

INDHOLDSFORTEGNELSE

ENGLISH ABSTRACT.....	3
INDLEDNING.....	5
Sundhedsfremme.....	7
KRAMS-faktorerne.....	8
Problemformulering.....	11
Underspørgsmål.....	11
Teorivalg.....	12
Læsevejledning.....	12
Projektets opbygning.....	12
METODE.....	14
Videnskabsteori.....	14
Socialkonstruktivisme.....	14
Neksusanalyse som metode.....	19
Kvalitativ metode.....	21
Valg af deltagere.....	22
Struktur som modorator.....	24
Gennemførelse af fokusgruppeinterviews.....	27
Bearbejdelse af fokusgruppedata.....	27
Transskribering.....	28
ORGANISATIONSTEORI.....	29
Hierarki.....	29
Linje og stab.....	29
Decentralisering.....	30

ANALYSE OG TEORI	31
Engaging the nexus of practice	31
SWOT-analyse	32
Stor og anerkendt organisation, som har eksisteret i mange år	33
Manglende kommunikation	33
Medarbejderne er en udsat gruppe i forhold til sygdom og nedslidning	34
At træde ind i neksus	35
Nexus of practice	36
Opsamling af Engaging the nexus of practice	43
Navigating the nexus of practice	44
Circumference	44
Mapping	57
Motivanalyse med motivpositioner	60
Opsamling af Navigating the nexus of practice	63
Changing the nexus of practice	64
Manglende information	65
Groundswell	68
Facebooksiden	74
KONKLUSION	76
PERSPEKTIVERING	81
REFLEKSION	83
BILAG	84

ENGLISH ABSTRACT

In this project I have concentrated on finding a change in Kærkommen, which will help implementing health promotion programmes in Kærkommen, and increase the participant percentage of the employees.

Kærkommen is a SOSU organization offering social and healthcare services to the citizen in the municipality of among others Aalborg. In 2010 Kærkommen decided that they wanted to be the healthiest organization in Denmark. Therefore they contacted The Fund for Better Working Environment and Labour Retention (Statens Forebyggelsesfond), to work together implementing health promotion programmes in the organization. Kærkommen have focused on the KRAMS-factors which is short for diet, smoking, alcohol, exercise and stress. A lot of events have been introduced, and most of them have been with attendance on a voluntary basis, but still the participant percentage has been low.

In my research I have decided to use Nexus Analysis as a method as well as my analyzing tool. First I will Engage the nexus and study the organization and its problems through research on the internet and review of the submitted correspondence between Kærkommen and The Fund for Better Working Environment and Labour Retention. Secondly I will analyze my interview with the project manager. Having found and analyzed the crucial social action and identified the central questions, I will finish with interviewing two focus groups.

The focus groups are a Navigating in the nexus. The information from the focus groups will help me determine the reason why the employees are not participating in the health promotion programmes. On the basis of that information I will conclude on what change will be beneficial for Kærkommen to make. Some of the most crucial themes the focus groups gave words to, were: time, information and private life. Time is a problem, because the employees experience that the time they spend on the health promotion programmes is taken away from the time they can spend on doing their jobs. The information problem is a key issue because the employees are often not aware of health promotion events taking place, due to the choice of medium. Information is only available on notice boards in the employees' meeting room, where they only spend a few minutes few times a week. Therefore they do not see the information.

Through my research, I have concluded that the Change in the nexus for Kærkommen to make is a Facebook group. In the process of establishing which features to be available on the Facebook site, I will use Charlene Li and Josh Bernoff's Groundswell effect.

The Facebook group will be administered by a member of Kærkommen, and all information will be available to all members of the group and only the group members. This will create a site where all employees can share ideas and experiences with the health promotion programmes and in that way increase interest in as well as knowledge of the programmes.

INDLEDNING

Gennem de sidste fem år har jeg, sammen med mine studiekollegaer skrevet mange rapporter, deltaget i et utal af forelæsninger og læst endnu flere bøger, men denne rejse er nået til vejs ende og en ny skal til at begynde. Nemlig rejsen ud i det danske erhvervsliv, hvor riften om arbejdspladserne efterhånden er blevet vildere end på slagmarken for tusinde år siden. Og i dag kan vi ikke beskytte os med et frygtsomt sværd og et viljestærkt skjold. Hvis vi ønsker at komme forrest i køen på arbejdsmarkedet, skal vi have en viden og kunne tilbyde arbejdspladsen noget, som er værd at ansætte os for, frem for de tusinde andre. I min søgen efter denne viden har jeg kigget på vores samfund og det er blevet tydeligt for mig, at erhvervslivet har ændret sig på flere måder end på, hvordan man skaffer sig et arbejde: Det er også blevet betydeligt anderledes at have et arbejde.

Netop dette faktum gjorde mig interesseret. For, hvad er det et job kan tilbyde mig som lønmodtager? Hvordan skal en arbejdsplads skaffe og ikke mindst holde på dygtige og kompetente medarbejdere, som tjener penge til virksomheden? Her er det vigtigt, at virksomheden har et engagement i deres medarbejders ve og vel – herunder deres sundhed. Vores samfund er dog opbygget således, at alt har sin pris; de færreste ting kommer til den, som ikke arbejder for det. Med det sagt bliver enhver konkurrencedygtig virksomhed selvsagt nødt til at have et par esser oppe i ærmet. Flere og flere frynsegoder kommer i spil og de er alle med henblik på at forbedre arbejdsplads og dermed lønmodtager og dermed virksomhed: Det skal kunne betale sig for virksomheden at stille goder til rådighed for medarbejderen, specielt finanskrisen taget i betragtning. Der er gennem årene eksperimenteret med flere forskellige goder til medarbejdere i håb om, at produktiviteten stiger eller at salget øges. Et tilbagevendende emne er sundhed. Gyldendals danske ordbog definerer sundhed som en positiv tilstand, der findes hos levende væsener og som har betydning for vitale funktioner. Mens der for eksempel med et "sundt arbejdsmiljø", en "sund livsstil" og "sunde vaner" i almindelighed forstås, at disse fremmer sundhed. Det er sundt at spise grøntsager og ikke at ryge. Sund mad ejer ikke sundhed, men beforder sundhed. Dette er et generelt meget positivt syn på sundhed. Jeg mener, at vi kan få positiv respons ved at dyrke sundhed. At dyrke sundhed, er i min verden at følge de fem sundhedsfaktorer: KRAMS, som jeg vil uddybe senere.

Flere undersøgelser og forsøg understøtter, at en generel sund livsstil giver bedre koncentration, mere overskud og mindre sygefravær. Der er i den grad brug for et sundhedsindspark i vores

samfund: Der er en klart nedadgående spiral, hvor vi bliver mere og mere usunde. Flere unge mennesker ryger, og der er efterhånden flere overvægtige end slanke mennesker. (Kommunernes Landsforening, Politiken, Statens Institut for Folkesundhed). Det lader ikke til, at størstedelen af os på egen hånd – som private mennesker – har ressourcerne til at ændre det. Der er en utopisk tendens i vores samfund, hvor bestemte grupper af mennesker mangler magt eller ressourcer til at fremme egen sundhed (Dybbroe, Land og Nielsen 2012: 8). En undersøgelse fra Cambridge Universitet viser, at vores ydeevne daler drastisk efter frokost, men at den kan stige med hele 20 procent, hvis vi motionerer. Det vil altså gøre en forskel for virksomhedens produktivitet, hvis virksomheden ofre lidt tid på at få medarbejderne stimuleret om eftermiddagen. Ud over den øgede energi udskiller hjernen endorfiner, som gør os glade og positive. Det må jo være win-win, både for arbejdsplads, som får mere effektive medarbejdere med mindre sygefravær og for medarbejder, som får hjælp og plads til at dyrke et sundere liv. Men der er ikke mange virksomheder, der har turdet implementere det som et faktisk frynsegode: Hvordan gør man det? Er det overhovedet det værd, hvis det ikke gøres rigtigt og gider medarbejderne det overhovedet? Disse er bare to af de spørgsmål, som holder flere virksomheder tilbage. Men hvis man ikke kan lære af sine egne fejltrin, så kan man i hvert fald lære af andres – eller deres succes. Australien er et af de lande, som er i spidsen, når det gælder fremme af sundhed i erhvervslivet (Kristeligt Dagblad). Der er tiltag som løbeklubber og diætister i virksomhederne, for bare at nævne to. Der bruges en masse energi på at holde medarbejderne sunde og ikke mindst motiverede. For motivation skal der til, om det er frygten for at miste sit arbejde, hvis man ikke deltager, ønsket om at være sundere eller noget helt tredje.

Jeg finder hele dette sundhedsaspekt interessant, dels fordi det er en del af fremtiden og specielt indenfor erhvervslivet – den del der ønsker at være konkurrencedygtig og forrest i feltet. Derudover har jeg et personligt forhold til emnet sundhed. Min historiske body - et begreb i neksusanalysen som er den analyse og metodetilgang jeg benytter mig af igennem specialet - er min erfaringsverden og relation til emnet, som her er sundhed (Scollon og Scollon 2004: 81). For knap to år siden var jeg en helt anden person. Alt for ofte træt og uoplagt, derudover var jeg i en fysisk tilstand, som afholdt mig fra at deltage i arrangementer på lige fod med andre. Jeg var trist og ked af min situation, valgte at ændre mit liv til det bedre og besluttede mig for at fokusere på kost og motion. Der blev brugt meget energi på det i starten og hurtigt oplevede jeg, at den energi jeg lægger i det, kommer trefoldigt tilbage og nu er det blevet en del af mit liv. Fundamentale små ændringer har givet en enorm stor forskel i resten af mit liv, som jeg aldrig vil give slip på. Derfor mener jeg, at

der må være noget om snakken og dermed skal det undersøges. Men en mere konkret vinkel til mit speciale manglede jeg. Derfor kiggede jeg videre på vores samfund og erhvervsliv.

Der bliver hele tiden udviklet nye love og retningslinjer, som vi skal følge for at beskytte den ansatte, såvel som arbejdsgiveren. Men nu er der kommet fokus på også at beskytte samfundet, som erhvervslivet selvsagt er en del af.

Vores samfunds største dræber er hjertekarsygdomme, som hvert år koster menneskeliv og samfundet millioner af kroner (Hjerteforeningen). Derudover spås det, at diabetes vil blive en ligeså stor trussel mod vores samfund i en nærtliggende fremtid. Begge emner er følger af blandt andet en usund livsstil. Derfor er det af stor vigtighed for vores samfund som helhed, at blive sundere. Her bliver et vigtigt spørgsmål synligt: Kan arbejdspladsen spille en rolle i forhold til medarbejderes sundhed?

Sundhedsfremme

Sundhedsfremme er en betegnelse for forskellige strategier og forskningstilgange, der har udviklet sig i takt med den seneste udvikling af folkesundhed (Tidsskrift for Forskning af Sygdom og Samfund 2005: 5). Formålet er at fremme folkets sundhed. I starten af indledningen henviser jeg til Gyldendals beskrivelse af sundhed, som efterhånden er et vidt begreb. Men fælles for alle betegnelser dækker ordet over vores velvære, om det er sund livsstil, sund mad, sund krop eller noget helt andet. Det er en tilstand vedrørende menneskets velvære, dels fysisk og dels mentalt, begge afhængige af hinanden. Den fysiske sundhed vil altså påvirke den mentale og psykiske sundhed og omvendt. Den mentale og psykiske sundhed handler om at have det godt indeni, være glad og tilfreds med hverdagen. Og den fysiske sundhed indebærer en rask krop, som er aktiv og får det rigtige at spise i forhold til alder, køn og aktivitetsniveau.

I 1970'erne definerede WHO begrebet sundhed, som følgende: ”Sundhed er ikke blot frihed for sygdom, men størst mulig fysisk, psykisk og socialt velbefindende”. Statens Forebyggelsesfonds initiativ for fremme af sundhed har spændt vidt fra virksomheder, der ønsker at forebygge til virksomheder der ønsker at fremme og fastholde. Formålet er ens: Ønsket om et sundt og voksende samfund i Danmark.

Stigende sygefravær og faldende produktivitet: Det er fællesnævneren hos de danske arbejdspladser og finanskrisen er ligeledes en negativ faktor. Der er blevet fokus på sundhed i det danske erhvervsliv og det giver mening, at den positive forandring mange individer oplever privat, via sund kost og regelmæssig motion, kan adopteres til større grupper eksempelvis en virksomhed og gøre en forskel der. Det gør en forskel med en sund livsstil. Immunforsvaret styrkes og glæden stiger, hvilket resulterer i et lavere sygefravær og gladere medarbejdere.

KRAMS-faktorerne

KRAMS-faktorerne er udviklet i håb om at gøre det overskueligt, hvor der skal tages fat, for at gøre en forskel. KRAMS står for Kost, Rygning, Alkohol, Motion og Stress, som alle er faktorer i livet, som de fleste har svært ved at styre. KRAMS-faktorerne er blevet en mulighed for at fremme sundheden, vende den nedadgående spiral og få en positivt voksende virksomhed.

”Sundhedsfremme er at forsøge at styrke sundheden – enten for den enkelte, en gruppe eller hele samfundet. Det kan ske ved at gøre det lettere for folk at vælge en sundere måde at leve på (livsstilen). Det kan også ske ved at gøre deres omgivelser og vilkår mere sunde (levestandarden). Sundhedsfremme handler altså både om vores egne sunde valg og om at tage ansvar for hinanden, f.eks. ved at forbedre arbejdsmiljøet.”

(Bilag 1, side 24).

Dette citat siger mig, at det er i virksomhederne, vi skal tage fat om det sundhedsmæssige problem i vores samfund. Der skal startes et sted og en mere specifik motivation skal findes.

Alle KRAMS-faktorerne er lige vigtige i et sundt liv og dækker over områder i livet som vi alle bør være opmærksomme på. Der er en klar evidens for virkningen, hvis man følger de fem faktorer. Flere undersøgelser viser, at en usund kost, tobaksrygning, for meget alkohol og inaktivitet er medvirkende årsager til de fleste livstruende sygdomme. Hvis man følger KRAMS-faktorerne og en almindelig sund fornuft, vil chancen for et langt og sundt liv øges. (Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006: 5-6).

Undersøgelser tyder også på, at forebyggelse er vigtigere end helbredelse, da der er større chance for at det holder, men der skal lægges kræfter og energi i forebyggelse. Jeg vil her lave en gennemgang af de fem faktorer. KRAMS-faktorerne er dokumenteret via læger og fagfolk, som alle har været med til at udvikle følgeregler, råd og vejledning.

Kost er en essentiel del af en sund livsstil, hvor der er helt klare retningslinjer for, hvad og hvor meget man bør spise ud fra sin vægt, højde, alder og køn. Rådet til arbejdspladser, for at få de ansatte til at spise sundere, lyder som følger: Kostpolitik for kantine, frugtordning og sunde snacks. Flere undersøgelser viser, at de sunde vaner på jobbet også smitter af på medarbejdernes fritidsliv. (Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006: 7-12).

En anden undersøgelse har vist, at **Rygning** øger taljemålet og hver anden ryger dør af sin rygning, derfor er det en ligeså vigtig faktor at tage fat i, når man søger en sund livsstil. Der er en slående sammenhæng mellem ringere intellektuel formåen og rygere, hvorfor det er vigtigt at få fat på alle samfundets borgere. For at nedsætte antallet af rygere er rådet, at der ikke må ryges indenfor, rygerne skal hjælpes til rygestop og vedligeholdelse af dette. (Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006: 13-18).

Alkohol er den tredje faktor, men dog ikke relevant i forhold til en arbejdsplads, da det ikke er et nyligt sundhedsrelateret tiltag, at man ikke må nyde alkohol på arbejdspladsen. Hvorfor det ikke er et emne en arbejdsplads skal eller kan bruge ressourcer på at reducere.

Motion har ikke kun virkning på sigt, men også en positiv virkning her og nu. Motion kan bruges som forebyggelse til en lang række sygdomme, fysiske som psykiske. Anbefalingen lyder på minimum 30 minutters motion med høj puls om dagen for en voksen. Oplysning er den vigtigste del i forsøget på at få medarbejderne til at være mere aktive. Vi er ikke aktive i vores arbejde i samme grad, som vi var for 60-70 år siden. I dag er alt automatiseret og vi er generelt mere stillesiddende. Rådet til arbejdspladserne lyder, at de skal planlægge så der bliver tid til fysisk aktivitet, motivere medarbejderne via rabatter hos for eksempel motionscentre, etablere tilbud om fysisk aktivitet på arbejdspladsen og tilbyde medarbejderne alternativer til firmabilen – firmacyklen, om man vil. (Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006: 25-29). Den sidste faktor er **Stress**, som er yderst belastende for mange arbejdspladser.

Den almene sundhed er allerede i højsæde hos politikerne, som sætter afgifter på sukker, fedt, alkohol og tobak i håb om at samfundet vælger sundere alternativer. Derudover er

sundhedsproblemet i vores samfund også blevet et emne for Statens Forebyggelsesfond, som forsøger at forebygge den usunde fremgang og levevis i vores samfund. Flere virksomheder søger tilskud fra Statens Forebyggelsesfond, for at implementere den sunde livsstil på deres arbejdsplads. Netop dette har social- og sundhedshjælper virksomheden Kærkommen, med Pernille Larsen i spidsen også gjort. De valgte i 2010 at søge støtte for at arbejde med sundheden i deres seks afdelinger rundt i Danmark. Kærkommen har sidenhen haft forskellige tiltag i forhold til kost og motion, hvilket i dag er blevet en fast bestanddel i virksomhedens hverdag. Yderligere har virksomheden pr. 1. januar 2013 valgt at blive en røgfri arbejdsplads, hvilket indebærer et røgfrit arbejdsmiljø, herunder ingen rygning i virksomhedens uniform eller på matriklen. Overtrædelse vil første gang resultere i en advarsel, anden gang er det en opsigelse. I forhold til virksomhedens andre initiativer til sundhedsfremme, har al deltagelse været frivillig. Men netop rygning påvirker ikke kun individet, men også individets omgivelser herunder borgere, kollegaer og familie, hvorfor det gælder alle i virksomheden. Kærkommen har de sidste tre år skabt et sundt miljø i virksomheden, som medarbejderne selv er med til at holde. Alle afdelinger har en sundhedscafe med dertilhørende trivselsambassadører, som skal være tovholdere på forskellige aktiviteter medarbejderne imellem, så som løbeklubber, ture til træningscenter og møder om sundhed generelt. Derudover har virksomheden stillet andre tilbud til rådighed for medarbejderne, så som workshops om sundhed, foredrag med blandt andre Chris MacDonald og tilmeldinger til sportskonkurrencer mod andre virksomheder. Under hele forløbet har Kærkommen haft deres medarbejdere til sundhedstjek, hvor man har set en fremgang i medarbejdernes generelle sundhed, men ifølge Pernille Larsen ikke stor nok (Bilag 2). Nogle af succeskriterierne, som Kærkommen stillede i samarbejde med Statens Forebyggelsesfond er kun lige opnået og andre slet ikke. Et af ønskerne lød, at sygefraværet skulle falde minimum 20 procent, hvilket ikke er opfyldt (Bilag 3). På samme måde var der et ønske om at mindst 50 procent af medarbejderne i Kærkommen skulle opleve en sundhedsmæssig gevinst gennem forløbet, hvilket kun delvist er opfyldt (Bilag 3). Et tredje og – for mig – meget interessant succeskriterium lød: Minimum 50 procent af medarbejderne vil få en større handlekompetence i forhold til at deltage aktivt i de sundhedsfremmende projekter. Her er resultatet, at omkring 50 procent deltog og at målet dermed er opnået. Deltagerne er dog, ifølge slutrapporten, kun delvist positive, hvilket muligvis stadig gør dem til ”deltagere”, men i hvilken grad er de i stand til at agere ud fra den viden de får, hvis de er negative overfor budskabet? Deltagerne er delt i tre nogenlunde lige store grupper: En positiv gruppe, som er aktive, en negativ gruppe, som er inaktive, og en neutral gruppe, som er aktive, men uden accept af budskabet. (Bilag 3). Jeg kontaktede

Kærkommen i håb om, at de ville være min rekvirent og derigennem har jeg fået vigtige data om deres samarbejde med Statens Forebyggelsesfond. Kombinationen mellem sundhedsfremme og en positivt voksende virksomhed interesserer mig. Jeg håbede på at skaffe empiri, som kunne give mig et indblik i, hvordan det er – dels for virksomheden, men også for medarbejderne at arbejde med sundhedsfremme. Kærkommen er netop relevant for mig, da jeg ønsker at se nærmere på sundhedsfremme i en virksomhed. Gennem den indledende korrespondance med Pernille Larsen er der, for mig opstået en masse spørgsmål, men vigtigst af alle:

Problemformulering

Hvilke problematikker er der forbundet med at implementere sundhedsfremme på bedst mulig måde i Kærkommen, som på den ene side tager hensyn til medarbejderne og på den anden side arbejdspladsen?

Min problemformulering endte sådan, da jeg mener, at begge parter – medarbejderne og arbejdspladsen – ønsker noget, men det er muligvis ikke det samme og der er heller ikke enighed om, hvordan resultatet – hvad det end måtte være – opnås.

Underspørgsmål

Ud fra problemformuleringen har jeg opstillet følgende underspørgsmål:

- Har Kærkommen den fornødne økonomi eller tid til at iværksætte de sundhedsfremmende projekter til fulde?
- Hvorvidt har Kærkommens ledelse økonomi og virksomhedens vækst for øje, og ikke medarbejdernes ve og vel?
- Har deltagerens uddannelsesmæssige niveau en indflydelse på deltagerprocenten, hvor de ikke er i stand til at kombinere teori og praksis i forhold til sundhed?
- Hvordan fungerer informationsformidlingen og det generelle overblik for både medarbejdere og ledelse?
- Vil et sådan overblik, herunder bedre information give en større succes til de sundhedsfremmende projekter?

Jeg vil igennem specialet have både problemformulering og underspørgsmål in mente og senere i konklusionen besvare dem.

Teorivalg

Jeg har valgt at anvende Scollon og Scollons neksusanalyse, både som metode og som teori i gennemgangen af specialet. En neksus er et link mellem to forskellige ideer eller objekter, som forbinder dem i et netværk. Dvs. at neksusanalysen er et studie af de måder ideer eller objekter er forbundet. (Scollon og Scollon 2005: viii). Jeg vurderer, at via denne teori kan jeg tage fat i de vigtige og interessante dele i Kærkommens måde at implementere sundhedsfremme i virksomheden og til deres medarbejdere på. Neksusanalyse giver mulighed for at finde et problem og dermed undersøge, hvilke forandringer der kan være nyttige, for at løse problemet og dermed skabe større succes.

Til at behandle mine empiriske data anvender jeg Bente Halkiers teori om fokusgrupper. Fokusgrupper er netop specielt anvendeligt for mit speciale, da jeg ønsker at vide, hvad deltagerne – medarbejder i Kærkommen – selv mener om de sundhedsfremmende projekter.

Læsevejledning

Dele af min valgte teori, neksusanalysen har kun været tilgængelig for mig på engelsk. I de fleste tilfælde har jeg valgt at bruge den engelske betegnelse for begreberne, dog har jeg enkelte gange oversat begrebet, hvilket er min egen danske oversættelse. For læsbarhedens skyld har jeg valgt at skrive henvisninger i parentes umiddelbart efter den gældende tekst. Alle involverede medarbejder i Kærkommen har jeg valgt at anonymisere, alle navne er altså fiktive. Bilag og litteraturliste forefindes bagerst i specialet.

Projektets opbygning

Jeg vil her danne et overblik over specialets struktur, ved at lave en præsentation af hovedafsnittene. Dette skal medvirke til en lettere læsning og er især henvendt til ”den hurtige læser”.

Metode

Jeg vil begynde med at gøre rede for mit videnskabsteoretiske ståsted i socialkonstruktivismen. Ligeledes vil jeg præsentere mine empiriske data og beskrive den neksusanalytiske metode.

Teori og analyse

Her har jeg valgt at skrive disse to afsnit sammen, for at gøre det nemmere for læseren og for at undgå et ellers meget teoretisk afsnit. Dog har jeg valgt at dele analysen i tre afsnit, med henholdsvis Engaging the nexus of practice, Navigating the nexus of practice og Changing the nexus of practice.

Engaging the nexus of practice

I denne fase præsenterer jeg den sociale handling, som jeg søger at ændre. Læseren vil få et overblik over gennemgangen af den følgende analyse og en forståelse af problemet i Kærkommen.

Navigating the nexus of practice

Dette afsnit er det mest omfattende og vigtige i neksusanalysen. Her vil jeg præsentere min empiri og undersøge, hvad empirien siger om den sociale handling.

Changing the nexus of practice

Her vil jeg præsentere læseren for den eller de ændringer jeg – igennem den øvrige analysen – er nået frem til, vil være fordelagtige at foretage.

Konklusion

Her vil jeg opsamle og konkludere på det samlede speciale. Jeg vil ligeledes besvare problemformuleringen og de dertilhørende underspørgsmål.

Refleksion

I dette afsnit vil jeg forholde mig til det jeg er kommet frem til og reflektere over dette, med henblik på at se styrker og svagheder i specialet. På den måde bliver det gjort klart, hvad der kunne være gjort anderledes, muligvis med henblik på andre resultater.

Perspektivering

Her vil jeg forsøge at sætte specialet i forhold til samfundet og se det i en bredere ramme. Herunder se på de betydninger og konsekvenser specialet kan have i fremtiden.

Bilag

Samtlige bilag findes bagerst i specialet.

METODE

I det følgende afsnit, vil jeg præsentere mine data og hvordan jeg har indsamlet disse. Jeg vil gennemgå, hvordan jeg har udvalgt og analyseret data, herunder min videnskabsteoretiske tilgang. Et metodeafsnit indikerer, at forskeren forsøger at forholde sig til fænomener, der udspiller sig i den materielle verden og ikke kun i forskerens eget hoved. Det empiriske materiale undersøges via forskellige metoder, som jeg præsenterer i det følgende afsnit.

Videnskabsteori

Socialkonstruktivisme

Udgangspunktet for valg af videnskabsteoretisk tilgang, har været overvejelser omkring specialets problemformulering og hvilke konsekvenser en given position vil få for det videre speciale. Den videnskabsteoretiske position vil fungere som installation for den videre analyse. Jeg tror på en konstrueret virkelighed, hvilket giver mulighed for at anvende socialkonstruktivismen. I min videnskabsteoretiske tilgang til mit speciale har jeg valgt at benytte mig af socialkonstruktivismen. Jeg har valgt en socialkonstruktivistisk tilgang, da jeg mener, at neksusanalysen udforsker og problematiserer sociale praksisser og ser det som socialt konstrueret, hvilket er den centrale rolle i socialkonstruktivismen. Jeg vil forsøge at finde de sociale aktører i den sociale praksis og undersøge deres adfærd.

Alt er ifølge socialkonstruktivismen menneskeskabt:

”Et socialkonstruktivistisk standpunkt mht. et givet fænomen hævder, minimalt, at det pågældende fænomen, som normalt betragtes som ”naturligt” og uafhængigt eksisterende, i virkeligheden er menneskeskabt og bærer aftryk af sin menneskelige oprindelse: Det er formet og præget af menneskelige interesser.”

(Collin og Kjøppe 2008: 248).

Den centrale forståelse i socialkonstruktivismen er, at et fænomen ikke har en på forhånd

givet natur eller objektivitet, der kan gøres til genstand for den videnskabelige undersøgelse. Verden antages som socialt konstrueret. Verden er altså formet og skabt efter den måde vi tænker og taler om den på – gennem vores sprog og vores menneskelige praksisser. (Kjørup 2001: 7). Ej heller den fysiske verden eksisterer, som en objektiv virkelighed, men alene som en socialkonstruktion. Vi vil altid kunne finde en virkelighed, der er socialt konstrueret, ligegyldig hvor langt vi bevæger os tilbage i verdenshistorien. Der har alle dage været en socialkonstruktivistisk tilgang i vores samfund. Vi har skabt fænomener i samfundet, som f.eks. vores forestilling af Karlsvognen. Det, at vi tænker det som Karlsvognen, det er vores konstruktion. Det er et stjernebillede på himlen, som umiddelbart er en tilfældig samling stjerner. Gennem tiden har vi – mennesker – bestemt, at den ligner en vogn, hvorfor navnet Karlsvognen. I fællesskab har vi opfundet navnet og sidenhen har stjernesamlingen være kendt derpå. Karlsvognen har taget plads i vores bevidsthed og blevet en del af vores livsverden, uden at det er noget vi til dagligt tænker over. Det er blevet en naturlig del af stjernehimlen for os. Det er naturligt for os, at præcis den samling af stjerner hedder Karlsvognen.

Den sundhedsfremmende tilgang gør det interessant at se, hvorvidt det er naturens gang, at vi bliver mere og mere bevidste om sundhed, som en afgørende faktor i vores eksistens. Et nyt socialkonstruktivistisk synspunkt om netop sundhed, er allerede ved at forme sig i vores samfund: **Sundhed er noget vi alle har brug for i vores eksistens.** Selve begrebet ”sundhed” er en social konstruktion i og med, at vi kollektivet har opfundet begrebet. Med denne opfindelse følger der også et ansvar, ifølge Finn Collin og Simo Køppes:

”Når et fænomen udpeges som en social konstruktion, ligger der heri en opfordring til at ændre det eller i det mindste underkaste det en grundig kritisk vurdering. I og med at vi erkender, at en ting ikke er autonom eller naturgiven, men i stedet skabt af os, af kollektivet, er det nærliggende at tage op til vurdering, om dette fænomen fortjener at blive videreført, eller om vi skulle beslutte os til at ændre eller ophæve det.”

(Collin og Køppe 2008: 249).

Det er altså vigtigt at se på, om det for det første er muligt at videreføre fænomenet ”sundhed” og derefter om det vil gavne vores samfund at gøre det – og ikke mindst om det skal forblive som det er nu eller om det skal ændres.

Fænomenet sundhed bliver hele tiden udviklet og skabt på ny i og med, at vi opdager nye tiltag, som gør vores sundhed bedre og ikke mindst nemmere. Sundhed er en social konstruktion, som vi i vores samfund har skabt. Og et eller andet tyder på, at vores opfattelse af begrebet delvist skal ændres, for vi mennesker bliver stadig mere og mere usunde. Ligeledes skal fænomenet følge med tiden og udvikle sig derefter. Dette gør det i nogen grad allerede i takt med, at det er socialt skabt og derfor er en del af vores hverdag og naturligt følger med tiden. Fænomenet sundhed vil altså blive ved med at ændre sig: Følge med tiden og os mennesker, så vi hele tiden forstår meningen med det og så det hele tiden er en del af vores naturlige hverdag.

I forhold til hvorvidt sundhed vil gavne vores samfund, er det allerede et faktum: Vi ved, at sundhed mindsker risikoen for forskellige livsstilssygdomme og at sundhed øger livsværdien. Derfor er det et fænomen, som er kommet for at blive og som bare vil vokse sig større og større. Hvorvidt begrebet kan og vil blive benyttet er uvist. Sundhed kan bruges til at fremme erhvervslivets produktivitet, men det skal bruges korrekt, så det bliver en fordel for alle, erhvervsdrivende såvel som medarbejdere. Finn Collins tilgang har en mindre vidtgående position af socialkonstruktivismen, nemlig en forskel mellem erkendelsesteorien og en ontologisk tilgang til socialkonstruktivismen. Den ontologiske tilgang kendes ved, at den sociale virkelighed forstås som konstrueret af menneskelige handlinger, adfærd og intentioner, men disse handlinger indeholder et objektivt, ikke-konstrueret element. Sociale handlinger opstår først, når en given adfærd tolkes i lyset af den handlendes intention. (Rasborg 2004: 379). Denne position tilslutter jeg mig igennem mit speciale. Hovedpræmissen i begge tilgange er, at virkeligheden ikke kan forklares uafhængig af menneskers erkendelse af virkeligheden. Erkendelsen af en handling opstår først idet mennesker erklærer den via begrebsmæssige sondringer. (Collin 1998: 41). At gå ind gennem en dør er en fysisk handling, men intentionen og handlingen er uden social betydning. Det sker først, når der kommer en tolkning derpå. Der vil være forskellige betydninger og meningsdannelser afhængig af tolkningen og konteksten: Er det en dør i et klasseværelse eller ind til et køkken? Det skal dog siges, at alle forståelser ikke tillægges lige stor betydning. Alle handlinger og intentioner i verden sker via de sociale normer og regler, der er konstrueret på baggrund af den handlendes personlige erfaringer og historiske forhold. Disse kan være både bevidste og ubevidste. (Collin 1998). Italesættelse af sundhed og sundhedsfremme opstår ikke ud af ingenting, men tager netop udgangspunkt i tidligere italesættelser om emnet og er dermed med til at videreføre eller forandre eksisterende meningsdannelser.

Nøglepræmisser

Ifølge Jørgensen og Philips er der fire nøglepræmisser, som kendetegner socialkonstruktivismen.

De overlapper delvist hinanden, hvorfor jeg kun berører to af begreberne:

- Historisk og kulturel specificitet
- Sammenhæng mellem viden og sociale processer

(Jørgensen og Philips 1999: 13-14).

Den sociale handling eller aktion er den handling som søges undersøgt. Det er en handling begået af et individ med reference til et socialt netværk, også kaldet den medierede handling. Perspektivet understreger, at enhver handling er i sagens natur social – det er kun handlinger i det omfang, at det er opfattet af andre, som handlinger. (Scollon og Scollon 2004: 12).

Historisk og kulturel specificitet

Den socialkonstruktivistiske tankegang siger, at vores viden om verden er historisk og kulturelt betinget. Det vil sige, at vores forståelse af verden er forskellig i forhold til tid og rum (Jørgensen og Phillips 1999: 14).

Hvorvidt vi definerer sundhed kommer altså an på, hvilken kulturel sammenhæng vi befinder os i. Vores mening om sundhed kan være mere historisk præget det ene sted og mere kulturel præget det andet sted. Sundhed kan f.eks. være en ide om fem kartofler i stedet for fire, når man er på besøg hos sine bedsteforældre: De levede i en tid, hvor kulhydrater var vigtige for kroppen, når man havde fysisk hårdt arbejde, så deres historie siger dem, at jo flere kartofler, desto bedre. Men hvis man besøger en almindelig dansk familie, med en mere moderne opfattelse af sundhed, vil der være mere fokus på grøntsager og proteiner ved aftensbordet. Ligeledes kan det kulturelle spille ind og påvirke vores mening om sundhed. For bare få år tilbage, havde vi stadig den opfattelse, at rygning var sejt og det var noget man begyndte på, for at sende et signal om, at man var en cool person, som ikke fandt sig i noget. Derimod blev ikke-rygere opfattet som dydsmønstre. Denne skildring har specielt være tydelig i spillefilm, hvis en karakter skulle fasttømres: Skurken ryger og helten takker nej. Vi er så småt ved at ryste den holdning af os og rygning er pludselig ikke så smart mere: Hvor vi før så en sej fyr, som tog sig en smøg, ser vi nu en knap på smart fyr, som ødelægger sine lunger. Vi mener tilmed, at vi har ret til at sige noget, hvis vi ser en gravid kvinde ryge. Det ufødte barn er

en del af vores fællesskab, som vi mener, vi har ret til at passe på. Danmark er langt fremme i forhold til rygning og ikke-rygning, men lande som Japan har f.eks. offentlige steder, hvor man ikke må ryge. I nogle tilfælde er der rygebåse tilgængelige. Ofte er det bare en lille indhegning, hvor rygerne kan gå ind og ryge, når de er i det offentlige rum. En overtrædelse af denne regel – hvis man ryger uden for disse indhegninger – medfører en bøde.

Sammenhæng mellem viden og sociale processer

Vores måde at forstå verden på produceres og skabes løbende i de sociale processer, som igen er påvirket af den sociale sammenhæng, vi indgår i - konteksten. Vores ekspertise skabes i vores sociale interaktioner, hvor de afgørende faktorer er magt og interesser. De bestemmer, hvad der bliver sandt og falsk i vores verden. (Jørgensen og Philips 1999: 14).

Det er altså igen en social proces, der sker, når vi forstår fænomenet sundhed. Vi hverver vores viden gennem den sociale kontekst. Kærkommen har forsøgt sig med et tiltag, kaldet sundhedscafeer, hvor alle medarbejdere er opdelt i grupper og tilknyttet en gruppeleder. De mødes et par gange om måneden og snakker sundhed og debatterer dertilhørende emner. Gennem dette sociale arrangement får deltagerne, her medarbejderne deres viden om sundhed. Såvel som deres mere grundlæggende viden om sundhed, som ligeledes er skabt i et socialt rum f.eks. folkeskolen eller familien. Sundhedscafeen er med til at skaber en ramme om den viden, som medarbejderne her bliver fælles om: De får en fælles opfattelse af begrebet sundhed. Ligeledes bliver der i fællesskab bestemt, at dette er sandheden om sundhed. Det er på den måde sundhed bliver italesat, som bliver den virkelige sandhed for deltagerne om, hvordan sundhed er. Hvis opfattelsen af sundhed, indebærer, at der ingen rygning er på virksomhedens matrikel, så er det sandheden om sundhed for deltagerne. Det bliver altså en del af det at være sund, ikke at ryge på arbejdspladsen. Hvorvidt det bliver formidlet, at det er ligeså vigtigt, ikke at ryge derhjemme eller andre steder, er ikke nødvendigvis en del af deltagerens nyfundne sandhed om sundhed. Dette kan også være grunden til, at alle deltagerne ikke lykkes i forsøget på at stoppe med at ryge.

Der er visse begrænsninger ved socialkonstruktivismen. Retninger der ikke er mulige, men de er i så fald heller ikke hensigten med socialkonstruktivismen. Hensigten er ikke at nå ind til, hvad mennesker virkelig mener med det de siger, deres livsverden, men det er det der siges der er det vigtige og det er det der skal undersøges i forhold til hvilke meninger der konstrueres og hvilke

sociale konsekvenser disse meningsdannelser får. (Jørgensen og Phillips 1999). Det er ikke det mennesker virkelig mener, men det de siger, der får sociale konsekvenser og skaber betydning og konstruerer verden. Italesættelsen er vigtigere end hvad der muligvis menes.

Socialkonstruktivismens opfattelse af verden er, at verden er en social konstruktion og den viden der skabes om verden, må også forstås som en konstruktion. Det har den konsekvens, at vores viden og verdensbilleder ikke er spejlbilleder af virkeligheden, men er resultatet af de måder vi kategorisere verden på (Jørgensen og Phillips 1999: 13). Det siges hermed, at det ikke er muligt at konstruere sand viden. Dette skal forskeren være opmærksom på, for ikke at blive fasttømret i en position i forhold til genstandsfeltet, som er med til at bestemme, hvad han kan se og hvad han fremlægger som resultater. Der vil altid fremgå andre positioner, hvorfra virkeligheden vil se anderledes ud. (Jørgensen og Phillips 1999: 32). Det er derfor vigtigt, tydeligt at vise, hvilket perspektiv og teori der er anvendt for undersøgelsen og hvordan resultatet er opnået. Dette er en konsekvens, man som forsker skal være opmærksom på og et redskab, hentet fra fænomenologien er at ”sætte parentes” om sig selv og sin viden, så man kan sætte spørgsmålstejn ved de udsagn der af de involverede aktører bliver accepteret som sandheder. (Jørgensen og Phillips 1999: 32). Derudover er det essentielt, specielt idet jeg anvender neksusanalyse at være opmærksom på de diskurser, man selv producerer og inddrager i hele forskningsprocessen.

Neksusanalyse som metode

Neksusanalyse giver mulighed for at undersøge sideelementer og spore deres historiske kurs mod handlinger, for at forudse deres resultat (Scollon og Scollon 2004: ii). Der er flere grunde til, at jeg har valgt denne tilgang, men den væsentligste er, at neksusanalyse trækker på en række ressourcer, der gør det muligt at analysere et så komplekst genstandsfelt som sundhedsfremme i Kærkommen. Endvidere er neksusanalysemodellen velegnet som struktureringsredskab for analyse af implementering af sundhedsfremme i Kærkommen, som udgør mit genstandsfelt. Jeg vil dog gøre opmærksom på, at jeg kun benytter mig af neksusanalyse til en vis udstrækning. Jeg anvender dele af neksusanalysen. I første fase, Engaging the nexus of practice henter jeg data via et telefoninterview og dokumenter fra Kærkommen, hvorfor denne fase ikke bliver så omfattende, med observation og feltstudier, som ellers er karakteristisk for denne fase. Omdrejningspunktet for min analyse bliver derimod fokusgruppeinterviews i anden fase af neksusanalyse, Navigating the nexus of practice.

I arbejdet med indsamling af empiri til specialet, har jeg gjort mig en række overvejelser i forbindelse med udvælgelse af dataindsamlingsmetode. Den etnografiske metode bruges ofte indenfor traditionelle samfundsvidenskabelige områder til planlægning og systemdesign (Brinkmann og Tanggaard 2010: 82).

Etnografien undersøger handlinger begået af mennesker, mens de lever deres liv. Den er som regel udvidet og kræver en stor deltagelse for forskeren (Scollon og Scollon 2004: 13), men i mit tilfælde bevæger jeg mig ikke ligeså dybt ind i observationen af de foregående handlinger, men snarer i den aktuelle sociale handling. Dog vil jeg forsøge at afdække denne observation gennem data fra bl.a. et telefoninterview med tovholderen på de sundhedsfremmende projekter i Kærkommen, Pernille Larsen og ydermere dokumenter til og fra Statens Forebyggelsesfond. Jeg har ikke fundet det muligt tidsmæssigt at lave feltstudier og observation i virksomheden. Jeg mener dog, at jeg kan hente rigelig information til min videre analyse, gennem de data jeg har hvervet mig gennem Pernille Larsen og egen research på internettet. De relevante emner, som er vigtige for mig i mit speciale, er en del af Kærkommen og dermed en del af samfundet. I neksusanalysen er den bærende ide samfundets handlinger, altså medieret diskursanalyse. Handlingerne udføres af samfundsmæssige aktører eller medierede aktører og medieres igennem eller med kulturelle redskaber, de medierede midler, som igen fremstilles i sociale handlinger. Derfor er brug af de materielle omstændigheder afgørende for alle handlinger, under udfoldelse, herunder dataindsamlingsmetode. (Brinkmann og Tanggaard 2010: 83). De medierede midler er altid til stede og er et konkret aspekt af handlingen. Man bruger f.eks. dej, bord og hænder, når man bager. Handlingen bliver udført ved hjælp af et redskab, som er redskabet for handlingen. (Scollon og Scollon 2004: 12).

Neksusanalysen er en etnografisk tilgang, hvor man ønsker at inddrage de kontekstafhængige og socio-historiske aspekter af den pågældende observerede interaktion. Den stammer fra et behov for at forstå de samfundsmæssige og kulturelle sammenhænges betydning for handlingen (lingvistisk og lignende) der udspiller sig her og nu. (Brinkmann og Tanggaard 2010: 82). Denne viden om de kontekstafhængige og socio-historiske aspekter, vil jeg hente via mit øvrige data, uden decideret at observere en gældende situation i organisationen. Neksusanalyse er et eks. på observationsmetode (Brinkmann og Tanggaard 2010: 83), hvor man bl.a. kan benytte sig af kvalitative metoder, så som interviews. En empirisk metode er nødvendig for at indfange de fænomener jeg interesserer mig for i mit speciale (Brinkmann og Tanggaard 2010: 82).

Til min dataindsamling har jeg benyttet mig af en metode, som giver mulighed for at stille aktørerne spørgsmål til netop min problemformulering: Etnografisk interview, fokusgruppeinterviews, hvor målet med forskningen er at forstå, hvorfor aktører i feltet gør som de gør. Herunder opfattes det som aktøren gør, altid som sandt. Denne metode medfører et indefraperspektiv, der styrker adgangen til aktøren og dennes viden, som dermed åbner for en mere helhedsorienteret analyse der omfatter både sprog og miljø. (Erickson 1992: 201-225). Den etnografiske dataindsamling giver mulighed for at undersøge andet end bare sproget, nemlig også miljø og handlinger, som er i højsædet i neksusanalysen. (Sprandly 1979: 17-24). I fokusgrupperne er formålet at få deltagerne til at tale om de praksisser, som er interessante for mit speciale. Derigennem får jeg en viden om de handlinger der er aktuelle. Handling, miljø og kultur er alle elementer der findes udenom sproget, og de er alle relevante for den sociale interaktion (Sprandly 1979: 17) og det der bliver sagt, som er omdrejningspunktet i etnografi (Scollon og Scollon 2004: 10). De tre elementer vil jeg forsøge at inddrage via Bente Halkiers teori om kvalitativ metode, fokusgruppeinterviews. Med denne tilgang til min empiri kan jeg både observere og stille konkrete spørgsmål, som er relevante netop for min problemformulering. Jeg benytter mig af to fokusgrupper, som hver består af fire til fem deltagere, da Jørgensen og Phillips konkluderer, at større mængde data i visse tilfælde kan besværliggøre og forlænge processen, frem for at forbedre resultatet af undersøgelsen (Jørgensen og Phillips 2008: 127). Størrelsen på min empiriindsamling vender jeg tilbage til senere i følgende afsnit.

Kvalitativ metode

I dette afsnit vil jeg uddybe min udformning af fokusgrupperne og transskribering af fokusgruppeinterviewene i Kærkommen. I mit speciale søger jeg en viden om sundhedsfremme og i den forbindelse har jeg fået virksomheden Kærkommen som rekvirent. Min empiriindsamling er derfor hentet hos de ansatte i Kærkommen via fokusgruppeinterviews. Af hensyn til de ansattes anonymitet, har jeg valgt at ændre navnene på deltagerne. Jeg bruger Bente Halkiers teorier om fokusgrupper. Halkiers forståelse af fokusgrupper bygger på David Morgans forståelse (Halkier 2008: 9). Jeg har valgt at benytte mig af fokusgruppeinterviews, da det er en effektiv metode til at få noget af vide om, hvad en gruppe mennesker kan blive enige eller uenige om i forhold til et givent emne. Via en fokusgruppe kan deltagerne få italesat nogle af de praksisser og fortolkninger de oplever i forhold til de forskellige projekter om sundhedsfremme i Kærkommen (Halkier 2008: 10). Jeg leder dog ikke efter de individuelle svar, men ønsker at se på den sociale helhed i forhold til

sundhedsfremme i Kærkommen. Derudover hænger forståelsen af den sociale interaktion i fokusgruppeinterviews sammen med min videnskabsteoretiske tilgang (Halkier 2008: 14).

Valg af deltagere

Deltagerne i fokusgruppen er alle medarbejdere i Kærkommen. Alderen hos deltagerne er fra 23 år til 56 år. Fokusgrupperne består af i alt syv kvinder og en mand, som arbejder som social- og sundhedshjælper, med undtagelse af Ida, som er ansat som afdelingsleder. Grupperne er overvejende homogene, men taget i betragtning, at Ida adskiller sig som afdelingsleder, bliver den fokusgruppe, som hun er en del af heterogen. Med sin post som afdelingsleder kan det forventes, at hun vil have nogle markant anderledes synspunkter og meninger end de øvrige deltagere (Halkier 2008: 28). At blande deltagere med forskellige roller og status i en fokusgruppe kan skabe en risiko for den sociale interaktion. Den kan blive akavet og deltagere kan være mindre åbne (Halkier 2008: 28-29). Dog valgte jeg at have Ida med i den første fokusgruppe, da jeg syntes det kunne være interessant at se forskellen på de to grupper og ligeledes fordi jeg ønskede at høre en leders meninger og holdninger, samt de ansattes holdninger dertil.

Litteraturen anbefaler, at man finder deltagere, som man ikke kender, da det kan være svært at interviewe personer, som man kender (Halkier 2008: 32). Forløbet mod at skaffe deltagere til fokusgruppen var en længerevarende proces, som startede med et opslag med en opfordring til at deltage. Dette opslag blev sat op i Kærkommen i henholdsvis Hjørring og Aalborg, (Bilag 4) dog var der ingen respons, hvorpå jeg aftalte et møde med virksomheden i Aalborg. Jeg tog ud en morgen, inden de ansatte skulle køre ud til borgerne. Her havde jeg lavet nogle flyers (Bilag 5), som jeg delte ud og svarede på spørgsmål. På den måde fik jeg hvervet samtlige deltagere til to fokusgrupper den kommende uge.

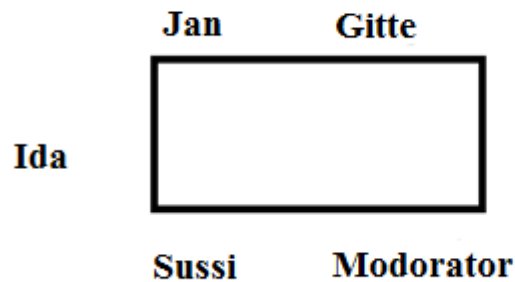
Alle deltagere burde føle sig forpligtede til at møde op, da alle aftaler blev lavet gennem afdelingslederen Ida (Halkier 2008: 33), dog var der tre deltagere, som sprang fra i sidste øjeblik og en, som kom for sent til fokusgruppeinterviewet. Dette skabte et problem i forhold til antallet i fokusgrupperne. Antallet af deltagere i et fokusgruppeinterview varierer meget i litteraturen, men de ligger omkring seks deltagere (Halkier 2008: 33), hvorfor jeg rekvirerede henholdsvis seks og fem deltagere, hvilket endte med fire deltagere i hver gruppe. Mindre grupper skulle dog være gode til særligt sensitive emner, så som privatliv (Halkier 2008: 34), hvilket i høj grad blev diskuteret i

fokusgrupperne. I modsætning til større grupper, hvor data kan være svært at analysere og alle deltager ikke i snakken (Halkier 2008: 34).

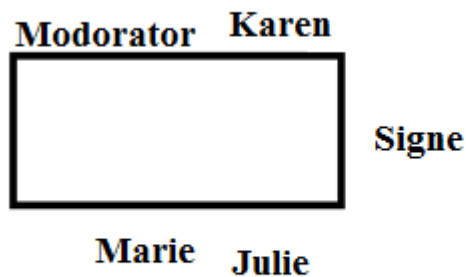
Jeg valgte at lave to fokusgrupper, da det anbefales at lave få interviews og at holde antallet nede på det absolut minimale (Halkier 2008: 35-36) og jeg mente, at det var en passende mængde data. Uanset hvor meget data man har, som siger det samme, gør det det ikke mere gældende og er derfor blot spild af tid for både deltagere og forsker. I det øjeblik man får de samme resultater, bør man stoppe indsamlingen af data. Jeg mener, at jeg har fået dækket en stor del af Kærkommens medarbejdere, med en bred vifte af personligheder. Deres historiske body er yderst forskellige og blandt deltagerne er der lige fra serviceassistenter til social- og sundhedsassistenter og tilmed en afdelingsleder. Den historiske body er individets erfaringsverden med viden og erfaringer. Den studeres via interviews af deltagerne. Alle mennesker opfører sig forskelligt, om end det er samme situation, da de er påvirket af deres historik af personlige oplevelser, som er indlejret i deres historiske body. Med tiden bliver en livstid med personlige vaner naturligt og kroppen udfører handlingerne uden at få besked derpå. (Scollon og Scollon 2004: 13).

Lokaliteten vil altid påvirke empiriproduktionen, det er derfor vigtigt at bruge et neutralt institutionelt sted, som er emnerelevant, f.eks. et mødelokale i virksomheden. Jeg valgte at bruge deltagerens arbejdsplads, da det var emnerelevant og praktisk, derudover giver det en tryghed for deltagerne (Halkier 2008: 36). Det har ligeledes en betydning, hvordan medlemmerne er placeret under interviewet. Moderatoren er i dette tilfælde mig, som forsker og interviewer af fokusgruppen. Det er vigtigt, at moderatoren ikke giver en ledereffekt ved at sidde for enden af bordet. Moderatoren skal være en del af gruppen såvel som de øvrige deltagere (Halkier 2008: 61). Bordopstillingen så ud som følgende:

Første fokusgruppeinterview:



Anden fokusgruppe interview:



Struktur som modorator

Alle fokusgrupper behøver en observatør, hjælper og interviewer, som i mit tilfælde alle måtte dækkes af mig (Halkier 2008: 38).

Modellen, som jeg benytter mig af til fokusgrupperne er tragt-modellen, som ofte er brugt indenfor kommunikationsforskning. Den starter åbent og slutter mere struktureret. På den måde er der plads til deltagerens perspektiver og interaktion, så jeg er sikker på, at jeg får belyst mine forskningsinteresser. Den lukkede model har flere specifikke og åbne spørgsmål, i modsætning til den åbne, som er mere struktureret, hvor der ønskes at deltagerne taler i en bred ramme. (Halkier 2008: 39-40).

Spørgeguide

Tragt-modellen lægger op til en konkret spørgeguide, med et par åbne beskrivende start-spørgsmål. Start-spørgsmål er åbne og ekspansive – de lægger op til, at der kan reageres på mange forskellige måder (Halkier 2008: 42). Målet er at få deltagerne til at fortælle om deres egne erfaringer. Senere vil der komme mere specifikke start-spørgsmål, samt målrettede opfølgningsspørgsmål (Halkier 2008: 41).

Jeg ønskede at starte med deltagernes mening om sundhed generelt og deres mening om sundhed og sundhedsfremme i Kærkommen. Jeg startede med at stille spørgsmålet: ”Hvad optager jer mest ved sundhed for tiden?” Her fik jeg noget af vide om deltagernes mere generelle forståelser, erfaringer og normer på området via en åben diskussion. Dernæst drejede jeg ordet sundhed ind på sundhedsfremme i Kærkommen (Halkier 2008: 44).

Min spørgeguide så ud som følger:

Introduktion til fokusgruppeinterview i Kærkommen:

Information: Forskningsprojektet handler om sundhedsfremme på bedst mulig måde. Jeg ønsker at se på, hvordan man forener sundhed og en virksomhed på bedst mulig måde.

Introduktionsrunde: Alle præsenterer sig (navn, alder, position i virksomheden, hvor mange år I har været ansat).

Interviewet i dag handler om: Jeres meninger, erfaringer og holdninger til sundhedsfremme. Interviewet bliver optaget, men ingen andre end mig kommer til at høre optagelserne. (Det er kun noter). Der vil ligeledes være fuld anonymitet for alle deltagere.

Hvad kommer der til at foregå i dag:

- Dette interview er anderledes end det, man normalt forbinder med at blive interviewet, hvor interviewereren stiller en masse spørgsmål.
- Nu er det mest jer, der skal snakke og diskutere med hinanden.
- Jeg har nogle spørgsmål, som jeg giver jer et af gangen til at snakke om.
- I kører selv diskussionen. Hvis den ryger af sporet, hvis I løber tør for ting at sige, hvis ikke alle bliver hørt – så plejer en fra gruppen at gøre noget ved det – ellers skal jeg nok bryde ind.

- I må gerne henvende jer til hinanden, kommentere hinandens udtalelser, spørge ind til hinanden på basis af erfaringer og diskutere og forhandle med hinanden.
- Forestil jer, at det er ligesom at sidde hjemme hos en af jer og snakke hen over kaffen.
- Jeg er først og fremmest interesseret i jeres egne erfaringer, oplevelser og fortællinger – ikke bare jeres holdninger.
- Alle oplevelser er lige vigtige.
- Alles oplevelser er lige okay – der er ikke rigtige og forkerte svar.
- I er eksperterne. Jeg er her for at lære noget af jer, som jo er dem, der ved mest om jeres eget liv/organisation og erfaringer. (Halkier 2008: 52-54).

Struktur som modorator:

Tragt modellen – kombination af den åbne og den lukkede: Starter åbent, slutter mere struktureret.

Spørgeguide:

En konkret spørgeguide med et par åbne beskrivende start-spørgsmål:

- Hvad optager jer mest ved sundhed for tiden?
- Hvordan har I oplevet sundhedsfremme i Kærkommen?
- Har I været inddraget i projekterne og hvordan?
- Hvilke ting har I hæftet jer ved i projekterne?

Senere mere specifikke start-spørgsmål, samt målrettede opfølgningsspørgsmål – eks. etnografiske strukturelle spørgsmål og kontrast-spørgsmål:

- Hvordan oplever I at projekterne er blevet formidlet?
- Hvordan har budskabet været?
- Har det generelt gjort arbejdspladsen bedre?
- Hvorfor tror I at arbejdspladsen har valgt at arbejde med Forebyggelsesfonden om sundhedsfremme?
- Er det med til at gøre dig til en bedre kollega/medarbejder/leder?
- Hvad har jeres aktivitet været i projekterne (hvor mange arrangementer har du deltaget i?)
- Hvordan har jeres engagement/lyst været til projekterne?
- Har I oplevet at projekterne har haft indflydelse på jeres private anliggender?
- Hvordan oplever I forskellen på projekterne? (Rygning, kost og motion).

- Har I nogen idéer til, hvordan det kunne være gået bedre, eller hvordan det kunne fungere bedre i fremtiden?
- Ønsker I at fortsætte med de forskellige projekter?
- Afsluttende kommentarer?
- Hvordan har det været at deltage i et fokusgruppeinterview?
Denne viden vil give deltagerne en oplevelse af, at jeg som modorator har taget dem alvorligt, og informationen kan jeg med sikkerhed bruge fremover (Halkier 2008: 62).

Fokus og hjælp:

- **Tag noter!** Hvordan deltagerne agerer, stemningen, hvad bliver sagt, når diktafonen ikke er tændt, osv.
- Skal sørge for at de **forholder sig og holder sig til emnet**.
- Hvis **nogen taler mere eller mindre end andre**, må man bryde ind, på et passende tidspunkt og høre til andres erfaringer.
- **Hvis samtalen går i stå:** En ting jeg har hørt flere nævne er ... hvad mener resten af jer om det? / En ting, jeg er overrasket over, at ingen har nævnt er ... betyder det noget eller hvad? (Halkier 2008: 59-62).

Gennemførelse af fokusgruppeinterviews

Fokusgruppeinterviews er et håndværk, hvor man tilegner sig andres erfaringer. Dette er en fordel at gøre deltagerne opmærksomme på, da de ellers kan have tendens til at tro, at forskeren besidder alle svarene (Halkier 2008: 47-53). Modoratorrollens vigtigste dyd er at muliggøre den sociale interaktion i fokusgruppen og ikke kontrollere den (Halkier 2008: 49). Derudover skal modoratoren kunne få deltagerne til at deltage aktivt, interagere, tale med hinanden og holde sig til emnet (Halkier 2008: 50).

Bearbejdelse af fokusgruppedata

Både indholdet i det der siges og interaktionen er vigtig og spændende (Halkier 2008: 69). Dog har jeg valgt at have størst fokus på indholdet og det deltagerne siger. Men det hele starter med, at data skal transskriberes.

Transskribering

Det er vigtigt at få alt optaget tale med, også lyde, som øh og mhh. Alt skal med også talevendinger.

Der må ikke laves om til skriftsprog. (Halkier 2008: 71).

Følgende forkortelser brugte jeg:

(UF): Uforståelig tale.

_____ : Når nogle understreger noget.

[]: Griner og andre ikke talte reaktioner.

...: Pauser og afbrydelser/ personen får ikke talt færdigt. (Halkier 2008: 72).

ORGANISATIONSTEORI

Det organisationsteoretiske begreb giver et indblik i Kærkommens problemstillinger samt kontekst. Kærkommen er en privatvirksomhed, som tilbyder kommuner i Danmark deres assistance. Der forekommer forskellige strukturer i alle organisationer og specielt store organisationer kan ikke eksistere uden den formelle struktur, som er et begreb, der indebærer et sæt mere eller mindre uskrevne regler, som søges opretholdt i en organisation i særdeleshed ved arbejdsdeling og styring. De formelle systemer opfattes som instrumenter til bestemte formål, som opnås via den mest hensigtsmæssige formelle struktur til hver af de gældende mål. (Bakka og Fivelsdal 2004: 45-47). Begrebet formalisering er i høj grad i spil i Kærkommen, hvor det bruges til at styre de rent rutinemæssige situationer i virksomheden. Det er dog forskelligt, hvor dybt man formaliserer på de enkelte områder og hvor detaljeret det bliver udarbejdet. Rent formelt er der flere forskellige strukturer i spil i virksomheden Kærkommen. Kærkommen er strukturelt forbundet indad som en selvstændig organisation. Et af målene i virksomheden er målet om at blive Danmarks sundeste arbejdsplads, via forskellige sundhedsfremmende projekter. (Bakka og Fivelsdal 2004: 47).

Hierarki

For at synliggøre den formelle struktur vil jeg benytte mig af en hierarkimodel. På den måde kan jeg klarlægge hvorvidt arbejdsdelingen er horisontal eller vertikal. Vertikal arbejdsdeling giver sig til kende ved, at der er et tydeligt hierarki: Arbejdsprocesserne og inddeling af grupper og afdelinger i organisationen, har hver især forskellige grader af ansvar. Den horisontale arbejdsdeling bliver tydeliggjort i et nærmest ikke-eksisterende hierarki, ansvaret er altså ligeligt fordelt. Kærkommen som organisation har en vertikal arbejdsdeling, idet der er en bestyrelse, direktør og ledelse. Dog er der tilfælde af horisontal arbejdsfordeling i Kærkommen, da der er flere teams, hvor ansvaret er ligeligt fordelt, dog ofte med en teamleder. Det vertikale hierarki består af en ledelse, direktør i toppen og de social- og sundhedsansatte i bunden, derimellem de øvrige ansatte i virksomheden. (Bakka og Fivelsdal 2004: 47-49).

Linje og stab

De to begreber er adopteret fra det militære system til analysen af hierarkier; linje og stab. Linje benyttes som en kommandolinje i militær teknologi. Stab er en betegnelse for ledelsen og behandler opgaver hvad angår rådgivning, analyse og koordinering. Der er både linje og stab til stede i

Kærkommens struktur, som er nødvendigt i et vertikalt hierarki. Der er en linje fra bestyrelsen til ledelsen, som deler sig til de ansatte. (Bakka og Fivelsdal 2004: 55-59). Derudover hører kommunen under, da de er Kærkommens primære kunde i og med, at Kærkommen tilbyder ældrepleje til kommunerne. Generelt bruges der flere evalueringsværktøjer, som kan ses som staben. Den øverste ledelse sidder med samtlige opgaver i organisationen, hvilket giver et magtfuldt og nødvendigt overblik, men det kan derimod også opleves som en stressfaktor (Bakka og Fivelsdal 2004: 55-59).

Decentralisering

Decentralisering har to hovedbetydninger. Dels den proces der er i at delegerer opgaver og beslutningskompetence til de øvrige ansatte, dels opgave- og magtfordelingsstrukturen som findes, når decentraliseringen er gennemført. Ifølge Bakka og Fivelsdal anses decentralisering som frihed under ansvar, da ledere i centraliserede organisationer ofte bliver overbelastede med opgaver og ansvar og dermed bliver beslutningsprocesserne svage. Decentralisering er med til at øge arbejdsmotivation, da ansvar ofte fører til et mere effektivt arbejdsmiljø. Derudover vil et eventuelt problem være nemmest at løse for de personer, som arbejder med det gældende emne. De er mest fortrolige med det og dermed bedst til at håndtere det. Dette kommer til udtryk i Kærkommen ved, at de netop arbejder med frihed under ansvar. De har rigtignok en plan der skal følges, men det er Kærkommens ledelse, i samarbejde med kommunen, der sætter rammerne for de ansatte, som de selv forvalter og styrer. Dog kan det være demotiverende for de ansatte at skulle følge en regel, de ikke tror på eller synes er mulige eller realistiske. Det kan tilmed blive en stressfaktor, såvel som det hierarkiske stress, som er beskrevet i afsnittet ovenfor. (Bakka og Fivelsdal 2004: 60-63).

Centralisering er ikke decentraliserings modpol, men snarere en anden form for styreform. Der er ofte et mere klart overblik i en centraliseret organisation. Dette giver lederen et mere styret overblik. Alle virksomheder har mere eller mindre både en centraliseret og en decentraliseret styreform. I Kærkommen sidder bestyrelsen med alle overordnede beslutninger, hvilket indadtil er en centraliseret organisation, men det er bestyrelsen, i samråd med kommunen, der bearbejder, hvad der er muligt at gennemføre. (Bakka og Fivelsdal 2004: 60-63).

ANALYSE OG TEORI

Engaging the nexus of practice

Neksusanalyse er en kortlægning af de semiotiske cirkler der er af mennesker, diskurser, steder og medierede midler i den sociale handling der studeres (Scollon og Scollon 2004: viii).

Neksusanalysen kan bruges i en hvilken som helst etnografisk forskning. Den indeholder tre centrale opgaver: Engaging, Navigating og Changing. Perioden for en fuldbyrdet neksusanalyse er ca. et år. (Scollon og Scollon 2004: 152). Her er jeg opmærksom på, at jeg ikke har tid til at lave en fuld neksusanalyse, men jeg vil i den følgende analyse komme omkring alle tre opgaver. Den første opgave er, at forskeren engagerer sig i den centrale medierede handling, der er relevant for det sociale emne der studeres. Herefter træder forskeren ind i anden opgave, som består af en navigation og kortlægning af diskurser, de involverede aktører og de medierede midler i den sociale interaktion. Den tredje opgave er forandring, hvor forskeren om nødvendigt søger at ændre på de praksisser der er i den sociale interaktion, for at skabe en positiv forandring. (Scollon og Scollon 2004: 152). De tre faser i neksusanalyse er centeret om hinanden, som vist i figuren herunder:



(Scollon og Scollon 2005: 153).

Inden jeg begynder på den første fase, Engaging the nexus of practice, vil jeg foretage en SWOT-analyse.

SWOT-analyse

Jeg benytter mig her af den empiri jeg har gennem mit telefoninterview med Pernille Larsen, de dokumenter jeg har af korrespondancen mellem Kærkommen og Statens Forebyggelsesfond, og det data jeg selv har fundet i min egen research, bl.a. gennem Kærkommens hjemmeside. Jeg vil derfor kalde det en SWOT-analyse over Kærkommens selvbillede og hvordan de repræsenterer og opfatter sig selv. Det vil give et overblik over den videre analyses omdrejningspunkter. SWOT står for Strengths, Weaknesses, Opportunities og Threats. Her er formålet at skabe et overblik over organisationens interne styrker og svagheder, som indebærer de forhold, som organisationen selv kan styre og dermed ændre. Derudover søger jeg at kende til Kærkommens eksterne muligheder og trusler, virksomheden ikke selv har nogen indflydelse på og dermed må forsøge at tilpasse sig. Sørensen og Vidal beskriver formålet med en SWOT-analyse som følger: *"(...) at strukturere en kvalitativ og/eller kvantitativ afklaring af den situation, en organisation befinder sig i, samt at undersøge, hvilke elementer i organisationens omgivelser, der kan influere på dens fortsatte eksistens."* (Sørensen og Vidal 2001:26).

Kærkommen skal og må være opmærksom på og forholde sig til følgende forhold til deres styrker, svagheder, muligheder og trusler.

	Styrker	Svagheder
Det interne perspektiv	<ul style="list-style-type: none">• Stor og anerkendt organisation, som har eksisteret i mange år.• Er tilpasningsdygtig i forhold til borgerne (mobile).• Forsøger sig med sundhedsfremme.	<ul style="list-style-type: none">• Manglende kommunikation.• Mangler at promovere sig selv.• Udsat gruppe i forhold til sygdom og nedslidning.• Manglende tid og økonomi.
	Muligheder	Trusler
Det eksterne perspektiv	<ul style="list-style-type: none">• Populær blandt ældreplejen (og de ældre).	<ul style="list-style-type: none">• Udsat gruppe i forhold til sygdom og nedslidning.

Nogle af disse punkter er relevante for min analyse, andre er ikke, men jeg har dem med i skemaet alligevel for at demonstrere, hvordan det fungerer og hvor de gældende emner skal placeres. I det følgende vil jeg uddybe nogle af punkterne, som er stillet op i SWOT-analysen.

Stor og anerkendt organisation, som har eksisteret i mange år

Det fremgår, at Kærkommen har den styrke, at de er en stor og anerkendt organisation, der har eksisteret i mange år. Kærkommen er Danmarks største private leverandør af hjemmepleje og har i dag over 5500 borgere (Kærkommen.dk). Med denne titel følger ligeledes et ansvar, nemlig ansvaret for de 5500 borgere, som alle er afhængige af en professionel og kærende hjælp og omsorg. Dette kan lægge et pres på de ansatte i og med, at tiden ikke nødvendigvis altid er der til at gennemføre de fornødne opgaver. Derudover bidrager denne styrke med endnu et ansvar, hvor det er 650 ansatte, som skal tages i betragtning, når det gælder sundhedsfremme, hvilket også er en styrke ifølge SWOT-analysen. Kærkommen arbejder hen imod at blive Danmarks sundeste arbejdsplads (Bilag 2) via sundhedsfremme.

Manglende kommunikation

Dette er et problem, som blev tydeligt for mig tidligt i mit samarbejde med Kærkommen. Jeg havde svært ved at finde den rette kontaktperson og da det lykkedes var det vanskeligt at etablere et møde. Med tiden fik jeg dog et telefoninterview med Pernille Larsen. Efterfølgende tog det en del tid og mange mails og opkald før det lykkedes mig at få de nødvendige dokumenter mellem Statens Forebyggelsesfond og Kærkommen. Den indledende kommunikation med Pernille Larsen nåede et punkt, hvor jeg måtte kontakte hende og stille hende et klart spørgsmål om, hvorvidt de ønskede at samarbejde og medvirke, som jeg i starten havde fået indtryk af at de ville. Da min primære kontakt blev afdelingen i Aalborg, gik det noget nemmere, men tog stadig tid, herunder etableringen af de endelige fokusgrupper. Det var generelt svært at finde den ansvarlige i alle situationer. Der er et mangler på overblik over kommunikationen i Kærkommen, hvilket afspejles i den manglende information tilgængelig i organisationen. Det bliver i mit interview med Pernille Larsen gjort klart for mig, at der er et problem med deltagelse i de sundhedsfremmende projekter. Deltagelse i sundhedsfremmende projekter skal ifølge Torben Kristensen, som har skrevet en Master om Sundhedsfremme opfylde følgende krav: Deltageren er mødt op ved start, mødt op et vist antal

gange, har fortsat sin deltagelse og gennemført deltagelse (Kristensen 2005: 6). Der er kun en tredjedel positive deltagere, hvor en anden tredjedel primært er negative og den sidste del *”mangler måske kompetencer, for at kunne deltage.”* (Bilag 2). Blandt Kærkommens interne svagheder er manglende kommunikation listet i SWOT-analysen, herunder information. I interviewet med Pernille Larsen forklarer hun, at al information primært foregår via opslag:

”Vi har sundhedscafeer, hvor der bliver diskuteret om de forskellige tiltag, derudover sætter vi opslag op om relevante arrangementer. Information om sundhedscafeerne sker ligeledes med opslag. Derudover er vi ved at lave en trivselsrapport, som skal deles ud til de ansatte, hvor vores politikker står beskrevet.”

(Bilag 2).

Med en virksomhed på 650 ansatte kan det være vanskeligt for alle at indhente information fra et opslag, især da de ansattes arbejdsdag ikke er på den fysiske arbejdsplads, men ude hos borgerne. I mine indledende besøg i Kærkommen, var jeg inde i deres personalelokale, hvor væggene var fyldt med opslag og bordene ligeledes var dækket af brochurer og papirer. Det gør det, efter min mening endnu sværere at bemærke og gennemskue et nyt opslag, hvilket siger mig, at det kan være en af grundene til at flere medarbejdere ikke deltager i de sundhedsfremmende projekter: De er ikke klar over, at arrangementerne foregår. Det er ikke mangel på kompetencer, som Pernille Larsen konkluderer.

Medarbejderne er en udsat gruppe i forhold til sygdom og nedslidning

Dette punkt har jeg listet i både svagheder og trusler. Jeg mener, at der er nogle præmisser omkring en udsat gruppe, der ikke kan ændres på en arbejdsplads. En af de faktorer der gør social- og sundhedshjælperne til en udsat gruppe er bl.a. deres lave uddannelsesniveau. Flere undersøgelser peger på, at forskelle i uddannelse statistisk viser sig at være det mest synlige parameter, som ulighed i sundhed kan gradueres efter (Dybbroe et al. 2012: 42). Det sociale tilhørsforhold er ligeledes et centralt aspekt, som Kærkommen ikke kan ændre hos deres ansatte. De faktorer, Kærkommen kan ændre på, i forhold til at deres ansatte er i en udsat gruppe er, at styrke deres

sundhed. En gruppe, som medarbejderne i Kærkommen, mangler ofte magt eller ressourcer til at fremme egen sundhed (Dybbroe et al. 2012: 8), disse ressourcer kan Kærkommen gøre det muligt at tilegne sig via de forskellige sundhedsfremmende projekter. Ligeledes er social- og sundhedsansatte en udsat gruppe i den forstand, at de har høj risiko for at få muskel- og skeletsygdomme (gigtforeningen.dk).

At træde ind i neksus

Følgende citat fra Scollon og Scollon beskriver, hvad denne fase indebærer: *“Who is doing what and where are they doing it and what are the cycles of discourse which are circulating through the moment of action?”* (Scollon og Scollon 2004: 82).

I denne fase er omdrejningspunktet at finde de medierede handlinger og sociale aktører i neksusanalysen (Scollon og Scollon 2004: 153). Dette foregår ved, at jeg som forsker placerer mig i a zone of identification (identifikationszonen) sammen med de centrale aktører (Scollon og Scollon 2004: 9). A zone of identification findes ved, at man som forsker deltager, som accepteret medlem (Scollon og Scollon 2004: 11). Her identificerer jeg et opmærksomhedspunkt (window of opportunity), hvorfra jeg kan iagttage og ifølge Scollon og Scollon, identificere mig med de aktører der er centrale for processen. Dette bliver den første sociale forandring der finder sted i neksusanalysen; at jeg, som forsker forandrer eller skifter position og identitet i forhold til the nexus of practice (Scollon og Scollon 2004: 81). Som nævnt i metodeafsnittet har jeg ikke fundet det muligt, tidsmæssigt at lave et fuldt feltstudie med observation i organisationen. Jeg vil derimod bruge de data jeg har fået fra Pernille Larsen til at finde den sociale praksis, som jeg ønsker at undersøge. I slutrapporten til Statens Forebyggelsesfond fremgår det, at kun en tredjedel af medarbejderne deltager i de sundhedsfremmende projekter med succes (Bilag 3). Pernille Larsen konkluderer, at det er mangel på kompetencer (Bilag 2). Her fandt jeg det interessant at tale med medarbejderne, om hvorfor deltagerprocenten er så lav. Jeg bruger altså denne første fase til at identificere, hvilke spørgsmål der er relevante i min videre forskning.

Selv om ønsket er at blive Danmarks sundeste arbejdsplads, har jeg i processen ikke taget parti for enkelte aktørgrupper, men har forholdt mig relativt neutral i forhold til de aktører jeg har

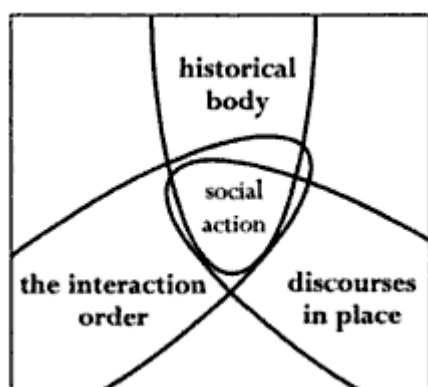
identificeret som centrale, herunder de aktuelle medarbejdere og deltagere (negative, positive såvel som neutrale) i de sundhedsfremmende projekter. Dette skyldes, at Scollon og Scollon fremhæver, at der skal være en begrænset påvirkning fra forskeren og at jeg derfor har haft et ønske om ikke direkte at påvirke processen, om end jeg er bevidst om, at jeg som forskere ikke kan stille mig uden for processen og være fuldt ud objektiv. Afgørende for en neksusanalyse er, at forskerne ikke prøver at komme med nogen form for ensidig tolkning på eller at kontrollere resultaterne (Scollon og Scollon 2004: 77).

Der er tre begreber, som bør gennemgås i den første fase, Engaging the nexus of practice:

- Historisk body
- The interaction order
- Diskourses in place

(Scollon og Scollon 2004: 82)

Disse tre elementer danner sammen den sociale handling, som ønskes undersøgt, hvilket skematiseres i figuren:



(Scollon og Scollon 2004: 20)

Nexus of practice

En social handling sker i samspillet mellem de historiske bodys fra deltagerne, interaktionsordnen mellem deltagerne og de diskurser der er til stede (Scollon og Scollon 2004: 82). Her kan man foretage fem handlinger, for at finde the nexus of practice og for at skabe en identifikationszone:

- Find den sociale handling, der ønskes undersøgt
 - Find de centrale sociale aktører
 - Observer interaktionsordnen
 - Bestem den mest centrale cyklus af diskurser
 - Find din identifikationszone
- (Scollon og Scollon 2004: 154).

Den sociale handling, der ønskes undersøgt

Som jeg kommer ind på i min indledning fandt jeg frem til specialets omdrejningspunkt via dels personlig interesse, dels et ønske om at vide mere om emnet på et mere professionelt niveau. Begge sider var vigtig for mig. Der skal være en stor interesse for emnet, da man bliver dybt involveret i det (Scollon og Scollon 2004: 154). Med tiden fandt jeg frem til Kærkommen og deres sundhedsfremmende projekter og mit specialeemne var på plads. Empiriindsamling blev foretaget for at lokalisere og undersøge det afgørende site of engagement (stedet der skal trædes ind i) med dets central medierede handlinger og aktører, for senere at træde ind i den nexus of practice som forsker (Scollon og Scollon 2004: 70). Den sociale handling, som jeg søger undersøgt er de praksisser der foregår som følge af de sundhedsfremmende projekter. Dette undersøger jeg gennem mine fokusgruppeinterviews. Fokusgruppeinterviewene er sociale handlinger, som har andre sociale handlinger som tema, f.eks. en hverdag for en social- og sundhedshjælper, som er fuld af medierede handlinger. Jeg er altså interesseret i at finde ud af, hvordan de taler om deres medierede handlinger i de sundhedsfremmende projekter.

De centrale sociale aktører

De centrale sociale aktører er de primært sociale aktører i den medierede handling, som man er interesseret i (Scollon og Scollon 2004: 154). Jeg fandt frem til fokusgruppedeltagerne med hjælp fra afdelingslederen, som også blev en central aktør i emnet om sundhedsfremme i Kærkommen. Deltagernes historiske body og identitet er som følge (Scollon og Scollon 2004: 154):

Første fokusgruppe:

- Gitte på 56 år, social- og sundhedshjælper i Kærkommen i 7,5 år. Hun forsøger at følge de sundhedsfremmende projekter og udtrykker, at hun har oplevet en positiv forandring siden projekternes begyndelse. Hun spiser delvist sundt og cykler lidt. Blev lokket af afdelingsleder, Ida til at deltage i fokusgruppen.
- Jan, 43 år, serviceassistent i Kærkommen i tre år. Han forsøger at deltage, men spiser ikke sundt. Blev lokket af Ida til at deltage i fokusgruppen.
- Ida, 46 år, afdelingsleder i Kærkommen i fire år. Hun er aktiv deltager i projekterne og oplever forandring gennem motion og kostomlægning. Valgte selv at deltage i fokusgruppen, hvorefter jeg måtte beslutte om, hvorvidt det var en god ide, eftersom at hendes position som leder, kunne afholde de øvrige deltagere i at tale åbent.
- Sussi, 25 år, social- og sundhedshjælper i Kærkommen i et år. Hun forsøger at følge projekterne og oplever positiv forandring. Hun er opmærksom på at få en sund kost og motionerer meget. Meldte sig selv til deltagelse i fokusgruppen.

Anden fokusgruppe:

- Karen, 47 år, social- og sundhedshjælper i Kærkommen i fire år. Hun er meget aktiv i projekterne og fungerer som delvis tovholder på sundhedscafeen. Har forsøgt at implementere de sunde vaner derhjemme, men familien har sat sig imod. Hun er ellers fysisk aktiv. Meldte sig selv, som deltager i fokusgruppen og forsøgte at hverve andre deltagere.
- Julie, 47 år, social- og sundhedshjælper i Kærkommen i 2,5 år. Hun forsøger at deltage, men gider ikke det hele. Hun har fokus på sin kost, men motionerer ikke. Meldte sig selv, som deltager i fokusgruppen.
- Marie, 29 år, social- og sundhedshjælper i Kærkommen i 2,5 år. Mener, at hun er sund nok og kender de fornødne handlinger man selv kan gøre, da hun er uddannet kok. Generelt negativ overfor projekterne. Mener at et aktivt job er motion nok, men hun spiser sundt. Meget ivrig efter at deltage i fokusgruppen.
- Signe, 23 år, social- og sundhedshjælper i Kærkommen i tre år. Hun er ikke aktiv i nogen af projekterne. Hun er ryger og ønsker ikke at deltage i de sundhedsfremmende projekter. Hun er ikke aktiv, ser det som et irritationsmoment, men har dog nogen form for fokus på kost. Blev hvervet af Ida til at deltage i fokusgruppen.

Interaktionsorden

Observation af interaktionsordnen er vigtig i forhold til den medierede handling, som er relevant for analysen. Interaktionsordenen er til stede, når vi mennesker begår os alene, sammen med andre i store eller små flokke med forskellige roller og rolleforventninger, afhængigt af relationen. Vi opfører os forskelligt afhængigt af, om vi er alene eller i et socialt fællesskab. (Scollon og Scollon 2004: 13). Afdækningen af interaktionsordenen foregår via observation – i mit tilfælde fokusgruppinterviews (Scollon og Scollon 2004: 155). Jeg har valgt ikke at benytte mig af interaktionsanalyse med fokus på talehandlinger, turtagning m.m., da jeg ikke finder det relevant for min analyse. Dog berører jeg interaktionsanalyse, men med fokus på handlingen, så som magtfordeling, som jeg kommer ind på senere. Ydermere vil jeg se på f.eks. gentagende afbrydelser, visse personer, som ikke siger noget eller at interaktionen ændres ved bestemte personers tilstedeværelse. Samtale er en interaktionsform, der både er diskursiv og praktisk.

Samtalens interaktion er med til at forme den sociale virkelighed. I denne forbindelse oplever jeg det interessant om den negative tale om sundhedsfremme i Kærkommen og problemerne med økonomien og tid, kan påvirke lysten hos deltagerne til de sundhedsfremmende projekter.

Interaktionen er med til at skabe, forhandle og forandre kulturelle og sociale betydninger i samtale-situationen. (Halkier 2008: 87).

Igennem interviewene kunne jeg danne mig et billede af, hvordan medarbejdernes forhold er til sundhedsfremme i Kærkommen. Alle deltagere var mere eller mindre enige: Enten blev der ikke gjort nok – de manglede flere projekter og mere tid eller også blev der gjort for meget – de mente der blev brugt for meget tid på det. Som jeg berører i SWOT-analysen er der en klar mangel på information. Interaktionsordnen er dels fælles i store grupper og individuelt. Nogle af arrangementerne kræver, at de alle er fælles om det og andre i mindre grupper og andre igen; individuelt. På det mentale aspekt er de dog fælles om at skabe Danmarks sundeste arbejdsplads, men entusiasmen omkring det er lille: De mener, at der mangler både tid og penge, før det kan gennemføres succesfuldt:

”Det er at det harmonerer ikke med dagligdagen. Altså intentionerne de er suverænt gode, men så snart der er plads i planerne og bøvnl med økonomien så går alt fløjten, det er spildt ulejlighed. Det

er i hvert fald min holdning til det. De kan gøre nok så meget omkring motion og stress og det hele, men hvad hjælper det, når de fjerner alt hvad man har af pauser...”

(Bilag 6, linje 299-302, Karen).

De påvirker hinanden i en negativ retning ved at negligere deltagelse og vigtigheden deraf. Dette er formentlig også med til at påvirke deltagelsesprocenten til de sundhedsfremmende projekter. Desuden er der enkelte personer, som i nogen grad påvirker de øvrige deltagere, enten via afbrydelser eller simpel tilstedeværelse. Nogle af deltagerne i fokusgruppeinterviewerne er toneangivende, de styrer samtalen og de bestemmer, hvad der er rigtigt og forkert. Dette ses tydeligt i følgende citat, hvor Jan ændrer mening, eftersom han prøver at tilfredsstille både mig og Ida, da emnet om, hvorvidt man skal ansætte en overvægtig ryger kommer på bane:

”Så lad os nu sige, at jeg kom og jeg var rimelig stor og overvægtig og måske også røg og så videre og jeg fik at vide det må du i hvert fald ikke på arbejde, Jan. Så tror jeg da også, hvad hedder det, at de ville ansætte mig, hvis jeg havde kvalifikationer i orden, men til gengæld, så tror jeg også med det samme, at de ville hjælpe mig (...).”

Ida: *”Altså jeg er nødt til at sige, at hvis det er en ryger, som er overvægtig, så skal hendes eller hans kvalifikationer overstige ikke-rygeren.”*

Jan: *”Ja ja. (...) Jan: Ja ja ja. Jamen det er klart, hvis der er to der søger det samme job, hvis man forestiller sig det, ikke også, jamen så er det klart så skal den ... sådan er det jo, ikke også.”*

(Bilag 7, linje 667-695).

Den gældende interaktion gør, at han ændrer mening og dermed rytme i sin tale, hvor han bliver meget ivrig efter at få Ida til at forstå, at han er enig med hende. Tempoet i hans talestøm øges ligeledes. Han følger med flokkens leder: Ida, som er afdelingsleder og hun får ham til at forstå, at det er retfærdigt og rigtigt, selvom han forinden har haft den modsatte mening. Magtfordelingen er klar, Ida er leder og Jan er ansat. Ligesom Jan, søger de øvrige deltagere på det første fokusgruppeinterview også anerkendelse og godkendelse af Ida, når de taler. De søger hendes blik

og taler ofte henvendt til hende. Gennem hele interviewet har de intet dårligt at sige om de sundhedsfremmende projekter, måske fordi de ikke tør, når en leder er til stede. Ydermere optræder Ida som en ambassadør for de sundhedsfremmende projekter, hvor hun benytter enhver lejlighed til, som i en monolog, at remse Kærkommens engagement i sundhedsfremme op – hvor det er henvendt til mig og ikke mindst diktafonen. Denne usikkerhed er meget forskellig fra den anden fokusgruppe, hvor interaktionen er mere lige og alle er på samme niveau. De kan derfor tale frit, som var det i frokostpausen. De skyder sundhedsaspektet i Kærkommen ned og tager sig ikke af, hvem der hører det. Dog er de opmærksomme på ledelsen og følgende observation siger mig, at de ville have handlet anderledes, hvis Ida havde været i deres fokusgruppe: Da Signe taler om rygning og at hun ”finder smuthuller” og ryger med jakke over uniformen eller bag en busk, giver Karen hende et puf og peger på diktafonen og tager en finger op til munden, som for at tysse på hende. Herefter griner de begge, men der er en vis oprigtighed i denne interaktion: Hun er bevidst om, at der kunne være nogen, som lyttede med selvom jeg gjorde det klart for dem, at de er anonyme og at diktafonen kun er for min fornøjelses skyld. Hos den første fokusgruppe taler de som, når en fra ledelsen er til stede – hvilket Ida er - og i andet fokusgruppeinterview er de mere afslappede, men dog opmærksomme. Det er to forskellige praksisser og to meget forskellige måder at tale om de emner på, hvilket hænger sammen med, at der er en leder til stede på det første fokusinterview.

De mest centrale cyklusser af diskurser

Ligesom Halkiers fokusgruppeanalyse, er det her vigtigt at se efter temaer, gentagelser og mønstre. Ikke mindst på tværs af fokusgrupperne (Halkier 2008: 76). Her er der to vigtige spørgsmål: Hvilke diskurser er der i fokusgruppen og hvilke diskurser cirkulerer der i de sundhedsfremmende projekter? (Scollon og Scollon 2004: 155). Formålet er at finde dem – de centrale diskurser, der møder interaktionsordnen og den historiske body hos deltagerne. (Scollon og Scollon 2004: 155).

I fokusgrupperne er følgende emner centrale:

- Sundhedsfremme, da det er formålet med interviewet og derfor det mest centrale emne på interviewene. Herunder er der motions- og kostemner. Herunder igen er der et tilbagevendende kakaoemne, som bliver drøftet i begge fokusgrupper.
- Læreemne, da der gennem interviewene kommer meninger, ideer og fakta frem, som ikke er kendt af alle.

- I anden fokusgruppe er der et emne om os-mod-dem/ ledelsen, som fremkommer ved, at de alle er enige om, at det er på ledelsesplan der skal tages fat, før det kan fungere. De finder en fælles fjende og overdrager ansvaret til dem.
- Ligeledes i anden fokusgruppe er der et klart emne om tid, hvor ansvaret ligeledes fralægges og skydes på ledelsen. Ledelsen er, ifølge fokusgruppemedtagerne ansvarlig for, at der ikke er tid og pauser nok.
- I begge fokusgrupper er der et emne om informationer, hvor det specielt i anden fokusgruppe bliver tydeligt, at der er et problem i forhold til at give informationer om de forskellige tiltag.
- Der er emner, der berører arbejde og professionalismisme.
- Emnet om deltagelse og engagement bliver ligeledes italesat. Det bliver drøftet hvorvidt medarbejderne deltager, hvor mange og hvor aktivt.
- Et emne om det sociale og fællesskabet. Det er vigtigt for begge grupper at dyrke det sociale også igennem sundhed.
- Emnet privatliv; hvorvidt arbejdspladsen begår et overgreb ved at opfordre til den sundere livsstil.
- Et emne om fremtiden, hvor de mere eller mindre kommer omkring, hvorvidt projekterne har hjulpet og forbedret deres sundhed og ligeledes ønsker for fremtiden, om at forbedre sundhedsfremme i Kærkommen.
- Emnet om motivation italesættes. De taler om, hvad der motiverer dem til at blive sundere. Herunder konkurrencer.
- Et emne om en ressourcervag gruppe. Deltagerne er selv bevidste om, at de er en udsat gruppe, hvilket kan have indflydelse på deres sundhed.

Min identifikationszone

Min identifikationszone befinder jeg mig i, i det øjeblik jeg tager del i den neksus, som jeg ønsker at ændre (Scollon og Scollon 2004: 155). Gennem de deltagere der er i handlingen, vil forskeren blive draget ind i handlingen. Deltagelse og research skal følges ad – det er nemmere at ændre en medieret handling, hvis man selv tager del i den. (Scollon og Scollon 2004: 155). Den sociale handling, som jeg har valgt at undersøge, er som sagt en smule abstrakt, da den ikke er en konkret situation eller handling, men fokusgruppemedtagerens samtale om de sociale handlinger i

organisationens implementering af sundhedsfremme. Hvorfor jeg ikke har en konkret identifikationszone.

Opsamling af Engaging the nexus of practice

Her vil jeg gennemgå de mest centrale resultater, jeg er nået frem til gennem den første fase af neksusanalysen. De mest tilbagevendende emner er informationsformidling og tid. I SWOT-analysen bliver det klart, at Kærkommens selvbillede har nogle svagheder og trusler, i form af manglende kommunikation herunder information og manglende tid og økonomi. Derudover bliver jeg klar over, hvilken social handling, jeg ønsker at undersøge, nemlig de sundhedsfremmende projekter, med henblik på at klarlægge problemet om deltagelsens lave procenttal. Dette vil jeg undersøge gennem en fokusgruppe bestående af medarbejdere i Kærkommen, hvis historiske body er en bred vifte af medarbejderne i Kærkommen.

Navigating the nexus of practice

Denne del af neksusanalyse er den vigtigste og mest omfattende del (Scollon og Scollon 2004: 83). I fasen inden, Engaging the nexus of practice har jeg indkredset og indsnævret det felt jeg ønsker at undersøge; de sundhedsfremmende projekter. Det vil jeg bl.a. gøre ved at inddrage de relevante centrale aktører, i fokusgruppeinterviews og på den måde få dem til at italesætte de sundhedsfremmende projekter og deres opfattelse og mening om dem. I denne fase forholder jeg mig altså, som forsker til fokusgruppedeltagerens italesættelse af de relevante medierede handlinger.

I Navigating the nexus of practice er formålet at kortlægge de forskellige semiotiske relationer samt typer af interaktion mellem de centrale aktører, fokusgruppedeltagerne, herunder cirkler af mennesker (deltagerne), steder, diskurser, objekter og koncepter. Her fokuserer jeg på mine fokusgruppeinterviews og mit telefoninterview med Pernille Larsen, hvor emnet sundhed er i højsæde. (Scollon og Scollon 2004: 159).

Ifølge Scollon og Scollon er der tre fordelagtige punkter man, som forsker kan følge for at dække Navigating the nexus of practice. Jeg vil afdække de to første punkter – circumferencing og mapping - i min gennemgang af Navigating the nexus of practice:

- Circumferencing: Undersøgelse af de semiotiske cirkler, for at se, hvad omfanget er.
- Mapping. Man skal altså folde et kort ud med mange semiotiske eller diskursive cirkler, der cirkulerer gennem den sociale handling.
- Diskursanalyse: Se på, hvilke måder diskurserne bruges og cirkulerer gennem neksusen.

(Scollon og Scollon 2004: 87)

Circumference

I neksusanalysen omhandler circumference at skabe et perspektiv på en handling ved at udvide circumference (omfanget) af analysen. Dette opnås ved at forespørge handlingens oprindelse i fortiden (hvordan er sundhed blevet en del af Kærkommen?), dens retning i fremtiden (hvordan implementeres sundhedsfremme bedre i Kærkommen, så deltagerprocenten øges?) og de udvidende

cirkler af engagement med andre, dels tæt på, dels på afstand (hvordan er interaktionen mellem deltagerne i de sundhedsfremmende projekter?). (Scollon og Scollon 2004: 10). Det centrale er at undersøge de semiotiske cirkler for at se, hvad omfanget er. Man bør undersøge, hvilken cirkel der er tale om, hvor længe handlingen tager, hvilke andre cirkler den interagerer med og hvordan diskurser, objekter og handlinger forvandles til semiotiske økosystemer gennem tiden. De semiotiske cirkler er f.eks. de handlinger og historiske bodys der er centrale i den sociale handling. De forskellige semiotiske eller diskursive cirkler, der skal undersøges, cirkulerer gennem den sociale handling: Fokusgruppedeltageres italesættelse af de sundhedsfremmende projekter. De befinder sig i semiotiske økosystemer, der alle indeholder cirkulerende personlige, sociale, økonomiske, m.fl. cirkler af forandring. Semiotiske økosystemer indeholder kompleks interaktion mellem brede socio-politiske magter og dybe personlige og interpersonelle praksisser. (Scollon og Scollon 2004: 88).

Et semiotisk økosystem, som består af de forskellige aktuelle semiotiske cirkler, hjælper til at forstå hvilke konsekvenser de har og hvordan man kan prøve at ændre deres resultat. Der er altid flere semiotiske cirkler og forskeren kan ikke være sikker på, hvilke semiotiske cirkler der er vigtigst at arbejde med, når noget skal ændres. Dette bliver først helt tydeligt, når man har lavet neksusanalysen af the nexus of practice. (Scollon og Scollon 2004: 89).

The nexus of practice er et semiotisk økosystem: Et øjeblik i historien i denne verden, hvor disse cirkler forenes til en menneskelig handling. Hver cirkel er et uafhængigt system, men hver af dem er afhængige af de andre for at lykkes med den overordnede handling i økosystemet. (Scollon og Scollon 2004: 89). Hver semiotisk cirkel kan betegnes som en bue af forandring, der vil påvirke handlingen (Scollon og Scollon 2004: 160). Semiotiske cirkler er formet af personer, diskurser og objekter i den sociale handling (Scollon og Scollon 2004: 160). De kan opdeles i følgende kategorier:

Semiotiske cirkler på mennesker – historiske bodys

Her er det ikke formålet at lave en dybdegående skildring af hver deltagers liv, men at undersøge, hvordan handlingen og de medierede midler kom ind i den gældende aktørs historiske body. Her vil jeg referere til den første fase i neksusanalysen, Engaging the nexus of practice, hvor jeg berører den historiske body hos fokusgruppedeltagerne. Jeg er dog opmærksom på, at der kan forekomme skjulte deltagere, som er indblandet i handlingen. (Scollon og Scollon 2004: 160). Disse er mindst ligeså vigtige at huske. En sådan skjult deltager er f.eks. Pernille Larsen, hvis historiske body – hvis

jeg følger punkterne fra de andre deltageres historiske body – er: Pernille Larsen, uddannet sygeplejerske og i 2010 ansat som ansvarlig i Kærkommens sundhedsfremmende arbejde. Hun sætter sundhed, herunder kost og motion højt og er selv aktiv og opmærksom på sin kost. Derudover har Pernille Larsen en anden vinkel til handlingen nemlig, at hun er tovholderen og ansvarlig for projektets succes. (Bilag 2). Når man undersøger den historiske body under semiotiske cirkler, er det fundamentale spørgsmål, hvordan deltagerne endte med at blive placeret i det øjeblik, på den måde, for da at muliggøre handlingen. (Scollon og Scollon 2004: 160). Alle deltagere i den sociale handling, skjulte som synlige, er blevet en del af handlingen gennem deres arbejde i Kærkommen. Kærkommen har, som sagt valgt at implementere sundhedsfremme i organisationen, hvorfor de ansatte mere eller mindre er blevet opfordret til deltagelse.

Derunder følger flere uddybende spørgsmål for at klarlægge de semiotiske cirkler. Jeg vil forsøge at besvare de spørgsmål, som jeg finder væsentlige og aktuelle for min analyse.

- Hvor vanemæssig eller innovativ er handlingen for aktørerne?
- Hvornår og hvor foregik den seneste lignende handling?
- For deltageren, hvilke andre handlinger er denne handling forbundet med?
- Hvor meget er denne handling forbundet med netop denne person, hvor uundværlig er personen?
- Hvad er den emotionelle valens eller den emotionelle indflydelse på deltageren i handlingen?

(Scollon og Scollon 2004: 161).

Hvor vanemæssig eller innovativ er handlingen for aktørerne?

Forskeren skal her se på, i hvilken udstrækning det er en handling. (Scollon og Scollon 2004: 161). Alle deltagere har en eller flere tidligere oplevelser med sundhed – de har måske dyrket motion eller haft fokus på deres kost. Generelt er der dog ikke tale om en vane for nogen af deltagerne at følge sundhedsfremmende projekter. Det er derfor en innovativ handling for deltagerne. I forhold til rygning er det dog en vane for Ida ikke at ryge på arbejdspladsen: *”Jeg er selv ryger, men har aldrig røget på arbejde. Så det har ikke været noget problem for mig, så det var bare nåh ja, det må vi jo ikke.”* (Bilag 7, linje 369-370). Meningen med sundhedsfremme i Kærkommen var formentligt, at det skulle implementeres på en måde, hvor det blev vane for medarbejderne at følge

de sundhedsfremmende tiltag. Det er ikke lykkedes, eftersom at kun en tredjedel af deltagerne er positive overfor tiltagene (Bilag 2 og Bilag 3), og mange dukker slet ikke op. Sundhedscafeerne blev etableret for at skabe viden om og opmærksomhed på sundhed gennem medarbejderne selv: De kan dele erfaringer og viden om sundhed med hinanden. I følgende citat svarer Karen på, hvorvidt hun står for sundhedscafeen: ”*Der var aldrig noget at lave, der var aldrig nogen der kom.*” (Bilag 6, linje 30). Deltagerne har altså ikke foretaget handlingen i en grad, som har gjort den til en vane. De sundhedsfremmende projekter er i sig selv en innovativ handling, da de har til formål at ændre vaner hos deltagerne. Den sociale handling (de sundhedsfremmende projekter) skaber en ny handling (aktivitet i de sundhedsfremmende projekter), hvor formålet er at ændre vanerne så deltagerprocenten stiger. Det er en nyskabende handling, da det er nyt for deltagerne.

Hvornår og hvor foregik den seneste lignende handling?

Formålet her er at klarlægge, hvorvidt der er en forbindelse mellem handlingen og netop dette sted og deltagerne (Scollon og Scollon 2004: 161). Handlingen med sundhedsfremmende projekter foregår løbende i Kærkommen via sundhedscafeer, foredrag og aktiviteter. Der er tiltag der er placeret på arbejdspladsen og andre, som kræver en anden lokalitet. Fokusgruppeditagerne har ikke fortrinsret til deltagelse i sundhedsfremme i Kærkommen, men alle medarbejdere i Kærkommen er velkomne. Handlingen med sundhedsfremme kan foretages alle steder, men det synes at være en fordel at placere de sundhedsfremmende projekter i arbejdstiden. Flere undersøgelser peger på dette faktum, men også fokusgruppeditagerne påpeger det:

”(...)jeg synes det har været rigtig fint i det at alle de tilbud der har været, de har været i arbejdstiden. Så man ikke har skulle rykke ekstra tid ud af et travlt program ... øhhh... for dem af os der har børn og så videre. Det synes jeg har været rigtig fint, for så har det været mere motiverende og tage imod de tilbud der har været.”

(Bilag 6, linje 115-118, Marie).

”Jamen det er det der med, at man retfærdiggør, overfor sig selv. Jamen det kan jeg godt bruge en time på, når vi får løn for det.” (Bilag 6, linje 282-283, Marie). Og endnu et citat fra Karen, som beskriver en motivation for deltagelse: *”Du har ingen undskyldning for at lade være.”*(Bilag 6, linje

278). Kristensen taler om dette, at deltagelsesprocenten øges, når projekterne finder sted på arbejdspladsen frem for ude i byen. Der er på den måde et bedre samspil mellem arbejdstider og private gøremål, hvilket øger kvinders deltagelse. (Kristensen 2005: 26). Dette er aktuelt, da størstedelen af medarbejderne i Kærkommen er kvinder. Dette er specielt anvendeligt for medarbejdere der ikke er privilegerede i den retning, at de er med til selv at tilrettelægge deres arbejdstid. Det er en balance for arbejdspladsen at bruge tid på de sundhedsfremmende projekter, da det styrker deltagelsen hos medarbejderne, men dog heller ikke bruge for meget tid på det, så det kommer til at gå ud over medarbejdernes tid til deres daglige arbejde med rutiner og mål. Den rigtige mængde tid er afgørende, hvilket Kristensen ligeledes påpeger, da en manglende tid er en stor faktor for ikke deltagelse (Kristensen 2005: 27).

Dybbroe, Land og Nielsen støtter ligeledes dette tidsaspekt, i og med at sundhedsfremme er en proces, der i et hverdagslivsperspektiv må betragtes i sammenhæng med andre faktorer og processer af betydning i hverdagslivet, f.eks. i forhold til arbejde, husarbejde og fritid. (Dybbroe, Land og Nielsen 2012: 12). Netop derfor er det af stor vigtighed at det foregår i arbejdstiden.

Dog er det et tilbagevendende problem, at der bliver brugt tid på sundhedsfremme i arbejdstiden, da tiden til projektet da bare bliver trukket fra medarbejdernes tid til arbejde dagen efter, hvilket resulterer i en endnu mere travl dag, som Karen her påpeger:

"(...)så bliver du bare lige dagen efter præsenteret for kørelister der siger sparto, der går imod alt. Jeg vil sige de to timer vi alle fik den dag spild af ressourcer, fordi de vender i kørelisterne."

Marie: *"Det skulle vi så tjene ind på kørelisterne."*

(Bilag 6, linje 628-631).

For deltageren, hvilke andre handlinger er denne handling forbundet til?

Det centrale her er, hvorvidt personen plejer at lave noget andet på det tidspunkt, hvor handlingen finder sted. (Scollon og Scollon 2004: 161). Ifølge mange af deltagerne er handlingen med sundhedsfremme forbundet med en social handling, som indebærer et vigtigt fællesskab. Det gælder både i forhold til, at de kan deltage med deres familie, som Julie specielt sætter pris på: *"Jeg synes*

det er dejligt, det der med, at familien mange gange kan deltage i tingene.” (Bilag 6, linje 941). Men det sociale i det at være sammen med kollegaerne på en anden måde, er ligeledes vigtig for deltagerne: *”Være sammen med kollegaerne på en lidt anden måde, på en social måde.”* (Bilag 6, linje 831, Karen). Ida: *”Plus det er hyggeligt, altså.”* Jan: *”Ja, helt sikkert.”* Ida: *”At man får snakket om lige nogle andre ting end lige arbejde.”* (Bilag 7, linje 254-256). Interviewer: *”Og det har en indvirkning på den fælles sundhed, tænker du?”* Jan: *”Ja, ja, det har det.”* (Bilag 7, linje 275-276). Senere vil jeg berøre dette i forhold til den invadering der for nogle af deltagerne sker, når de sundhedsfremmende projekter kommer for tæt på privatlivet.

Hvor meget er denne handling er forbundet med netop denne person, hvor uundværlig er personen?

Det afgørende spørgsmål her, er hvorvidt den foretagne handling kan iværksættes af en hvilken som helst aktør (Scollon og Scollon 2004: 161). Når det drejer sig om sundhedsfremme i Kærkommen, er det en selvfølge at deltageren må være en medarbejder i Kærkommen, men yderligere kategorisering af deltageren er ikke relevant for udførelsen af handlingen.

Hvad er den emotionelle valens eller den emotionelle indflydelse på deltageren i handlingen?

Her kan man stille spørgsmålene, om det er spændende, rutine eller kedeligt at deltage i handlingen, og om handlingen bliver søgt eller undgået. (Scollon og Scollon 2004: 161). Alle deltagerne oplever en spænding i forhold til fakta om deres egen sundhed. Mulighederne med diætist og specialvægt har givet samtlige deltagere i fokusgrupperne, en interesse i deres egne – og ikke mindst deres kollegaers tal om sundhed. *”(...) Jeg synes også, at det var lidt spændende at få lavet sundhedsprofiler, ja, for at se, hvordan ens krop egentlig havde det.”* (Bilag 6, linje 124–125, Karen). *”Rart nok lige at vide, hvad det var man lige skulle gå ud fra, hvis det var at man ville lave noget om.”* (Bilag 6, linje 722-723, Signe).

Interessen i kollegaernes sundhed har tilmed udviklet sig til en form for konkurrence, dels i forhold til egen sundhed, men også medarbejderne imellem:

”(...) der er da også gået lidt konkurrence med en selv i at tallene, altså med mindre det skal være et nederlag. Det lyder måske også så vildsomt, men for mig er det kun en sejr, hvis det bliver bedre. Altså. Så det går jeg meget op i, at tallene er bedre end sidste år.”

(Bilag 7, linje 168-172, Jan).

”Jeg har oplevet det med, at kollegaerne imellem konkurrerer med at de går ned i alder.” (Bilag 7, linje 176, Ida). Det Ida hentyder til, med at ”gå ned i alder” er, at man på specialvægten kan måle bl.a. kropsalder. Vægten bestemmer – ud fra vedkommendes sundhed – hvor gammel kroppen synes at være. Dette medfører tilsyneladende konkurrence mellem deltagerne, hvorvidt de er tæt på eller langt fra deres faktiske alder. Denne konkurrenceeffekt giver en belønning for deltagerne. Kristensen mener at deltagelse i konkurrencer er positivt korreleret med deltagelse. Opmuntring og anerkendelse af deltagelse af kollegaer øger deltagelsen i flere andre forsøg. (Kristensen 2005: 39). Kærkommen vil altså muligvis skabe større succes for de sundhedsfremmende projekter, hvis de implementerede en form for konkurrence ved deltagelse. Herunder evt. en præmie eller gevinst.

Følelserne omkring sundhedsfremme i Kærkommen er dog ikke kun positiv for deltagerne. Mange af deltagerne oplever, at de mangler information for overhovedet at kunne gennemføre de sundhedsfremmende projekter. Der er tydelige problemer med at give og modtage informationer i organisationen, som fremgår i følgende citat, hvor Signe, en af fokusgruppeditagerne beskriver, at hun opdagede et tilbud om sundhedstjek i virksomheden ved et tilfælde. Et tilbud hun ellers ønskede at deltage i: *”(...) det der med at komme ud med informationerne, altså i ordentlig tid. Det er mere det jeg mener(...)*” (Bilag 6, linje 516-517). Karen beskriver ligeledes en utilfredshed omkring informationsgivet i virksomheden. *”Al information derinde fra, den halter lidt. Sidste øjeblik. Det er ikke noget vi har fået at vide mandag, at der er personalemøde torsdag, og man skal møde.”* (Bilag 6, linje 520-521). Det er et problem, hvis deltagerprocenten i de forskellige projekter omhandlende sundhedsfremme, er så lav grundet manglende information. Det er selvsagt, at man ikke kan deltage i et arrangement, som man ikke er bevidst om foregår. I begge fokusgruppeinterviews blev det tydeligt, at ikke alle projekter var kendt af alle deltagerne. Flere gange blev det diskuteret, hvorvidt og hvor informationen var kommet ud om et givent arrangement. At give information er forholdsvis medgørligt, men der er flere tiltag ledelsen kan gøre for at øge deltagerprocenten.

Det er essentielt for et sundhedsfremmende projekts succes, at deltagerne, i dette tilfælde medarbejderne, bliver inddraget. Flere undersøgelser og teorier tyder på dette. Det er dog også en del mere vanskeligt end "bare" at sende information ud. I Torben Kristensens Master konkluderer han, at der er seks forhold, som er vigtige for et succesfuldt sundhedsfremme, herunder medarbejderinddragelse (Kristensen 2005: 45). Dybbroe, Land og Nielsen tegner ligeledes et meget klart billede af, at medarbejderinddragelse må være central: Sygedage falder og motivationen for at gøre noget for egen og andres sundhed stiger (Dybbroe, Land og Nielsen 2012: 111). Det tyder på, at inddragelse af medarbejderne giver dem et tilhørsforhold til projektet og derfor en følelse af ansvar. Kærkommen har inddraget medarbejderne via bl.a. sundhedscafeer og sundhedsrepræsentanter. Dog er entusiasmen omkring disse opgaver ikke stor, hvilket kom til udtryk i andet fokusgruppeinterview, hvor jeg spurgte deltagerne om deres opgaver i Kærkommen: Julie: "Så har du også sundhedscafeen, har du ikke?" Karen: "Det var fordi der ikke var andre der ville." Julie: "[griner]." Karen: "(UF) Der var aldrig noget at lave, der var aldrig nogen der kom." (Bilag 6, linje 27-30). Der er altså ikke mange, som deltager siden Karen oplevede, at der ikke var noget at lave, derudover bliver det delvist latterliggjort ved, at Julie griner. En anden af de seks vigtige forhold, som Kristensen nåede frem til var, at positiv støtte og opbakning fra kollegaer har en positiv effekt på lysten til at deltage (Kristensen 2005: 46), dog med den fodnote, at en negativ støtte er en stærkere faktor end en positiv og at det kan have betydning for deltagernes medvirken, hvis de modarbejder hinandens deltagelse (Kristensen 2005: 39). Dybbroe, Land og Nielsen nåede frem til samme konklusion, at opbakning fra ledelse og kollegaer giver større deltagelse (Dybbroe et al. 2012: 109). Medarbejderne har ofte mange gode ideer og er som regel dem, der ved bedst, da de selvsagt er eksperterne, når de hver dag gennemgår det. Inddragelsen sker som sagt, men ikke tilstrækkeligt.

Derudover oplever flere af deltagerne en irritation overfor de sundhedsfremmende projekter. De føler at det er gået for vidt og at det er for meget. De mener ikke, at projekterne harmonerer med hverdagen og at tiden simpelthen ikke er der til at gennemføre sundhedsfremme: "(...) så snart der er plads i planerne og bøvl med økonomien så går alt fløjten (...)". (Bilag 6, linje 300, Karen). Signe oplever endda, at projekterne har gjort hende mere stresset: "Det har gjort det lidt mere stressende". (Bilag 6, linje 657).

Denne mangel på tid til projekterne, skyldes formentligt økonomien, som ikke hænger sammen for ledelsen, men det har alt for stor negativ indflydelse på deltagerne. Hertil skal det siges, at stress

netop er et af punkterne i KRAMS-faktorerne, som bør mindskes til det absolut minimale før end en sund livsstil kan opnås.

I følgende citat udtrykker Marie en utilfredshed omkring netop dette:

”Jeg tror det er et spørgsmål om, at det er på ledelsesplan, at det her også bliver en prioritet, fordi på ledelsesplan, altså nu snakker jeg ikke om dem herinde, men længere oppe. Der er det mere en prioritet at tjene penge, de er sgu ligeglade med om vi får pause. Hvis vi ikke tjener nok penge.”

(Bilag 6, linje 331-333).

Endnu et citat: *”Ja, vi ved der ikke er tid, uanset, hvordan de vender og drejer det.”* (Bilag 6, linje 902, Karen). Fokusgruppemedlemmerne oplever altså, at der ikke er tid nok til, at de kan udføre deres opgaver og stadig have tid til deres pauser. Om det igen er mangel på kommunikation og at ledelsen ikke er klar over dette eller om det er fordi økonomien ikke er til det, så synes det overilet at forvente, at der er plads, økonomi og tid til sundhedsprojekter. Netop dette oplever medarbejderne: At der ikke er tid til at gennemføre projekterne til fulde. Flere af dem oplever en irritation mod hele sundhedsaspektet, fordi de forbindes med mangel på tid og mere stress:

”Det er bare sådan, at det vender bare, så snart nogen bare nævner ordet omkring sundhedsprojekt, så tænker man bare ...”

Alle: *”[griner]”*

Interviewer: *”Fordi I ved, at der ikke er tid?”*

Karen: *”Ja, vi ved der ikke er tid, uanset, hvordan de vender og drejer det.”*

Signe: *”Ja, det er en joke.”*

(Bilag 6, linje 898-903).

På første fokusgruppe oplever flere af deltagerne det som en invadering i deres privatliv, at de skal deltage i de sundhedsfremmende projekter. De nævner endda en kollega, som er stoppet pga. de nye regler om sundere kost og ingen rygning, derudover har flere medarbejdere været *"meget vrede"* over tiltagene. Gitte beskriver det som noget af en overvindelse at acceptere, at en ellers neutral arbejdsgiver pludselig blander sig i hendes privatliv: *"Jeg tror det er fordi at det er svært lige at sluge, at der er nogen der skal ind og bestemme hvordan man skal leve."* (Bilag 7, linje 388-389). Sussi nævner endda, at det kan opfattes som et overgreb: *"Vi er forskellige som mennesker, og der er flere som føler det som sådan et overgreb på en (...).* (Bilag 7, linje 397). Denne mening tilslutter Gitte sig hurtigt: *"Jamen jeg synes det var overgreb, at vi skulle til at rende til de der sundhedsprojekter"*. (Bilag 7, linje 399). Der er meget forskellige meninger hos deltagerne om denne invadering af det private, specielt Julie har en mere positiv holdning til konceptet jf. punkt *"For deltagerne, hvilke andre handlinger er denne handling forbundet til?"*. Det er ligeledes andre af fokusgruppeditagerne, som oplever det som en positiv del af de sundhedsfremmende projekter, at de kan udvide sammenholdet til deres familie. Da jeg spørger ind til, hvorvidt de har oplevet at projekterne har haft indblanding i deres privatliv, siger Karen:

"(...) at familien kunne deltage i noget af det. (...) Det synes jeg er en god ting herovre."

Marie: *"Ja, fordi jeg skal dølenedme, ellers skal jeg godt nok forsvare det vældigt overfor min mand, hvis man skal sidde alene med ungerne en hel aften, fordi jeg skal til et eller andet foredrag, men det der med Chris, jamen ved du hvad det er et tilbud for os begge to..."*

(Bilag 6, linje 931-936).

Dette er et tydeligt eksempel på, at fokusgrupperne ikke er homogene; de har ikke de samme meninger hvilket viser, at Kærkommen må være opmærksom på dette, for at behandle medarbejderne forskelligt. Hos de medarbejdere, som har en mere negativ indstilling overfor invadering af privatsfæren, må Kærkommen forsøge at inddrage dem bedre i de sundhedsfremmende projekter, for at undgå, at de føler sådan. Involvering af medarbejderne viser, at virksomheden ser og hører de ansatte og anerkender deres synspunkter. Lav deltagelse i sundhedsfremmende projekter kan ifølge flere undersøgelser sættes i forbindelse med at

medarbejderne ikke føler, at de er blevet involveret og at organisationen ikke tager hensyn til deres ønsker (Kristensen 2005: 44), hvilket er tilfældet i Kærkommen. Andre undersøgelser viser ligeledes, at deltagelsen øges, hvis medarbejderne inddrages. Medarbejderne skal, ifølge Kristensen være aktivt med i processen, hen imod at skabe sundhedsfremme i en organisation (Kristensen 2005: 45).

Semiotiske cirkler – objekter, kulturelle redskaber (medierede midler)

Her er formålet at skille de medierede midler ad og undersøge dem hver for sig gennem følgende spørgsmål. De medierede midler er objekter, som bliver vigtige for den gældende handling. Her er der f.eks. tale om specialvægten, som deltagerne bruger til at holde styr på diverse tal i forhold til egen sundhed. De medierede midler bruges til at formidle informationer, i dette tilfælde om sundhed, det kan f.eks. også være deltagerens samtale; de bruger tale til at formidle informationen om sundhed mellem hinanden. Hovedspørgsmålet lyder; Hvad er historien om objektet, som et medieret middel for denne handling? Herunder følger fem mere uddybende spørgsmål, hvor jeg vil forholde mig til nogle af dem.

- I hvilken grad er objektet (det medierede middel) designet til handlingen eller er det et ”muligheds” objekt?
- Hvordan er objektet tilpasset ind i og igennem handlingen?
- Hvor grundigt indlejret er dette medierede middel og gennem hvilke sociale aktører? (Scollon og Scollon 2004: 164-165).

I hvilken grad er objektet (det medierede middel) designet til handlingen, eller er det et ”muligheds” objekt? (Scollon og Scollon 2004: 164-165). Et ”muligheds” objekt er f.eks. hvis man benytter sig af et objekt til noget, som ikke var dets oprindelige formål: Hvis motionsredskaberne benyttes til at tørre tøj på. Et objekt, som er designet til handlingen er f.eks. en specialvægt, som medarbejderne benytter sig af til at måle deres fedtprocent, muskelmasse, kropsalder m.m. Vægten er speciallavet til dét formål og er ikke anvendelig til andre handlinger. Specialvægten er blevet en del af en rutine, en ny rutine, som har til formål at fremme sundheden hos medarbejderne i Kærkommen. I Kærkommen bruges de mest centrale medierede midler til deres oprindelige formål, dog benyttes motionsredskaberne kun sparsomt, ligeledes de forskellige

tilbud til motion gennem sportsklub og svømmehal benyttes ikke i den tiltænkte grad: ”(...) *der er aldrig nogen der har benyttet sig af det.*” (Bilag 6, linje 194, Karen). Det fremstår dog, på fokusgruppelinterviewene, at deltagerne finder andre, til tider alternative måde at motionere på: ”*Men jeg har så vænnet mig til, at hvis man skal op og ned ad trapper, jeg løber altid op ad trapperne.*” (Bilag 6, linje 168-169, Marie). Her er der tale om et ”muligheds” objekt, da Marie benytter trappen – godt nok til at bevæge sig op og ned mellem etagerne, som er trappens formål, men hun løber for at få pulsen op og dermed få en anden form for motion ind i sin hverdag. Andre medierede midler er f.eks. samtale om sundhed, som finder sted i bl.a. sundhedscafeen, på foredrag, på personale møder, i frokostpausen, via sms medarbejderne imellem, og ikke at forglemme fokusgruppelinterviewene. Hver gang medarbejderne i Kærkommen taler sammen om sundhed, benytter de sig af det medierede middel, tale. Herigennem udvider de deres horisont og viden om sundhed. Opslagene, som ledelsen sætter op om informationer om diverse arrangementer og lavpraktiske meddelelse er et eksempel på et medieret middel, som ikke bliver benyttet i dets fulde potentiale: Medarbejderne ser det ikke og opslagene kommer ikke op i god nok tid, til at alle har mulighed for at se dem i tide.

Hvordan er objektet (det medierede middel) tilpasset ind i og gennem handlingen? (Scollon og Scollon 2004: 164-165). Tilpasningen og placeringen af de medierede midler er meget forskellige. Specialvægten, som var – inden det tiltag blev stoppet – en fast bestanddel af flere af deltagernes rutine: ”*Ja, og så var det jo også det der, det tog lige tre minutter, man gik lige ind, og så kunne man hoppe op på den, og så kunne man køre igen*”. (Bilag 6, linje 469, Marie). Specialvægten var blevet en del af rutinen og var en nem del af hverdagen, som ifølge Karen *holdt i hanke*:

”*Ligesom lidt hold i hanke med det, og sige, i hvert fald for mit vedkommende, jeg ved, at hvis jeg går på den vægt en gang i måneden. Det er satme træls at finde ud af, at din fedtprocent den er lige pludselig meget større end din... muskelmasse... eller... din alder den lige pludselig er meget ældre.*”

(Bilag 6, linje 480-483).

Vægten var tilpasset deltagerne; de kunne smutte ind omkring kontoret og tjekke deres vægt, herunder fedtprocent, muskelmasse m.m. Motionsredskaberne er et eksempel på nogle medierede midler, som ville være ideelle til sundhedsfremme, men medarbejderne i Kærkommen benytter sig kun meget lidt af dem. På det andet fokusgruppeinterview fortæller flere af deltagerne, at de ikke kender nogen, som benytter sig af hverken hallen med tilhørende fitnesscenter eller de redskaber, som står i fælleslokalet udenfor personalelokalet: ”(...) *Jeg tror ikke, at der er en eneste der har brugt de der fitness derovre, eller bruger de rum dernede (...).*” (Bilag 6, linje 204-205, Karen). Dog mener Ida at have set nogle bruge redskaberne i fælleslokalet:

”(...) *Jeg tror der har været tre, der har benyttet sig af tilbuddet herovre i fitnesscenteret ovre i hallen. Og så har jeg set nogle aftner, hvor der kom, (...) vi har sådan en fittcrosser hernede. De lige skulle køre på den i en halvtimes tid (...).*”

(Bilag 7, linje 737-740).

Selvom de ikke er enige i, hvor meget maskinerne og tilbuddene benyttes, lyder tre personer ud af en hel arbejdsplads ikke af meget.

Hvor grundigt indlejret er dette medierede middel og gennem hvilke sociale aktører? Et underspørgsmål hertil lyder: Hvor gammel eller ny er det i den historiske body? (Scollon og Scollon 2004: 164-165). I forhold til det medierede middel, specialvægten er den for de fleste et nyt objekt i deres historiske body: De er ikke helt klar over, hvad det er eller hvad den hedder, men ved, hvad den gør: ”(...) *Vi har sådan en vægt herinde. Jeg ved ikke hvad den hedder den vægt (UF) en der måler fedtet i kroppen, kontra muskelmassen (...).*” (Bilag 7, linje 176-178, Ida). Netop denne specialvægt er i Kærkommen forbundet med den sociale aktør, Pernille Larsen, som først har haft ansvaret for medarbejdernes besøg med vægten, derefter har det været en diætist, som har haft vægten med i Kærkommen med jævne mellemrum.

Det følgende formål, er at mappe alle de aktuelle semiotiske cirkler, der er inde i og væk fra den medierede handling jeg undersøger.

Mapping

Målet med en neksusanalyse er at kortlægge (mappe) handlingens forløb og så navigere de cirkler som cirkulerer gennem et semiotisk økosystem (Scollon og Scollon 2004: 91).

Mapping af institutionen

Her vil jeg forsøge at tegne et kort over handlingens - sundhedsfremme i Kærkommen, som deltagerne italesætter i fokusgrupperne – forløb og udvikling. Det er vigtigt at kortlægge, hvor ledelsen, deltagerne m.fl. er placeret og hvor forskellene ligger, gennem udviklingen af handlingen. (Scollon og Scollon 2004: 121-122). De fysiske forskelle i placeringen af deltagere i de sundhedsfremmende projekter er ifølge fokusgruppeditagerne meget tydelige: Ledelsen var synlig i starten af projekterne, men er det ikke længere:

Signe: *”Og der var det jo der, at der syntes jeg, at det gik godt, og der syntes jeg at der blev lagt rigtig meget i det, og så er det som om så forsvandt Pernille bare, og så sagde det bare blur...”*

Karen: *”Ja, ja, opstarten den var god.”*

(Bilag 6, linje 527-529).

Udviklingen ifølge Signe er altså, at ledelsen er trådt i baggrunden, hvor de først var synlige. Ifølge Signe betød dette fravær fra ledelsen, at vedligeholdelsen af projekterne blev forsømt: *”Det betød jo, at det døde lidt ud, jeg tror også, at det var derfor det skete, fordi hun ikke var her så meget som hun var til at starte med.”* (Bilag 6, linje 540-541). Deltagerne føler sig muligvis alene og magtesløse på egen hånd og derfor ude af stand til at følge de sundhedsfremmende projekter. I starten havde de en ledelse at støtte sig op af, Pernille Larsen og diætisten var tilgængelige for spørgsmål og dukkede ofte op på arbejdspladsen for at give gode råd. Der er altså blevet en stor forskel i den fysiske placering af deltagerne og ledelsen. Ligeledes er der forskel på den psykologiske placering: Begge parter har forskellige ønsker for øje. Medarbejderne ønsker at deltage, men mener ikke, at tiden er der:

”Det er at det harmonerer ikke med dagligdagen. (...) så snart der er plads i planerne og bøvl med økonomien så går alt fløjten, det er spildt ulejlighed. (...) De kan gøre nok så meget omkring motion og stress og det hele, men hvad hjælper det, når de fjerner alt hvad man har af pauser...”

(Bilag 6, linje 299-302, Karen).

Derudover mener fokusgruppedeltagerne, at ledelsen har de forkerte mål for øje:

Marie: *”Jeg tror det er et spørgsmål om, at det er på ledelsesplan, at det her også bliver en prioritet, fordi på ledelsesplan (...) Der er det mere en prioritet at tjene penge, de er sgu ligeglade med om vi får pause. Hvis vi ikke tjener nok penge.”*

Julie: *”Ja.”*

Karen: *”Ja, det er økonomien der skal kunne løbe rundt.”*

Marie: *”Fordi dem der sidder herinde, de er da udmærket klar over det, du vil da gerne have, at vi har pauser. Men det er bare, når de bliver banket oveni hovedet oppefra, at vi har alt for meget passivt tid, jamen hvad fanden skal vi så gøre.”*

(Bilag 6, linje 331-338).

I begge tilfælde stammer problemet fra, at de sundhedsfremmende projekter ikke kører optimalt fra en økonomisk grundtanke og begge parter skubber ansvaret fra sig: Ledelsen mener, at det er et spørgsmål om manglende tid, hvor løsningen er, at medarbejderne skal springe pauser over. Mødepligt og at gøre arbejdet hurtigt, er vigtigere end at gøre det rigtigt. Og medarbejderne mener, at det er på ledelsesplan, at der skal findes økonomi til at nå det hele, men hvis de bliver stillet overfor et ultimatum om pauser eller sundhedsfremme, vinder pauser. Så optimismen og lysten til de sundhedsfremmende projekter er fra staten af ikke i top. Ydermere er der et tilbagevendende problem i forhold til informationsformidling. Al information – herunder information om de sundhedsfremmende projekter – foregår på opslag i fælleslokalet. Det er som regel tilfældigt, hvis medarbejderne observerer et opslag: *”(...) det var sådan lidt tilfældigt, at man lige opdagede det.”*

(Bilag 6, linje 498, Marie). Det er et generelt problem, som betyder, at deltagerne ikke er klar over mange af de projekter og fordele, som Kærkommen tilbyder i forsøget på at fremme sundheden. Følgende citat beskriver en sådan situation, hvor Karen er den eneste, som har hørt om og deltaget i et sundhedsfremmende arrangement:

Karen: *"Jamen der var da også ham, ham maratonløberen, hvad hedder han, Thomas et eller andet. Han var herude med et foredrag."*

Marie: *"Hvornår var det?"*

Julie: *"Det har jeg ikke hørt."*

Marie: *"Nej, det har jeg heller ikke."*

Signe: *"Nej, det siger heller ikke mig noget."*

(Bilag 6, linje 737-742).

Et sådan eksempel fremstår flere gange på begge fokusgruppeinterviews:

Ida: *"(...) Derudover er vi sponsor for Lindhold boldklub, som ligger lige ved siden af, og der er fri adgang til deres fitnesslokaler. Og det er gratis, så det kan personalet frit afbenytte. Hver dag."*

Sussi: *"Det vidste jeg ikke. [griner]."*

Ida: *"Nej. Så har vi billigere også (...)."*

(Bilag 7, linje 234-238).

Ida vælger dog heller ikke at forklare Sussi om tilbuddet, da hun giver til kende, at hun ikke er klar over de gratis tilbud til medarbejderne i Kærkommen. Ida forklarer blot videre om andre tilbud og virker ellers ikke overrasket over det.

Links og interaktion mellem de semiotiske cirkler

Neksus er, som sagt et link mellem to forskellige ideer eller objekter. Når man mapper de semiotiske cirkler af mennesker, diskurser, steder og medierede midler, som er i den gældende handling, er det vigtigt at se på interaktionen mellem de semiotiske cirkler. Her er det essentielle spørgsmål; Hvordan er disse elementer bragt sammen, i netop dette øjeblik, for at skabe denne handling? (Scollon og Scollon 2004: 169). Flere af fokusgruppedeltagerne motionerer allerede, hvilket er en del af deres vaner i privatlivet, som gør, at de ikke finder det nødvendigt at motionere i arbejdstiden.

Motivanalyse med motivpositioner

Indenfor neksusanalyse, redegør motivanalyse for, hvorfor mennesker gør som de gør. Ved hjælp af motivanalyse undersøges, hvordan aktørerne redegør og eventuelt legitimerer og tager ansvar for deres handlinger, herunder i hvilket omfang de begrundes deres handlinger eller eventuelt fravær af handlinger i forhold til samfundet eller andre aktører eller materialiteter. Formålet med denne analysedel er at forsøge at besvare spørgsmålet om, hvordan aktører motiverer og redegør for deres handlinger. Der er fem tydelige positioner af argumenter baseret på den **socialle aktør, scenen**, hvor handlingen sker, handlingens **formål**, de **midler** der gør handlingen muligt, eller selve **handlingen**. (Scollon og Scollon 2004: 125). Disse positioner bruges til at få en bredere forståelse af konflikter mellem forskellige menneskelige handlinger (Scollon og Scollon 2004: 125). Ingen af de fem forklaringer er bedre end de andre. Ideen er at alle handlinger kan forklares af en eller flere af disse positioner, men hvilken position der er gældende vil have betydning for de efterfølgende handlinger. (Scollon og Scollon 2004: 126). Jeg vil benytte mig af denne teori til at finde motivet for deltagelse i de sundhedsfremmende projekter.

Scene. Handlingen udledes af kilder udenfor personen. Det kan være en fysisk, psykologisk, kulturel, social eller historisk scene. Handlingen bliver vanskeliggjort eller umuliggjort pga. det fysiske rum. (Scollon og Scollon 2004: 126). Scenen er ikke afgørende i forhold til udførelsen af de sundhedsfremmende handlinger. Handlingen vil muligvis kunne forbedres, hvis det fysiske rum, scenen var den samme. Alle medarbejdere i Kærkommen møder ind i starten af deres arbejdsdag, får tildelt planer og bil, men derefter er deres scene meget forskellig. De kører rundt hele dagen, fra borger til borger. Det tætteste på en fast scene er bilen. Denne kunne i visse tilfælde muligvis skiftes ud til en cykel, for at fremme sundheden. Fokusgruppedeltagerne begrundes den handling, at de

ikke benytter sig af maskinerne på lageret, med at der ikke er nogen badefaciliteter og at scenen, et lager ikke er attraktivt:

”Jeg tror ikke, at der er en eneste der har brugt de der fitness derovre, eller bruger de rum dernede, altså det er dødsdygt, at stå nede på det lager, altså der er ingen der gider dernede. Der er ingen badefaciliteter eller noget. (...) Og du gider ikke at møde ind og tage den tur dernede, og så være svedig, når man skal på arbejde bagefter, fordi der er ingen badeforhold.”

(Bilag 6, linje 204-209, Karen).

Her pålægges ansvaret altså scenen. Specialvægten er kun tilgængelig, når diætisten besøger afdelingen, hvilket er blevet stoppet, fordi der ikke var nogen, som benyttede sig af det (eller vidste at det foregik).

Social aktør. Handlingen udledes fra personens indre vilje og motivation. Personens handling kommer fra indre fysiske eller psykologiske (eller endda kulturelle) karakteristika. Det er psykisk/mentalt. (Scollon og Scollon 2004: 126). Motivationen bag gennemførelsen af de sundhedsfremmende projekter ligger hos aktøren, dels ledelsen, men også medarbejderne, som skal udføre handlingen med sundhedsfremme. Medarbejderne har i nogle tilfælde lyst til at deltage i projekterne af egen fri vilje: *”Men ellers har man jo hver især deltaget i det der har været relevant (...)”*. (Bilag 6, linje 151, Marie). Andre gange er det en bestemmelse fra ledelsen, at de skal følge de sundhedsfremmende projekter og ideer: *”Jeg tror det er fordi at det er svært lige at sluge, at der er nogen der skal ind og bestemme hvordan man skal leve.”* (Bilag 7, linje 388-389, Gitte). Når ledelsen bestemmer over medarbejdernes privatliv, føler mange af medarbejderne det som et overgreb, hvilket kan resultere i en negativ indstilling til projekterne. Motivationen skal komme fra medarbejderne selv, selvmotivation, som er en generel uspecifik tendens til at fortsætte i fravær af ydre belønninger. En amerikansk undersøgelse viser, at inaktive deltagere har lavere selvmotivation end aktive deltagere i sundhedsfremmende projekter og tidligere deltagere krævede store anstrengelser for at vende tilbage til deltagelse (Kristensen 2005: 18). En af fokusgruppeditagerne, Marie har ligeledes en klar ide om, hvad ledelsens motivation for deltagelse er: Penge:

”Jeg tror det er et spørgsmål om, at det er på ledelsesplan, at det her også bliver en prioritet, fordi på ledelsesplan, altså nu snakker jeg ikke om dem herinde, men længere oppe. Der er det mere en prioritet at tjene penge, de er sgu ligeglade med om vi får pause. Hvis vi ikke tjener nok penge.”

(Bilag 6, linje 331-333).

Her beskriver Marie hendes ide om, hvor ansvaret ligger: Hos ledelsen, som er en social aktør i den sociale handling, da de har sat det sundhedsfremmende projekt i gang. Det er ydermere interessant at se på, hvordan Marie taler om ledelsen: Hun gør det meget klart, at hun ikke mener ledelsen, i deres afdeling, men ledelsen i hele organisationen. Hun skiller dem ad og giver ledelsen for hele organisationen ansvaret for, at projekterne ikke kører optimalt.

Medierede midler. Handlingen udledes af de medierede midler (materielle og psykologiske). (Scollon og Scollon 2004: 126). Her er den manglende information en afgørende faktor.

Medarbejderne har simpelthen ikke mulighed for at deltage, når de ikke er bevidste om, at det foregår. Diætisten, som medbragte specialvægten er stoppet med at komme, fordi der ikke var nogen, som brugte den, men den egentlige grund var, at medarbejderne ikke vidste, hvornår den var der. De ville gerne benytte sig af den og ligeledes diætistens råd, men informationen om, hvornår de var tilgængelige var ikke synlig for alle medarbejdere. Fokusgruppedeltagerne pålægger ikke de medierede midler noget ansvar, hvilket siger mig, at de ikke nødvendigvis er klar over de konsekvenser det har for dem selv, at informationen halter.

Formål. Handlingen udledes fra de mål eller formål der er med handlingen. Intention med handlingen er afgørende. (Scollon og Scollon 2004: 127). I Kærkommen vil denne motivposition komme til kende, hvis deltagerne i de sundhedsfremmende projekter, deltager fordi de ved, at det er bedst for dem i fremtiden at være sunde. Medarbejderne er delvist styret af denne motivationsposition, da de er klar over konsekvensen for usund levevis og er klar over fordelene ved de sundhedsfremmende projekter. Dog lader de sig ikke styre af denne viden, da de stadig ikke deltager. Da samtalen kommer ind på, hvorfor medarbejderne ikke benytter sig af de tilbud der er i idrætsklubber og andre aktivitetsmuligheder, siger Ida:

”(...) jeg synes ikke at motivationen, eller entusiasmen er så stor, når vi deltager i de forskellige løb og så videre. Der skal spørges flere gange, før folk har sagt ja. Det er ikke fordi folk har det helt store overskud til at deltage i det. (...) De orker det ikke.”

(Bilag 7, linje 744-748).

Medieret handling. Handlingen udledes af handlingen selv. Der er intet ydre motiv. (Scollon og Scollon 2004: 127). Her er der tale om, hvis f.eks. en dårlig erfaring med handlingen gør, at deltageren ikke ønsker at deltage igen. Flere af deltagerne har i mere eller mindre grad en dårlig erfaring med sundhedsfremme, da det for mange af dem, ikke er lykket at fremme deres sundhed. Dette kan spille ind i den yderligere lyst til at fortsætte i projekterne.

Opsamling af Navigating the nexus of practice

De vigtigste problemer, som er blevet tydelige for mig i denne del af analysen er, at der er et tydeligt problem i forhold til informationsformidlingen. I flere tilfælde deltager medarbejderne ikke i de sundhedsfremmende projekter, fordi de ikke ved, at de er tilgængelige. Et andet emne, som er centralt i denne fase er privatliv. Da dette emne diskuteres i fokusgrupperne, bliver det tydeligt, at de er heterogene; en blanding af medarbejdere med forskellige meninger. Nogle ser indgriben i privatsfæren, som en positiv faktor, som giver mulighed for udvikling sammen med familien, hvor andre ser det som et overgreb på privatlivet. En sidste faktor, som bliver klarlagt i denne del er tid. Her er der en tydelig uenighed blandt ledelse og medarbejdere. Ledelsen pådutter medarbejderne de sundhedsfremmende projekter, hvor tiden findes ved at skære ned på medarbejdernes pauser og medarbejderne udvikler derfor en negativitet overfor emnet sundhedsfremme, da de forbinder det med stress og generelt mindre tid.

Changing the nexus of practice

I denne del af neksusanalysen kommer der et bredt perspektiv om projektet frem (Scollon og Scollon 2004: 10). Formålet er at forsøge at ændre handlingen inde i det semiotiske økosystem (Scollon og Scollon 2004: 139) som er den sociale handling. Mange tror i dag, at magten og evnen til at definere, er det samme som evnen til at kontrollere den sociale handling, men langt vigtigere er evnen til at forhøre (interrogation) (Scollon og Scollon 2004: 143). Her udvikler man evnen til at rejse spørgsmål til handlingen og dermed bliver klogere på den sociale handling. Spørgsmål bliver stillet igennem neksusanalysen, frem for forestillinger, som der ikke bliver sat spørgsmålstegn ved. (Scollon og Scollon 2004: 143). Mange spørgsmål bliver besvaret løbende, gennem analysen, men andre må forskeren selv finde svaret på, så som hvilken forandring der skal til, for at ændre neksusen: At få flere medarbejdere aktive i deltagelsen af de sundhedsfremmende projekter.

I denne fase vil jeg forsøge – ved hjælp af de to foregående faser i analysen – at skabe en nyttig forandring, som vil øge deltagerprocenten i de sundhedsfremmende projekter. Her er det afgørende, at jeg som forsker tager stilling til de præmisser, der er afgørende for forandringen. Hvis man vil forsøge at implementere sundhedsfremme, succesfuldt under de præmisser, der pt. er gældende i Kærkommen, vil deltagerprocenten være lav – hvilket er tilfældet – da der ikke er tid, økonomi eller overblik over det nuværende projekt. En bestemmende faktor er emnet om tid. Denne faktor hører uløseligt sammen med økonomi, men jeg vil forsøge ikke at påvirke økonomien, da jeg mener, at de sundhedsfremmende projekter kræver mere tid, men er bevidst om, at økonomien er i højsæde og ikke nødvendigvis justerbar. Mine præmisser for en forandring er altså mere tid, bedre kommunikation og et generelt bedre overblik, herunder en bedre ledelsesmæssig struktur. Ved at have denne ramme om den nye ændring, skaber det et overblik over eventuelle øvrige faktorer der skal ændres.

Jeg vil her hente de resultater jeg har fået fra Navigating the nexus of practice. Gennem motivanalyse klarlagde jeg fokusgruppedeltagernes motiv for deltagelse i de sundhedsfremmende projekter jf. motivanalyse. Det blev klart for mig, at fokusgruppedeltagerne mener, at privatlivet, engagement fra ledelsen, information og tid er afgørende faktorer for, at projekterne lykkes.

Manglende information

En af de afgørende faktorer i den sociale handling er den manglende information som jeg vil forsøge at forholde mig til i denne fase.

Deltagelsesprocenten til de sundhedsfremmende projekter er ikke tilfredsstillende og ifølge fokusgrupperne skyldes manglende deltagelse bl.a. mangel på information om arrangementerne og tilbuddene: Medarbejderne er ikke klar over, at tilbuddene er tilgængelige. På fokusgrupperne var deltagerne meget enige i, at der er en generel mangel på information i Kærkommen. Hertil foreslog jeg et onlineforum, hvor medarbejderne vil have mulighed for at dele erfaringer, så som motions- og madtips. Virksomheden kan poste alt fra lavpraktiske til dybdegående informationer om de sundhedsfremmende projekter og anden information i virksomheden. Sitet ville kunne fungere som et opslagsværk – specielt nyttigt for nye medarbejdere – med al bekendtgørelse om samarbejdsaftaler med forhandlere af aktivitetstilbud og generel fakta om sundhed.

Fokusgruppeditagerne var positive overfor ideen og Julie kom med følgende bemærkning: *”Jeg synes sådan noget med opskrifter, det ville være en god ide.”* (Bilag 6, linje 429). Formålet med onlinesitet ville være at flytte al information derind, herunder den samtale og diskussion, der var formålet med sundhedscafeen. I sundhedscafeen dukker medarbejderne ikke op, på et onlinesite vil deltagerne kunne deltage, når det passer dem. Og desuden vil de kunne deltage på et niveau, hvor de kan fravælge diskussioner, som der ikke vedrører dem: F.eks. en samtale om rygning, hvis beskueren er ikke-ryger. Deltagerne på sitet vil altså have mulighed for at deltage i de diskussioner afstemninger og samtaler, som de ønsker – når de ønsker det og ignorere andre. Her vil de også kunne aftale eventuelle fremtidige sociale arrangementer, hvor de vil få dækket det behov, som fokusgruppeditagerne taler om, nemlig et socialt sammenhold udenfor arbejdet. Ligeledes er ideen at benytte medarbejdernes konkurrencelyst i et omfang, hvor deltagerne kan indføre deres resultater og mål på sitet og dermed konkurrere og sammenligne sig med andre. Hertil kunne der evt. være gevinster for deltagelse eller tilkendegivelse af en månedlig vinder. Denne konkurrenceeffekt vil skabe større korrelation for deltagelse. Endnu et emne, som fokusgruppeditagerne italesætter er ledelsen og deres engagement. Herunder vil siden kunne fungere som en støtte og opbakning, ikke bare fra ledelsens side møntet mod medarbejderne, men også medarbejderne imellem, hvilket er en vigtig faktor for aktiv deltagelse i sundhedsfremmende projekter (Kristensen 2005: 39). I forhold til opbakning, vil medarbejderne imellem ydermere få en bedre mulighed for at arrangere og finde deltagere til en tur i fitnesscenter efter arbejde. Dette er et problem, som fokusgruppeditagerne

italesætter: De har svært ved at koordinere, når de ikke har en fælles arbejdsplan med fast fyraftenstid.

”(...) vi får fri på forskellige tidspunkter, det er jo svært at aftale, fordi man kan jo godt sige, jamen hvis man nu siger, mig og Karen siger, jamen i forhold til vores rulleplan så har vi fri klokken to, så går vi sgu derover, men så render man ind i ret akut tilfælde af shit happens og så har man først fri klokken tre alligevel.”

(Bilag 6, linje 229-232, Marie).

Via siden vil Marie i dette tilfælde have mulighed for at spørge et større forum, end dem hun fysisk er sammen med og dermed holde aftalen med en anden eller flere andre kollegaer. Siden kan ligeledes bruges i en anden form for opbakning, hvis en kollega har svært ved at holde begejstringen oppe omkring et eventuelt vægttab eller rygestop. Her vil det være tydeligt for både ledelsen og kollegaer, så de kan støtte og hjælpe via moralsk opbakning. Dybbroe, Land og Nielsen mener ligeledes, at opbakning fra ledelse og kollegaer øger deltagelsesprocenten (Dybbroe et al. 2012: 109). Derfor må der implementeres større opbakning og støtte blandt deltagere og fra ledelsen i de sundhedsfremmende projekter i Kærkommen. Det er en demokratiseringsproces, at arbejde med sundhedsfremme med ledelse og medarbejdere i fællesskab, men det giver medarbejder mulighed for at reflektere over sundhedssituationen og egen fortolkning af sundhed. Netop af denne grund er det ligeledes en fordel at inddrage medarbejderne, hvilket de bliver, hvis de selv er med til at administrere siden.

Det faktum, at deltagerne deler deres personlige viden og erfaringer, i stedet for faktisk viden fra undersøgelser fra ledelsen gør, at et sådan site vil få en anderledes karakter. (Tidsskrift for Forskning af Sygdom og Samfund 2005: 45). Det er ikke en viden om fysisk sundhed og adfærdsændringer de oplæres i, men hinandens personlige meninger og erfaringer, som ofte er mere relevant for deltagere i samme kategori og jobniveau. Al information og indhold på siden skal ikke kun komme fra ledelsen, men ideen er, at brugerne selv skal begynde at understøtte siden og dele historier med kollegaer.

Et vigtigt niveau i sundhedsfremme på arbejdspladsen er ifølge Kristensen ”oplysning”, som omfatter styrkelse af medarbejdernes viden og opmærksomhed over for sundhedsmæssige sammenhænge, med det formål at øge opmærksomheden over for betydningen af en sundere livsstil. (Kristensen 2005: 5). Netop dette vil et onlinesite kunne administrere. Derudover skal det være medarbejdernes egne ressourcer, erfaringer og håb der skal være styrende for, at deres sundhed kan fremmes (Dybbroe, Land og Nielsen 2012: 10). Medarbejderne skal selv være med til at sætte værdierne for, hvad sundhed er og hvordan sundhed fremmes. Kun da vil sundhedsfremme i Kærkommen lykkes i et større omfang. På et onlinesite vil medarbejderne have et forum, hvor de kan give disse værdier og meninger til kende. På den måde vil medarbejderne ligeledes blive inddraget i processen mod en sundere arbejdsplads. Værdier og holdninger knyttet til sundhed er vigtige faktorer for medarbejderdeltagelse i programmerne (Kristensen 2005: 22). Det er derfor igen vigtigt, at ledelsen gør klart, hvilke værdier der er gældende, så alle medarbejdere ser dem, hvilket ikke er tilfældet på et opslag i fælleslokalet, men at alle er med og deler hinandens værdier og dermed skaber større deltagelse. Her taler jeg ikke nødvendigvis om personlige værdier i forhold til sundhed, men de mere generelle værdier, så som KRAMS-faktorerne. De består af et sæt værdier, som alle der ønsker en sund livsstil, vil kunne drage fordel af at følge. Derudover skal ledelsen oplyse mere, herunder fordelene ved motion og ikke mindst ulemperne ved at tage bilen, frem for cyklen. Der mangler en forbindelse mellem den opfattelse af sundhed, som nogle medarbejdere har og den opfattelse der ligger i programmet, det må formidles bedre, hvilket jeg mener kan foregå på sitet.

Onlinesitet kan, hvis det har succes deles med alle medarbejdere indenfor Kærkommenorganisationen og ikke bare afdelingen i Aalborg. På den måde vil større arrangementer og ideer være mulige.

En stor andel af deltagerne i et sundhedsfremmende projekt vurderer egen sundhed for vigtig (Kristensen 2005: 21), hvilket tyder på at deltagelse øger deltagelse. De fleste mennesker er i dag online og et ekstra klik ind på et onlinesite vedrørende ens arbejde vil muligvis kunne lokke de fleste medarbejdere i Kærkommen. De resterende vil muligvis, med tiden blive opfordret af de øvrige deltagere. Netop af denne grund mener jeg, at en Facebookside vil være at foretrække. Medievalget er af den grund, at de fleste i dag har en Facebookprofil, hvor det er forholdsvis nemt at tilføje sig en gruppe. Gruppen giver da besked til hvert medlem, hver gang der foregår noget nyt.

På den måde skal deltagerne ikke have flere hjemmesider at forholde sig til, men når de alligevel er online på deres Facebookprofil, vil de blive oplyst om ny post i ”Sundhedsfremme i Kærkommen”-gruppen. Derudover har alle medarbejdere i Kærkommen en arbejdsmobil, hvor man nemt kan installere en app med Facebook, så medarbejderne kan tjekke gruppen fra mobilen i arbejdstiden. Derudover mener jeg, at hvis medievalget er Facebook, er der større chance for at medarbejderne bruger tid på siden i deres fritid, når de alligevel er online på deres private Facebookprofil. Dette vil delvist løse tidsproblemet, men fakta er, at Kærkommen må sætte mere tid af til de sundhedsfremmende projekter. Et andet aspekt af tidsproblemet er, at der pt. bliver brugt meget tid på at skrive tekst, sende ud til de forskellige afdelinger, hvor der er en som skal printe teksten ud og hænge den op i fælleslokalet og derefter håbe på, at alle medarbejdere ser den. Denne proces bliver en del kortere, hvilket sparer tid, da der kun skal skrives én tekst, som lægges direkte op på Facebooksiden. Facebook har ydermere en funktion, hvor man kan se, hvem og hvor mange af deltagerne i gruppen, som har set opslaget. En Facebookside kan være med til at få information ud til dem, som ikke deltager og derfor er blevet immune overfor opslagene i personalerummet. Af hensyn til den – formentlig meget lille – gruppe, som ikke er på Facebook, kan en mulighed være at sende dem en mail, når der er en vigtig meddelelse. Denne gruppe vil dog ikke kunne deltage i diskussioner, afstemninger m.m., som foregår på Facebooksiden. Medievalgte, en Facebookside, frem for en eventuel nyhedsmail til alle medarbejdere er, at en Facebookside giver begge parter, både medarbejderne og ledelsen mulighed for at udtrykke sig og eventuelle emner kan diskuteres.

Kærkommen i Aalborg har allerede en Facebookgruppe, som ville være at foretrække at bruge, ved at optimere den til dens fulde potentiale, men gruppen er desværre lukket, hvorfor jeg ikke har kunnet se indholdet på siden.

I gennemgangen af Facebooksidens funktioner og praktik har jeg valgt at benytte mig af The Groundswell. Igennem denne teori vil jeg forsøge at skitsere produktet og undersøge dets fordele og eventuelle ulemper.

Groundswell

Groundswell eller understrømmen, som er den danske oversættelse af begrebet er en global, spontan bevægelse af mennesker, der sker via onlineværktøjer, hvor brugeren overtager kontrollen over egne oplevelser og skaffer sig det, der er brug for fra andre brugere i stedet for at få informationer fra en virksomhed. (Li og Bernoff 2009: 11). Den stærkeste part i understrømmen vil altid være

brugerne, da det er dem, som styrer understrømmen via bl.a. kommentarer (Li og Bernoff 2009: 21). Kærkommen vil kunne drage fordel af at tilslutte sig understrømmen og bruge den til egen fordel (Li og Bernoff 2009: 92). Det kan de gøre ved at skabe en online side på Facebook, hvor deltagerne i de sundhedsfremmende projekter (herefter brugere) vil styre, opretholde og bruge siden. Brugere kan dele oplevelser med sundhedsfremme og dermed skabe opmærksomhed på emnet for andre brugere. Hvis en medarbejder i Kærkommen har haft en positiv oplevelse i forbindelse med et sundhedsfremmende projekt og deler disse erfaringer med andre, enten via forskellige medier eller ansigt-til-ansigt kommunikation, opnår sundhedsfremme i Kærkommen promovering og dermed muligvis flere deltagere i projekterne. Kærkommen skal i den forbindelse ligeledes være opmærksom på negative historier, som kan virke mindre flatterende på sundhedsaspektet og ikke mindst Kærkommens brand. Der vil altid være både positive og negative historier af en virksomhed online. I dette tilfælde vil disse historier kun være tilgængelige for dem, som har adgang til siden, da denne Facebookside vil være lukket for andre end de ansatte i Kærkommen. Hvis Kærkommen vil benytte sig af inddragelse går det ud på, at virksomheden skal placere diskussionen et sted, hvor de kan se den, følge med og lytte, så som Facebooksiden. (Li og Bernoff 2009:212-3). Det er muligvis et kontroltab fra Kærkommens side, men det er samtidig vigtigt at de lytter til den eventuelle negative tone og ikke mindst forholder sig til den. Dette er dog kun muligt, såfremt Kærkommen forstår understrømmen og formår at bruge den til egen fordel. (Li og Bernoff 2009: 25-33).

Teknologier og relationer

Hvis Kærkommen skal vende understrømmen til egen fordel er det vigtigt at se på de teknologier, der benyttes i understrømmen, men selvom Kærkommen forstår teknologierne og følger med, skal de ikke fordybe sig i dem. Det er relationerne i understrømmen, der er pointen og det er dem Kærkommen skal koncentrere sig om. Der er forskellige teknologier, hvor understrømmen kan udspille sig fra, disse kan være følgende (Li og Bernoff 2009: 34):

- Teknologier hvor folk **skaber**: Blogs, brugergenereret indhold og podcasts. Her udtrykker brugeren sig selv. Understrømmen giver brugeren mulighed for hurtigt og nemt at dele sit værk med andre. (Li og Bernoff 2009: 35-38). En skaber kan også være på Kærkommens Facebookside, hvor brugere kan skrive om sundhed med eller til hinanden, lægge videoer op og lave afstemninger.

- Teknologier hvor folk **kommunikerer**: Sociale netværk og virtuelle verdener (Li og Bernoff 2009: 38-42). Dette sker også på Kærkommens Facebookside, når brugerne kommunikerer med hinanden eller med Kærkommens Facebook ansvarlige.
- Teknologier hvor folk **reagerer** på hinanden: Fora, bedømmelser og anmeldelser (Li og Bernoff 2009: 43-45). Igen sker dette på Kærkommens Facebookside, når brugerne reagerer på det andre brugere eller Kærkommens Facebook ansvarlige lægger ud.

Den sociale teknografikprofil er de relationer, der opstår i forhold til de ovenstående teknologier. For at Kærkommen kan bruge understrømmen til egen fordel skal de tilslutte sig et medie. Medievalget er Facebook, som giver mulighed for at skabe en gruppe kun for og henvendt til medarbejdere i Kærkommen. Den sociale teknografikprofil starter på trin ”inaktive” og bevæger sig derefter opad til trin ”tilskuere”. Da Kærkommen ikke har en Facebookside henvendt til de sundhedsfremmende projekter endnu, vil brugerne i starten forventes at være inaktive tilskuere. (Li og Bernoff 2009: 57-61). Her er det relationerne i understrømmen der er vigtige og Kærkommens brugere, som er inaktive tilskuere, benytter sig af indholdet på siden. Det er derfor vigtigt med en Facebook ansvarlig, som skaber indholdet, før brugerne begynder at skabe indholdet selv.

De fem målsætninger

Der er fem primære målsætninger, som Kærkommen kan have succes med at stræbe efter i understrømmen. Strategien er her vigtig. En strategi, som behandler alle ens er det samme som fiasko – folk er ikke ens og reagerer ikke på samme måde. (Li og Bernoff 2009: 56). Dette har jeg ligeledes fastslået gennem den homogene og heterogene gruppe, hvor fokusgruppedeltagere – medlemmerne i Kærkommen er heterogene jf. Navigating the nexus of practice. I den forbindelse skal det nævnes, at Kærkommen skal vælge den målsætning som passer bedst på deres overordnede mål med understrømmen og den gruppe deres brugere (medarbejdere) tilhører (Li og Bernoff 2009: 84).

TABLE 4-1

Existing business functions and their groundswell alternatives

You already have this business function	Now you can pursue this groundswell objective	How things are different in the groundswell
Research	Listening	Ongoing monitoring of your customers' conversations with <i>each other</i> , instead of occasional surveys and focus groups
Marketing	Talking	Participating in and stimulating two-way conversations your customers have with <i>each other</i> , not just outbound communications to your customers
Sales	Energizing	Making it possible for your enthusiastic customers to help sell <i>each other</i>
Support	Supporting	Enabling your customers to support <i>each other</i>
Development	Embracing	Helping your customers work with <i>each other</i> to come up with ideas to improve your products and services

From *Groundswell: Winning in a World Transformed by Social Technologies*

by Charlene Li and Josh Bernoff

Copyright 2008 Forrester Research, Inc.

(Li og Bernoff 2009: 86).

I dette skema refereres der til ”kunder”, hvor det i denne analyse er Kærkommens medarbejderne eller brugerne, som er det primære mål. Der er i den forbindelse nogle forhold, som skal tages i betragtning, når der er tale om medarbejdere og ikke kunder. Kunder kan som regel søge andre alternativer, hvis de er utilfredse med et produkt eller en virksomhed. En medarbejder har ikke altid denne mulighed og slet ikke i samme grad. Medarbejderne er i en anden position, hvor der er et andet magtforhold, hvilket blev tydeligt i den første fokusgruppe, hvor der var en leder til stede versus den anden fokusgruppe, som udelukkende bestod af medarbejdere på samme magtmæssige niveau. Medarbejderne ved, at der er nogle, som lytter med, hvilket kan styre, hvad de siger og hvad de ikke siger. Denne begrænsning vil formentligt kunne gøres lettere på Facebooksiden, ved at topledelsen ikke har adgang til siden. Der er en væsentlig forskel på medarbejdere og kunder, hvilket jeg vil være opmærksom på i og med, at konteksten da er forskellig.

Lytte: Under denne målsætning skal Kærkommen via lytning analysere og forstå brugerne bedre. (Li og Bernoff 2009: 84-85). Her er det en god ide med for eksempel et fokusgruppeinterview, hvor Kærkommen ved at lytte til understrømmen, kan erfare noget nyt, da fokusgrupper er med til at skabe svar på spørgsmål, som Kærkommen måske ikke selv er bevidste om. (Li og Bernoff 2009: 96). Det er forholdsvis nemt for en organisation at lytte til deres brugere, hvis brugerne er online. Når brugerne er online, efterlader de sig hele tiden spor af deres meninger og holdninger og disse ligger alle klar online på Kærkommens Facebookside (Li og Bernoff 2009: 97).

Når Kærkommen har haft succes med at lytte til deres brugere, kan de med tiden begynde at tale til brugerne (Li og Bernoff 2009:112-5).

Tale: Her er målet at udbrede budskaber om sundhedsfremme i Kærkommen. Denne målsætning er ideel, hvis ønsket er at øge promoveringen og dermed deltagelsen i de sundhedsfremmende projekter i Kærkommen. (Li og Bernoff 2009: 85). Her drejer det sig om, at Kærkommen skal tale til brugerne gennem Facebooksiden. Hyppigheden er her vigtig. Ved at benytte sig af et socialt medie kan Kærkommen opnå omtale blandt medarbejderne om de sundhedsfremmende projekter. (Li og Bernoff 2009: 143). Ligeledes kan Kærkommen via Facebook – som egner sig bedst til Kærkommens brugere ifølge teknografikprofilen - engagere sig i deres brugere (Li og Bernoff 2009: 136-137 og 141-142). Ydermere er Facebook brugbar for Kærkommens brugere, da de der kan skabe et fællesskab og et miljø, hvor de kan tale sammen (Li og Bernoff 2009: 144).

Tilføre energi: Her er målet at finde de mest entusiastiske brugere og tilføre dem energi, så de styrker omtalen i en positiv retning. (Li og Bernoff 2009: 85). Her kan der f.eks. være tale om nogle af de medarbejdere, som ellers fungerer som tovholdere på sundhedscafeerne. Det gælder om at tilføre dem energi, hvilket muligvis kan resultere i, at disse medarbejdere driver og opretholder Facebooksiden. (Li og Bernoff 2009: 148-149). Og ikke mindst taler positivt om projekterne.

Støtte: Her er målet at få brugerne til at støtte hinanden og hvis det bliver gjort rigtigt vil Kærkommen få understrømmen til at understøtte sig selv (Li og Bernoff 2009: 188). At støtte er en fordel for Kærkommen, da de på den måde kan give brugerne de redskaber der gør, at de kan søge svar fra andre brugere. For at fastholde denne impuls gælder det for Kærkommen at tilføre de pågældende brugere energi (Li og Bernoff 2009: 182), for eksempel ved at skabe et

onlinefællesskab på Facebook. Det er en god måde at få brugerne til at understøtte sig selv på, men en administrator – en person, som styrer, hvad der bliver lagt op på siden af informationer m.m. – må hele tiden være den, der dirigerer trafikken på Facebook; vedkommende skal uploade informationer og nyheder og huske at svare på kommentarer fra brugerne. Dette er en tidskrævende rolle, hvilket Kærkommen må skabe, hvis de ønsker succes gennem tilført energi. Ved at lægge dele af administratorjobbet over til medarbejderne, hvilket The Groundswell går ud på, vil Kærkommen dog kunne spare tid. Her skal Kærkommen dog igen være opmærksomme på, at der kan fremkomme negativ tale, som skaber et kontroltab hos Kærkommen, men fordelene er til gengæld, at den negative tale vil være der uanset hvad, så det er bedre at italesætte den et synlig sted og vise medarbejderne at der lyttes, derudover gør medarbejderne det gratis og i deres fritid. I et onlinefællesskab vil Kærkommen få stor succes ved at bruge de engagerede kunder som ledere på Facebooksiden. Derudover vil det også være en god ide at skabe et ”Ideeer til sundhedsfremme i Kærkommen”-forum på Facebooksiden, hvor brugerne kan bidrage med gode ideer og forbedringer til de sundhedsfremmende projekter. Her er det igen vigtigt for brugerne at blive hørt, så hvis dette skabes skal Kærkommen være synlig på siden og give til kende, at brugerne bliver hørt. (Li og Bernoff 2009: 193-194).

Inddrage: Lad brugerne komme ind, og lad dem hjælpe (Li og Bernoff 2009: 85). Brugerne vil gerne høres og hjælpe (Li og Bernoff 2009: 200). Ved at lytte til brugerne er muligheden for at skabe noget medarbejderne selv ønsker større og dermed øges chancen for flere deltagere i de sundhedsfremmende projekter (Li og Bernoff 2009: 201). Der vil altid være både positive og negative holdninger til de sundhedsfremmende projekter, som alle kan deles på Facebooksiden, så inddragelsen går ud på, at Kærkommen skal følge og lytte til disse meninger. (Li og Bernoff 2009: 212-213). Dermed vil brugerne føle, at de bliver hørt og alle kan læse deres kommentarer og ikke mindst give og få respons. Her kan der også udvikles en diskussion brugerne imellem, som ligeledes kan bruges til forbedring af de sundhedsfremmende projekter.

Kærkommens brugere er inaktive tilskuere, hvor det vil være en fordel for Kærkommen at lytte. Kærkommen vil kunne drage fordel af at skabe et onlineforum på Facebook og lytte til deres brugere derigennem. Derudover er jeg kommet frem til, at Facebook er det rette medie for Kærkommen.

Facebooksiden

De praksisser, som fokusgruppedeltagerne taler om er ikke alle online. Tilbagevendende emner er mere tid, bedre kommunikation herunder information og bedre overblik. Gennem en forandring, med en optimeret Facebookside mener jeg, at disse faktorer rent praktisk vil blive opfyldt og dermed øge deltagerprocenten til de sundhedsfremmende projekter. Tiden bliver afviklet i mere eller mindre grad, da det ikke er så tidsmæssig krævende at slå posts op på en Facebookside. Informationsformidlingen øges, da forummet er en del større på en Facebookside, end et personalelokale, derudover er der funktioner som sikrer, at alle medarbejdere har set et givent opslag. En Facebookside versus en opslagstavle i et personalelokale, fremviser et stort spekter af forskelle, så som bredden af beskuere. Derudover siger min personlige erfaring i Kærkommen mig, at opslag bliver sat op, hvor der er plads og hvis der ikke er plads bliver det sat oven på et andet. Der er altså intet overblik i den nuværende situation af informationsformidling i Kærkommen. En Facebookside har flere forskellige funktioner, som kan dele indhold op efter vigtighed, dato m.fl.. En Facebookside vil ligeledes give et overskueligt overblik, dels for nye medarbejdere, men også for erfarne medarbejdere og ledelse.

Selv med en Facebookside, skal medarbejderne og ledelsen stadig gøre noget for, at deltagerprocenten stiger på de sundhedsfremmende projekter. Der skal skabes en entusiasme omkring projekterne igen og der må findes tovholdere som tager initiativer og holder siden kørende.

Rent praktisk skal Facebooksiden fungere med en administrator, som poster de vigtige informationer fra ledelsens side og eventuelt kommenterer på medarbejderes posts. Derudover kan denne administrator opfordre medarbejdere til at uploade billeder og tips, ved selv at gøre det. Dette kan være opskrifter og fakta om sundhed. Dette vil muligvis også får medarbejderne aktive på siden. Gennem Facebook er det muligt at lave en lukket gruppe, hvor man kan invitere medlemmer – Kærkommens medarbejdere. Medarbejderne kan dermed tale mere frit, hvis de ikke frygter at blive fyret, hvis de siger noget forkert.

Endnu en kommentar til emnet information: Jeg lærte kort tid inden aflevering af mit speciale, at Pernille Larsen, som har været min kontaktperson til Kærkommen, er blevet sagt op pr. 1. maj 2013. Denne nyhed fik jeg tilfældigt gennem en fælles bekendt. Jeg var overrasket over, at Pernille Larsen ikke selv valgte at kontakte mig, da vi havde aftalt et senere møde, hvor jeg skulle

fremlægge min konklusion, med henblik på at bruge det til mit eksamensoplæg. Dette møde kunne naturligvis ikke finde sted.

KONKLUSION

I den følgende konklusion vil jeg besvare min problemformulering og de dertilhørende underspørgsmål. Konklusionen er baseret på mine egne undersøgelser igennem specialet.

Jeg tager udgangspunkt i, at en sund livsstil er afgørende for mindre sygefravær, øget velvære og øget motivation overfor egen sundhed.

Problemformuleringen lyder således:

Hvilke problematikker er der forbundet med at implementere sundhedsfremme på bedst mulig måde i Kærkommen, som på den ene side tager hensyn til medarbejderne og på den anden side arbejdspladsen?

Omdrejningspunktet for dette speciale er, at Pernille Larsen, leder for de sundhedsfremmende projekter i Kærkommen og Kærkommen ikke er klar over, hvorfor alle medarbejdere ikke deltager i de sundhedsfremmende projekter og ikke mindst hvordan de kan øge deltagerprocenten.

For at øge deltagerprocenten til de sundhedsfremmende projekter kræver det, at Kærkommen sætter mere tid af til projekterne. Det fremgår af fokusgruppeinterviewene, at medarbejderne forbinder de sundhedsfremmende projekter med stress og negativitet. Når medarbejderne deltager i projekter og arrangementer omhandlende sundhedsfremme, bliver tiden til det gældende arrangement taget fra medarbejdernes arbejdsdag, hvilket betyder, at de skal indhente tiden dagen efter. Det er vigtigt, at deltagerne i et sundhedsfremmende projekt er positivt indstillet overfor projektet, hvorfor Kærkommen må sætte mere tid af til projekterne, for at øge den positive opfattelse og mindske følelsen af stress.

Et af mine underspørgsmål til problemformuleringen lød: Har Kærkommen den fornødne økonomi eller tid til at iværksætte de sundhedsfremmende projekter til fulde? Her må svaret være nej. Der er nogle medarbejdere, som på trods af omstændighederne deltager i de sundhedsfremmende projekter, men der er ligeledes en del, som ikke deltager. Tid og økonomi hænger uløseligt sammen og hvis der skal findes mere tid, må der ligeledes findes flere penge. Derfor må konklusionen være, at der skal sættes mere tid af til projekterne, hvis der ønskes en større deltagelsesprocent hos medarbejderne. Et andet tidsaspekt er den tid medarbejderne skal finde fra deres fritid og bruge på

de sundhedsfremmende projekter. Her konkluderer jeg, at det er yderst vigtigt for flere af deltagerne, at de kan inddrage familien. Her øges rækkevidden af sundhedsfremme ligeledes.

Her bliver et andet underspørgsmål interessant: Hvorvidt har Kærkommens ledelse økonomi og virksomhedens vækst for øje og ikke medarbejdernes ve og vel? Medarbejderne, som deltog i fokusgruppeinterviewet mener, at topledelsen sætter virksomhedens økonomi over medarbejdernes pauser. Medarbejderne som selv er en del af processen imod at blive Danmarks sundeste arbejdsplads konkluderer, at dette er tilfældet. Kærkommens ledelse forsøger at gabe over en for stor opgave, hvor de ikke er villige til at afsætte de fornødne ressourcer. Den klassiske gamle talemåde, ”man kan ikke både blæse og have mel i munden”, falder for.

Et andet underspørgsmål lød: Har deltageres uddannelsesmæssige niveau en indflydelse på deltagerprocenten således, at de ikke er i stand til at kombinere teori og praksis i forhold til sundhed? Ifølge Pernille Larsen er dette en faktor for den manglende deltagelse. Dog er der intet i fokusgrupperne, som tyder på dette. Der er derimod flere ting der tyder på, at øget støtte fra kollegaer, mere tid og konkret information er fordelagtigt for medarbejdere på et lavere uddannelsesmæssigt niveau. Min konklusion på dette er derfor, at medarbejderne har kompetencerne til at gennemføre de sundhedsfremmende projekter, men tilgangsvinklen er mere skrøbelig end hos medarbejdere på et højere uddannelsesmæssigt niveau. Der må være øget opmærksomhed, støtte og opbakning fra ledelsen og kollegaer imellem, hos medarbejdere med et lavere uddannelsesmæssigt niveau, i forhold til en gruppe medarbejdere på et højere uddannelsesniveau. Her bliver det igen aktuelt med en Facebookside, som har konkret, overskuelig og let tilgængelig information til medarbejderne og mulighed for, at de kan støtte og bakke hinanden op.

Endnu et underspørgsmål til min problemformulering lød: Hvordan fungerer informationsformidlingen og det generelle overblik for både medarbejdere og ledelse? Gennem bl.a. fokusgrupperne blev det klart for mig, at der er et væsentligt kommunikationsproblem i Kærkommen, hvilket er tydeligt i Kærkommens eksterne kommunikation, hvilket jeg selv fik at føle gennem kommunikationen til Pernille Larsen. Men også den interne kommunikation halter. Det er f.eks. ikke optimalt at have et enkelt opslag i et fælleslokale for medarbejdere, som ikke er i virksomheden i deres arbejdstid. Derudover er overblikket over de mange opslag uoverskueligt: Samtlige vægge i personalelokalet er tapetseret med opslag, hvor nye sættes ovenpå gamle osv. Dette resulterer i, at medarbejdernes mulighed for at modtage disse informationer er ringe. Derfor er

det et andet emne, som Kærkommen må tage fat i: Den manglende information. Både motivanalysen og fokusgruppeditagerne peger på, at der er et problem i forhold til informationsformidlingen. Ofte er formidlingen af information så ringe, at medarbejderne slet ikke er klar over, at et gældende arrangement er aktuelt. En videre undersøgelse vil muligvis kunne klarlægge, hvor mange medarbejdere der ikke deltager i de sundhedsfremmende projekter, fordi de ikke er klar over, at de er tilgængelige. Jeg konkluderer dog, ud fra fokusgrupperne, at en stor del af den gruppe medarbejdere ikke benytter sig af bl.a. Kærkommens samarbejdsaftaler, som tilbyder aktiviteter og Kærkommens egne arrangementer om sundhedsfremme pga. manglende information. Denne information skal konkretiseres og samles ét sted, hvor både nye og erfarne medarbejdere kan søge informationen. På baggrund af min analyse konkluderer jeg, at det vil være fordelagtigt for Kærkommen at benytte sig af mediet Facebook, hvor de har mulighed for at oprette en gruppe for medarbejderne. En sådan gruppe vil samle informationen og øge mulighederne for, at dem som er medlem af gruppen ser opslagene. Der skal være et overblik over Kærkommens samarbejdsaftaler, hvilke tilbud de har og mulighed for at arrangere arrangementer med andre deltagere end dem, medarbejderne normalt omgås i arbejdstiden: Det sociale i virksomheden vil have gode chancer for at blive øget og rammerne vil være bedre for denne mulighed. Derudover skaber gruppen et fællesskab, som fokusgruppeditagerne sætter pris på. Ligeledes giver gruppen medarbejderne mulighed for at interagere med hinanden og kommentere på opslagene. Herunder vil de have mulighed for at støtte og bakke hinanden op, hvilket skaber større sandsynlighed for en øgning i deltagelsen i de sundhedsfremmende projekter. På den måde vil deltagernes motivation ligeledes stige, hvilket fremgår af flere undersøgelser fremlagt i analysen.

Det sidste underspørgsmål er: Vil et overblik, herunder bedre information, give en større succes til de sundhedsfremmende projekter? Min konklusion er, at det vil skabe en større deltagelse i de sundhedsfremmende projekter, da mange som sagt ikke er klar over, at de foregår. Derudover giver det et overblik for nye medarbejdere, som ønsker at indhente tidligere information om de sundhedsfremmende projekter. En Facebookside vil give et overskueligt overblik over denne information, både i forhold til dato, emne, relevans og popularitet.

Dog må Kærkommen tage højde for, at i og med at det er medarbejderne, som vil drive siden, er der risici. Hvis en medarbejder er utilfreds, bliver det synligt for alle andre medarbejdere, andre kan tilmed tilslutte sig vedkommendes holdning. Dog mener jeg – sammen med Groundswellteorien – at det kan styrke virksomheden at gøre eventuelle problemer synlige for alle og dermed vise

medarbejderne, at deres mening er vigtigt og at den tages alvorligt. Et andet problem Kærkommen bør være opmærksom på, er hvorvidt en Facebookside kan tage mere tid end virksomheden er villig til at bruge. I dette tilfælde vil Kærkommen muligvis kunne drage fordel af at inddrage medarbejderne og lade dem administrere og drive siden. Så vil Kærkommen udelukkende skulle bruge tid på at lægge informationer op på siden, hvilket formentlig ikke tager længere tid end, hvis de skulle skrives i et Worddokument, printes ud og sættes op i personalelokalet. På den måde kan Kærkommen og medarbejderne deles om opgaven med at drive Facebooksiden.

Jeg mener, at en Facebookside vil tage hensyn til både medarbejderne og ledelsen. Medarbejderes vil have mulighed for at øge deres livskvalitet gennem de sundhedsfremmede projekter, hvilke Facebooksiden gør mere overskuelig og tilgængelig. Ledelsen kan bruge Facebooksiden, som et medie for information, hvilket vil spare tid og ressourcer, herunder vil økonomien ikke blive påvirket negativt. Jeg mener, at der bliver taget hensyn til begge parter med en Facebookside og at en Facebookside vil balancere disse to krav på en fordelagtig måde for både medarbejdere og ledelse.

Jeg vil nu vurdere på den empiri, jeg har brugt igennem specialet til at indhente mine resultater. Jeg mener, at jeg har fået talt med en bred kreds af vigtige aktører i Kærkommen, ved at tale både med ledelsen via interviewet med Pernille Larsen og det faktum, at Ida, som er afdelingsleder var med i den første fokusgruppe, og de social- og sundhedshjælpere som repræsenterer størstedelen af medarbejderne i Kærkommen. Derudover har jeg en bred vifte af medarbejderne repræsenteret i fokusgrupperne. Den sidste praktiske information har jeg enten hentet fra internettet eller fået fra de dokumenter, der har cirkuleret mellem Kærkommen og Statens Forebyggelsesfond. Denne brede vifte af empiri har givet mig et indblik i, hvordan tankegangen er i Kærkommen. Jeg mener at fokusgruppeinterviews, dokumenter til Statens Forebyggelsesfond og interviewet med Pernille Larsen har været yderst velegnet til at undersøge min problemformulering og dertilhørende underspørgsmål med. Jeg har søgt og fået rejst spørgsmål i én gruppe data, som jeg har fået besvaret i en anden: Min research på internettet og interviewet med Pernille Larsen har rejst spørgsmål, som jeg har fået besvaret i fokusgrupperne. De forskellige empiriformer har suppleret hinanden godt og givet mig mulighed for at besvare problemformuleringen og nå frem til en prototype af et produkt, som vil kunne gavne deltagerprocenten og positiviteten omkring de sundhedsfremmende projekter. Formålet med dette speciale var at finde en løsning på den lave deltagerprocent til de

sundhedsfremmende projekter. Selv om jeg ikke har haft mulighed for at afprøve min forandring – en Facebookside – og se, hvorvidt den øger deltagelsen, afholder det mig ikke fra at konkludere, at en Facebookside vil være fordelagtig til formålet. Dette konkluderer jeg ud fra min empiri, som siger mig, at medarbejderne savner nogle klare faktorer i processen mod at blive Danmarks sundeste arbejdsplads, hvilket en Facebookside kan være med til at løse.

PERSPEKTIVERING

Jeg mener, at de resultater som jeg er nået frem til i specialet, vil være fordelagtige at bruge, dels i Kærkommens videre arbejde hen imod at blive Danmarks sundeste arbejdsplads, men også hos andre virksomheder, der prøver at implementere sundhedsfremme hos medarbejderne. Jeg mener, at både virksomheder med medarbejder på et andet uddannelsesmæssigt niveau og virksomheder med samme type medarbejder vil kunne drage fordel af mine resultater. Dog er mit speciale skrevet med henblik på, at rekvirentens medarbejdere har et lavt uddannelsesmæssigt niveau, hvilket påvirker tilgangen til sundhedsfremme.

Sundhedsfremme og sundhed generelt er et voksende emne i vores samfund og implementeringen heraf kan være vanskelig. Der vil ofte være behov for en allerede eksisterende viden på området, for at øge chancerne for succes. Her vil disse virksomheder kunne drage fordel af mit speciale.

Jeg mener ligeledes, at andre virksomheder kan udnytte Facebook til deres egen fordel, når de søger et bedre sammenhold mellem medarbejdere og ledelse og større overblik over informationen i virksomheden og de sundhedsfremmende projekter. Facebook kan ligeledes bruges til markedsføring af en virksomhed. Facebook er et af de mest populære onlinefællesskaber og der er mange, som har en profil på Facebook, hvilket betyder, at de allerede ved, hvordan siden fungerer, hvorfor brugervenligheden er i top. De øvrige afdelinger i organisationen, Kærkommen, vil også kunne drage fordel af at anskaffe sig en Facebookside, hvor de samler al information og søger at skabe et onlinefællesskab for medarbejderne.

Der er stadig nogle emner, som mangler at bliver udforsket i Kærkommens sundhedsfremmende projekter og sundhedsfremme generelt. Det ville bl.a. være en fordel for Kærkommen at søge mere viden om, hvad der kan lokke deres medarbejdere til at deltage aktivt i de sundhedsfremmende projekter. Derudover vil det være fordelagtigt at gå mere i dybden omkring, hvorfor medarbejderne ikke deltager og i hvilken grad information spiller en rolle: Herunder hvor mange medarbejder der ikke deltager, fordi de ikke er klar over, at tilbuddet er tilgængeligt.

Det vil ligeledes gavne Kærkommen at undersøge, hvorvidt økonomi spiller en større rolle end medarbejdernes ve og vel. Kærkommen er, som de fleste andre virksomheder, under et stort økonomisk pres pga. bl.a. finanskrisen, men jeg mener dog, at det ville være en fordel for

Kærkommen at få skildret dette og dermed undersøge i hvilken grad økonomi spiller en rolle, for at de sundhedsfremmende projekter kan lykkes.

Jeg mener, at Kærkommen burde forsøge sig med en mere konkret tilgang til de sundhedsfremmende projekter, herunder en ansvarlig for projekterne, som evt. også kunne være ansvarlig for en Facebookside. Dette har delvist været Pernille Larsens opgave, men da hun er opsagt, står stillingen naturligvis ubesat.

REFLEKSION

I forarbejdet med at skrabe en ramme for mit speciale, var jeg meget fokuseret på at bruge neksusanalysen i specialet. Jeg har ikke før benyttet mig af neksusanalyse og ønskede derfor at lære metoden at kende, inden jeg blev færdig. Derfor har dette speciale været første gang jeg har arbejdet med neksusanalyse. Jeg har sat pris på at lære metoden at kende og mener, at udgangspunktet har skabt fordelagtige rammer for mit speciale. En neksusanalyse er meget omfattende og ifølge Scollon og Scollon, er det ikke muligt at foretage en fuld neksusanalyse på under et år. Jeg har derfor udvalgt bestemte punkter, som jeg har arbejdet med igennem specialet. Brug af de øvrige punkter, som jeg ikke har arbejdet med, vil skabe flere, muligvis andre resultater.

Grundet manglende tid har jeg ikke lavet en fuld neksusanalyse, hvorfor jeg ikke har lavet omfattende feltstudier. Jeg er opmærksom på, at et fuldt feltstudie kunne have mundet ud i nogle mere uddybende resultater. I forhold til Facebooksiden er jeg opmærksom på, at en Facebookgruppe ikke er en garanti for, at medarbejderne vil benytte sig af siden, eller øge deres deltagelse i de sundhedsfremmende projekter.

Hvis man skulle gå mere i dybden med specialet, kunne det være en fordel at benytte sig af Michel Foucaults selvdisciplinering. Her vil man kunne afdække, hvordan medarbejderne skaber disciplin til at gennemføre de sundhedsfremmende projekter. Et andet interessant emne ville være at undersøge, i hvilken grad Kærkommen overskrider privatsfæren og blander sig for meget i medarbejdernes privatliv, når de bestemmer over deres sundhed. Her vil Foucault ligeledes være nyttig, udover Jürgen Habermas, som også omtaler privatsfæren og kritisk teori generelt.

BILAG