OR intervention) OR "Health promotion")) AND (((("Workplace"[Mesh]) OR "Work-Life Balance"[Mesh]) OR Employee*) OR workplace)) AND (("Mental Health"[Mesh]) OR "Well being"))	284	06:15:25
#65	Add	Search (((("Workplace"[Mesh]) OR "Work-Life Balance"[Mesh]) OR Employee*) OR workplace	96221	06:14:46
#63	Add	Search workplace	42267	06:06:35
#57	Add	Search Employee*	61174	06:01:32
#54	Add	Search "Work-Life Balance"[Mesh]	172	06:00:13
#49	Add	Search "Workplace"[Mesh]	18946	05:58:38
#46	Add	Search (((("Health Promotion"[Mesh]) OR "Primary Prevention"[Mesh:NoExp]) OR intervention) OR "Health promotion"	7110284	05:57:46
#45	Add	Search "Health promotion"	96970	05:57:05
#44	Add	Search intervention	7057938	05:56:28
#42	Add	Search "Primary Prevention"[Mesh:NoExp]	16680	05:55:34
#39	Add	Search "Health Promotion"[Mesh]	68216	05:54:18
#36	Add	Search (((((((("Social Support"[Mesh]) OR "Interpersonal Relations"[Mesh]) OR "Peer Group"[Mesh]) OR "Social Behavior"[Mesh]) OR "Social relation"*))	535331	05:53:19
#35	Add	Search "Social relation"	81	05:52:32
#32	Add	Search "Social Behavior"[Mesh]	225982	05:49:00
#29	Add	Search "Peer Group"[Mesh]	18047	05:48:10
#27	Add	Search "Interpersonal Relations"[Mesh]	300579	05:46:42
#25	Add	Search "Social Support"[Mesh]	63237	05:44:49
#20	Add	Search ("Mental Health"[Mesh]) OR "Well being"	88801	05:41:21
#19	Add	Search "Well being"	61541	05:40:58
#18	Add	Search "Mental Health"[Mesh]	30598	05:37:37

Psycinfo

Database 13.4.2018	Facet 1 Mental sundhed	Facet 2 Sociale relationer	Facet 3 Sundhedsfremme	Facet 4 Arbejds- plads
	'Mental Health'/exp (58,731) 'Quality Of Life'/exp (38,616) 'Well Being' (37970)	'Social Behavior'/exp. (18.115) 'Social Support' (34.026) 'Interpersonal Relation- ships' (17.401) 'Social Groups' (4.418)	Intervention (55364) Group Intervention (1681) Workplace Interven- tion (327) (3 artikler) Mental Health Pro- grams (4563)	
				Fritekst Work 545129
	127.280	323,93	61,553	545129
	1 AND 2 AND 3 AND Work: 85			

Screenshot af søgningen i PsycInfo:

Facet 1:

English Login Help Admin Center Contact Us

APA PsycNET® AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

SEARCH BROWSE APA THESAURUS Recent Searches My List My PsycNET

127,280 Results for **Index Terms:** (Mental Health) OR (Community Mental Health) OR (Quality Of Life) OR (Quality of Work Life) OR (Well Being) [Edit Search](#) [+ New Search](#) [Save](#) [Share](#) [Alert](#) [RSS](#)

All (127,280) PsycINFO (120,616) PsycARTICLES (5,306) PsycTESTS (1,358) PsycTHERAPY (0)

Search Within Results

Filter Results

Publication Type

Journal (98,597)

Peer Reviewed Journal (97,537)

Book (14,768)

Edited Book (12,779)

Dissertation Abstract (11,112)

All ☐ [Print](#) [Email](#) [Share](#) [Star](#) Sort By Year 25

Show All Abstracts 1 2 3 4 5

- Journal Article

Relationship between adult attachment and god to attachment with mental health mediation resilience.

Kheiroddin, Jalil Babapour; Sharifi, Hamid Pour; Bonab, Bagher Ghojari; Khanjani, Zeinab; & Bahrami, Mohsen

Journal of Psychology, Vol 21(4), Win 2018, 369-383

[Abstract](#) [References](#) [+ Add To My List](#) [AUB Link](#)
- Journal Article

Parental educational attainment and offspring subjective well-being and self-beliefs in older adulthood.

Sutin, Angelina R.; Stephan, Yannick; & Terracciano, Antonio

Personality and Individual Differences, Vol 128, Jul 1, 2018, 139-145

Facet 2:

English Login Help Admin Center Contact Us

APA PsycNET® AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

SEARCH BROWSE APA THESAURUS Recent Searches My List My PsycNET

323,934 Results for **Index Terms:** (Social Behavior) OR (Activism) OR (Aggressive Behavior) OR (Animal Social Behavior) OR (Caring Behaviors) OR (Competition) OR (Compliance) OR (Conformity (Personality)) OR (Contagion) OR (Criticism) OR (Gambling) OR (Help Seeking Behavior) OR (Interspecies Interaction) OR (Involvement) OR (Leadership) OR (Leadership Style) OR (Millicancy) OR (Nurturance) OR (Organizational Behavior) OR (Prosocial Behavior) OR (Racial and Ethnic Relations) OR (Reciprocity) OR (Respect) OR (Responsibility) OR (Retalliation) OR (Risk Taking) OR (Rudeness) OR (Social Acceptance) OR (Social Adjustment) OR (Social Approval) OR (Social Cognition) OR (Social Demonstrations) OR (Social Drinking) OR (Social Facilitation) OR (Social Interaction) OR (Social Loafing) OR (Social Perception) OR (Social Reinforcement) OR (Social Responsibility) OR (Social Skills) OR (Social Support) OR (Interpersonal Relationships) OR (Social Groups)

All (323,934) PsycINFO (298,639) PsycARTICLES (17,163) PsycTESTS (8,132) PsycTHERAPY (0)

Search Within Results

Filter Results

Publication Type

All ☐ [Print](#) [Email](#) [Share](#) [Star](#) Sort By Year 25

Show All Abstracts 1 2 3 4 5

- Journal Article

Preschool life skills: Recent advancements and future directions.

Fahmie, Tara A.; Luczynski, Kevin C.

Journal of Applied Behavior Analysis, Vol 51(1), Win 2018, 183-188

Ingen nye beskedes

Facet 3:

APA PsycNET® AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

English Login Help Admin Center Contact Us

SEARCH BROWSE APA THESAURUS Recent Searches My List My PsycNET

61,553 Results for **Index Terms:** ((Intervention) OR (Group Intervention) OR (Workplace Intervention) OR (Mental Health Programs))

Edit Search + New Search

All (61,553) PsycINFO (58,797) PsycARTICLES (2,503) PsycTESTS (253) PsycTHERAPY (0)

Search Within Results

Filter Results

Publication Type

Journal (46,657)

Peer Reviewed Journal (46,395)

Book (8,444)

Edited Book (7,513)

Dissertation Abstract (5,580)

Authored Book (894)

All Show All Abstracts

1. **Using activity schedules to promote varied application use in children with autism.**
Brodhead, Matthew T.; Courtney, William Timothy; & Thaxton, Jackie R.
Journal of Applied Behavior Analysis, Vol 51(1), Win 2018, 80-86
<http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1002/jaba.435>
Abstract References Add To My List AUB Link

2. **Rethinking the origins of autism: Ida Frye and the unraveling of children's inner world in the Netherlands in the late 1930s.**
Drenth, Annemieke

Facet 1+2+3+ work

85 Results for ((**IndexTermsFilt:** ("Mental Health") OR **IndexTermsFilt:** ("Community Mental Health") OR **IndexTermsFilt:** ("Quality Of Life") OR **IndexTermsFilt:** ("Quality Of Work Life") OR **IndexTermsFilt:** ("Well Being"))) AND ((**IndexTermsFilt:** ("Social Behavior") OR **IndexTermsFilt:** ("Activism") OR **IndexTermsFilt:** ("Aggressive Behavior") OR **IndexTermsFilt:** ("Animal Social Behavior") OR **IndexTermsFilt:** ("Caring Behaviors") OR **IndexTermsFilt:** ("Competition") OR **IndexTermsFilt:** ("Compliance") OR **IndexTermsFilt:** ("Conformity (Personality)") OR **IndexTermsFilt:** ("Contagion") OR **IndexTermsFilt:** ("Criticism") OR **IndexTermsFilt:** ("Gambling") OR **IndexTermsFilt:** ("Help Seeking Behavior") OR **IndexTermsFilt:** ("Interspecies Interaction") OR **IndexTermsFilt:** ("Involvement") OR **IndexTermsFilt:** ("Leadership") OR **IndexTermsFilt:** ("Leadership Style") OR **IndexTermsFilt:** ("Militancy") OR **IndexTermsFilt:** ("Nurturance") OR **IndexTermsFilt:** ("Organizational Behavior") OR **IndexTermsFilt:** ("Prosocial Behavior") OR **IndexTermsFilt:** ("Racial and Ethnic Relations") OR **IndexTermsFilt:** ("Reciprocity") OR **IndexTermsFilt:** ("Respect") OR **IndexTermsFilt:** ("Responsibility") OR **IndexTermsFilt:** ("Retaliation") OR **IndexTermsFilt:** ("Risk Taking") OR **IndexTermsFilt:** ("Rudeness") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Acceptance") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Adjustment") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Approval") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Cognition") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Demonstrations") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Drinking") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Facilitation") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Interaction") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Loafing") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Perception") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Reinforcement") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Responsibility") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Skills") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Support") OR **IndexTermsFilt:** ("Interpersonal Relationships") OR **IndexTermsFilt:** ("Social Groups")))) AND ((**IndexTermsFilt:** ("Intervention") OR **IndexTermsFilt:** ("Group Intervention") OR **IndexTermsFilt:** ("Mental Health Programs")))) AND ((**Any Field:** (work)))

Edit Search + New Search

All (85) PsycINFO (80) PsycARTICLES (5) PsycTESTS (0) PsycTHERAPY (0)

Search Within Results

All Show All Abstracts

Sociological abstract

Data-base (24/4-18)	Facet 1 Mental sundhed	Facet 2 Sociale relationer	Facet 3 Sundhedsfremme	Facet 4 Arbejdsplads
	'Mental Health' (10.963)	'Social support'/exp (9.607)	'Prevention' (7.615)	'Workplaces' (5.083)
	'Well Being' (11.600)	'Social Behavior'/exp (3.210)	'Health Education' (3.243)	'Work environment' (5.987)
		'Social Relations'/exp (39.586)		'Quality of Working Life' (434)
		'Social Groups' (1.309)		'Civil Service' (976)
		'Social Influence'/exp (3.219)		'Workers' (11.195)
		'Social Integration'/exp (9.725)		
		'Peer Relations'/exp (1.938)		
		'Social Networks'/exp (16.222)		
	"Mental Health" (49.946)	"Social relation*" (39.941)	Intervention (92.357)	
		"Social support" (24.735)	"Health promotion" (5.831)	
	60.010	125.386	102.124	21.603
	1 AND 2 AND 3 AND 4: 52			

Screenshot af søgningen i Sociological abstracts:

☐	Set *	Search	Databases	Results
☐	S27	☐ s4 and s15 and s20 and s26	Sociological Abstracts	52*
☐	S26	☐ S21 or S22 or S23 or S24 or S25	Sociological Abstracts	21,603*
☐	S25	☐ MAINSUBJECT.EXACT("Workers")	Sociological Abstracts	11,195*
☐	S24	☐ MAINSUBJECT.EXACT("Civil Service")	Sociological Abstracts	976*
☐	S23	☐ MAINSUBJECT.EXACT("Quality of Working Life")	Sociological Abstracts	434*
☐	S22	☐ MAINSUBJECT.EXACT("Work Environment")	Sociological Abstracts	5,987*
☐	S21	☐ MAINSUBJECT.EXACT("Workplaces")	Sociological Abstracts	5,083*
☐	S20	☐ s16 or s17 or s18 or s19	Sociological Abstracts	102,124*
☐	S19	☐ "Health promotion"	Sociological Abstracts	5,831*
☐	S18	☐ intervention	Sociological Abstracts	92,357*
☐	S17	☐ MAINSUBJECT.EXACT("Health Education")	Sociological Abstracts	3,243*
☐	S16	☐ MAINSUBJECT.EXACT("Prevention")	Sociological Abstracts	7,615*
☐	S15	☐ s5 or s6 or s7 or s8 or s9 or s10 or s11 or s12 or s13 or s14	Sociological Abstracts	125,386*
☐	S14	☐ "social support"	Sociological Abstracts	24,735*
☐	S13	☐ "social relation"	Sociological Abstracts	39,941*
☐	S12	☐ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Networks")	Sociological Abstracts	16,222*
☐	S11	☐ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Peer Relations")	Sociological Abstracts	1,938*
☐	S10	☐ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Interaction")	Sociological Abstracts	9,725*
☐	S9	☐ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Influence")	Sociological Abstracts	3,219*
☐	S8	☐ MAINSUBJECT.EXACT("Social Groups")	Sociological Abstracts	1,309*
☐	S7	☐ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Relations")	Sociological Abstracts	39,586*
☐	S6	☐ MAINSUBJECT.EXACT("Social Behavior")	Sociological Abstracts	3,210*
☐	S5	☐ MAINSUBJECT.EXACT("Social Support")	Sociological Abstracts	9,607*
☐	S4	☐ s1 or s2 or s3	Sociological Abstracts	60,010*
☐	S3	☐ "Mental health"	Sociological Abstracts	49,946*
☐	S2	☐ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Well Being")	Sociological Abstracts	11,600*
☐	S1	☐ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Mental Health")	Sociological Abstracts	10,963*

Cinahl

Database (dato)	Facet 1 Mental sundhed	Facet 2 Sociale relationer	Facet 3 Sundheds- fremme	Facet 4 Arbejdsplads
13.4.2018	(MH "Mental Health") 17,798 (MH "Psychological Well-Being") 11820 MH "Quality of Life (Iowa NOC)" 3 MH "Well-Being (Iowa NOC)" 1 (MH "Wellness") 3666	(MH "Interpersonal Relations") 24473 (MH "Interprofessional Relations") 15674	(MH "Health Promotion") 38716 (MH "Health Education") 16656	(MH "Work") 3685 (MH "Work Environment") 19910 (MH "Employee Incentive Programs") 845 Total 24181
	Total 32204	Total 38926	Total 52117	Total 24181
	1 AND 2 AND 3 AND 4 = 4			

Screenshot af søgningen i Cinahl

☐	S11	(MH "Work Environment")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (19,910)	View Details	Edit
☐	S10	(MH "Work")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,685)	View Details	Edit
☐	S9	(MH "Health Promotion")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (38,716)	View Details	Edit
☐	S8	S6 OR S7	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (38,926)	View Details	Edit
☐	S7	(MH "Interprofessional Relations")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (15,674)	View Details	Edit
☐	S6	(MH "Interpersonal Relations")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (23,473)	View Details	Edit
☐	S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (28,750)	View Details	Edit
☐	S4	(MH "Well-Being (Iowa NOC)")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1)	View Details	Edit
☐	S3	(MH "Psychological Well-Being")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (11,820)	View Details	Edit
☐	S2	(MH "Quality of Life (Iowa NOC)")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3)	View Details	Edit
☐	S1	(MH "Mental Health")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (17,798)	View Details	Edit

Search ID#	Search terms	Search modes	Results
☐	S22 AB "social relations"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (743) View Details Edit
☐	S21 AB mental health	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (45,576) View Details Edit
☐	S20 S8 AND S13 AND S16 AND S19	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4) View Details Edit
☐	S19 S9 OR S18	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (52,177) View Details Edit
☐	S18 (MH "Health Education")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (16,656) View Details Edit
☐	S17 S8 AND S9 AND S13 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4) View Details Edit
☐	S16 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S15	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (32,204) View Details Edit
☐	S15 (MH "Wellness")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,666) View Details Edit
☐	S14 S5 AND S8 AND S9 AND S13	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2) View Details Edit
☐	S13 S10 OR S11 OR S12	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (24,181) View Details Edit
☐	S12 (MH "Employee Incentive Programs")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (845) View Details Edit

Cochrane

Data-base (dato)	Facet 1 Mental sundhed	Facet 2 Sociale relationer	Facet 3 Sundheds- fremme	Facet 4 Arbejdsplads
23/4-18	'Mental Health'/exp (1.218)	'Interpersonal Relations'/exp (5.972) 'Social behavior'/exp (11.956) 'Peer group'/exp (1.245) 'Social Support'/exp (3.251)	'Health Promotion' (5.624) 'Public Health' (333) 'Primary Prevention' (1.065)	'Workplace'/exp (810) 'Work-Life Balance'/exp (1)
	'Mental health' (24.231) 'Well being' (24.505)	'Interpersonal relation' (2.631) 'Social behavior' (11.956) 'Peer group' (7.082) 'Social support' (22.403)	'Health promotion' (10.341) 'Public health' (30.764) Prevention (150.811) Intervention (150.755)	Workplace (2.335) 'Work-Life balance' (27) 'Workplace intervention' (1.475)
	44.533	37.805	278.554	2.353
	1 AND 2 AND 3 AND 4: 294			

Screenshot af søgningen i Cochrane:

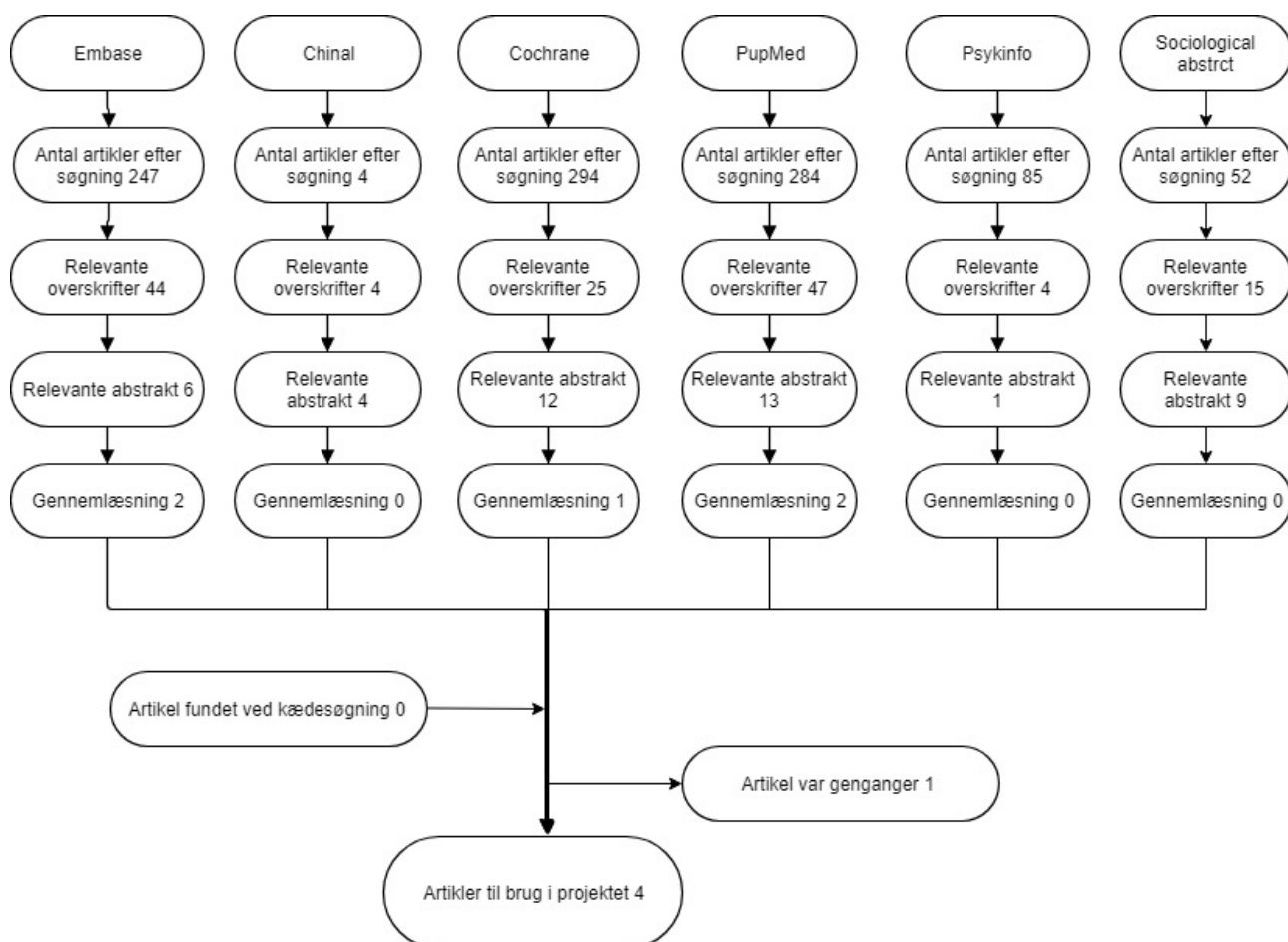
−	+	#1	MeSH descriptor: [Mental Health] explode all trees	m	1218	
−	Edit	+	#2	'Mental health'	111	24231
−	Edit	+	#3	'Well being'	111	24505
−	Edit	+	#4	#1 or #2 or #3	111	44533
−	+	#5	MeSH descriptor: [Interpersonal Relations] explode all trees	m	5972	
−	+	#6	MeSH descriptor: [Social Behavior] explode all trees	m	6258	
−	+	#7	MeSH descriptor: [Peer Group] explode all trees	m	1245	
−	+	#8	MeSH descriptor: [Social Support] explode all trees	m	3251	
−	Edit	+	#9	'Interpersonal relations'	111	2631
−	Edit	+	#10	'Social behavior'	111	11956
−	Edit	+	#11	'Peer group'	111	7082
−	Edit	+	#12	'Social support'	111	22403
−	Edit	+	#13	#5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12	111	37805
−	+	#14	MeSH descriptor: [Health Promotion] this term only	m	5624	
−	+	#15	MeSH descriptor: [Public Health] this term only	m	333	
−	+	#16	MeSH descriptor: [Primary Prevention] this term only	m	1065	
−	Edit	+	#17	'Health promotion'	111	10341
−	Edit	+	#18	'Public health'	111	30764
−	Edit	+	#19	Prevention	111	150811
−	Edit	+	#20	Intervention	111	150755
−	Edit	+	#21	#14 or #15 or #17 or #18 or #19 or #20	111	278554
−	+	#22	MeSH descriptor: [Work-Life Balance] explode all trees	m	1	
−	+	#23	MeSH descriptor: [Workplace] explode all trees	m	810	
−	Edit	+	#24	'Work-Life balance'	111	27
−	Edit	+	#25	workplace	111	2335
−	Edit	+	#26	'Workplace intervention'	111	1475
−	Edit	+	#27	#22 or #23 or #24 or #25 or #26	111	2353
−	Edit	+	#28	#4 and #13 and #21 and #27	111	294

Tabel over in- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
- Studier fra vestlige lande - Arbejdsplads - Voksne 18-65 år (i den arbejdsdygtige alder) - Peer-reviewed - Mental sundhed som outcome	- Studier skrevet på andre sprog end dansk, norsk, svensk, færøsk eller engelsk - Studier fra lande som ikke er sammenlignelige med Færøerne - Studier som ikke indeholder en intervention - Studier omhandlende diagnoser

Tabel 5: In- og eksklusionskriterier

Overview over udvælgelse af litteratur



Bilag 9 Tjeklister

Nedenstående bilag indeholder de udfyldte tjeklister, som er anvendt til at kvalitetsvurdere de udvalgte studier i litteraturstudiet.

Consort tjekliste

Artikel	Item no.	<i>A Web-Based Mindfulness Stress Management Program in a Corporate Call Center</i> Allexandre, Didier; Bernstein, Adam M.; Walker, Esteban; Hunter, Jennifer; Roizen, Michael F.; Morledge, Thomas J. (Allexandre et al. 2016)	<i>An Examination of Two Positive Organizational Interventions: For Whom Do These Interventions Work?</i> Winslow, Carolyn J.; Kaplan, Seth A.; Bradley-Geist, Jill C.; Lindsey, Alex P.; Ahmad, Afra S.; Hargrove, Amber K. (Winslow et al. 2017)
Title and abstract	1	Ja	Nej
Background/objectives	2	Ja	Ja
Trial design	3	Ja	Ja
Participants	4	Ja	Ja
Interventions	5	Ja	Ja
Outcomes	6	Ja	Ja
Sample size	7	Ja	Ja
Sequence	8	Ja	Nej
Allocation	9	Nej	Nej
Implementation	10	Ja	Ja
Blinding	11	Nej	Ja
Statistical methods	12	Ja	Ja
Participant flow	13*	Ja	Ja
Recruitment	14*	Ja	Ja
Baseline data	15*	Ja	Ja
Numbers analysed	16	Ja	Ja
Outcomes and estimation	17	Ja	Ja

Ancillary analyses	18	Ja	Ja
Harms	19	Nej	Nej
Limitations	20	Ja	Ja
Generalisability	21	Ja	Ja
Interpretation	22	Nej	Ja
Registration	23	Ja	Nej
Protocol	24	Ja	Nej
Funding	25	Ja	Nej
Score ud af 25		21/25	18/25

COREQ tjekliste

What really improves employee health and wellbeing

Dickson-Swift, Virginia; Fox, Christopher; Marshall, Karen; Welch, Nicky; Willis, Jon (Dickson-Swift et al. 2014)

Titel	What really improves employee health and wellbeing
Which author/s conducted the interview or focus group?	Dette er ikke oplyst i artiklen
What were the researcher's credentials?	Dette er ikke oplyst i artiklen
What was their occupation at the time of the study?	Medarbejder, CIO og ledere
Was the researcher a male og female?	Begge køn
What experience or training did the researcher have?	Det angives at de er erfarne.
Was a relationship established prior to study commencement?	Dette er ikke angivet i artiklen
What did the participants know about the researcher?	Dette er ikke oplyst i artiklen
What characteristics were reported about the interviewer/facilitator?	Det blev udført på medarbejdernes arbejdsplads i arbejdstiden
	Mix- methods.

What methodological orientation was stated to underpin the study?	
How were the participants selected? (snow-ball, purposive osv.)	Rekrutteret ved opslag på virksomhederne. Alle medarbejder blev opfordret til at deltage. Få meldte sig og derefter var det mund til mund-metoden.
How were participants approached? (face-to-face, email, telephone, mail)	Face-to-face
How many participants were in the study?	42 mennesker
How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Der var $900+193+80=1173$ mulige deltager. Det er ikke angivet tydeligt, hvad svarprocent er og hvorfor der ikke er flere der deltager.
Where was the data collected?	På arbejdspladsen
Was anyone else presented besides the participants and researchers?	Nej
What are the important characteristics of the sample?	De er medarbejder på forskellige organisatoriske niveauer i 3 forskellige virksomheder
Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Det er ikke angivet
Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Ja alle interviews blev lavet flere gange med forskellige medarbejdere
Did the research use audio or visual recording to collect data?	Ja det blev optaget på lyd
Where field notes made during and/or after the interview or focus group?	Dette er ikke oplyst i artiklen
What was the duration of the interview or focus group?	30 min.
Was data saturation discussed?	Ja

Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	Nej
How many data coders coded the data?	Der er ikke angivet antal. Blot at flere har gjort det
Did authors provide a description of the coding tree?	Dette er ikke angivet
Were themes identified in advance or derived from the data?	Dette er ikke angivet
What software, if applicated, was used to manage the data?	Dette er ikke angivet i artiklen
Did participants provide feedback on the findings?	Nej
Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified?	Nej
Was there consistency between the data presented and the findings?	Dette er ikke angivet i artiklen
Were major themes clearly presented in the findings?	Dette er ikke angivet i artiklen
Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Ja

PRISMA tjekliste

A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations
Corbière, Marc; Shen, Jie; Rouleau, Marc; Dewa, Carolyn S (Corbière et al. 2009)

Section/topic	Item number	Checklist item	Reported on page
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	Ja s. 81
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	Ja s. 81 (mangler limitations, implications)
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	Ja, s. 81-83
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	Ja s. 82
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	Nej
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	Ja s. 83-84
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	Ja s. 83-84
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	Ja s. 84
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	Ja s. 84-85
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Ja s. 85
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	Jas. 85+111

Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	Nej
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	Ja s. 85+111
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	Nej
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	Ja/Nej s. 85
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	Nej
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	Ja s. 84
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	Ja s.86-109
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	Nej
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	Ja s. 86-109
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	Ja s. 111
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	Nej
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	Nej (ikke relevant)
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	Ja s. 111-114

Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified re-search, reporting bias).	Ja s. 114
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	Ja s. 114
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	Nej

Figur og tabeloversigt

Figur	Titel	Side
1	Oversigt over samfunds- og sundhedssystemet på Færøerne og Danmark	14
2	Oversigt over budskabet bag ABC for mental sundhed	31
3	Overordnet programteori af ABC på Færøerne	33
4	Den hermeneutiske cirkel	40
5	MRC modellen	43
6	Berkman et al.s model	45
7	Flowchart over litteratur	57
8	Den udarbejdede programteori	98

Tabel	Titel	Side
1	Årsager til mental sundhed	26
2	Demografisk oversigt over Torshavn kommune	42
3	Oversigt over informanter	48
4	Facetter til bloksøgningen i den systematiske litteratursøgning	54
5	In og eksklusionskriterier	56
6	Oversigt over interventionen	134-135