



Institutionen för hälsovetenskaper

Uppsatsarbete i folkhälsopedagogik

C-uppsats 20 poäng

(Folkhälsovetenskap 51-60 poäng och pedagogik 51-60 poäng)

Friskvårdsprogram

Ett medarbetarperspektiv på hälsa, motivation och lärande

2007-05-07

Heidi Oksenfeld och Sara Säwenmyr

Handledare: Ingemar Andersson

Examinatorer: Göran Ejlertsson och Bengt Selghed

Förord

Vår resa började redan våren 2006 då ett frö sattes för att gro och till slut resultera i den här uppsatsen om arbetshälsa. Resans gång har varit kantad med hårt arbete, gemenskap, utmaningar, och en kunskapsmässig utveckling. Ämnesvalet har inte varit självklart för oss utan det är något som har växt fram. Att vi har valt den här vägen är dock ingenting vi ångrar, utan den kunskapen vi har fått är guld värd. Resan tar inte slut här, arbete och hälsa kommer vara en stor del av vårt framtida arbetsliv och yrkesprofession.

Tack till handledare Ingemar Andersson som har hjälpt och stöttat oss under arbetets gång. Vi vill ge ett stort tack till alla medarbetare på Centralsjukhuset Kristianstad, till Er som hjälpt till att distribuera enkäten och till alla Er som deltagit i enkätundersökningen. Även tack till de andra uppsatsparen i ”CSK-gruppen” för gott samarbete och opponentskap.

Vi vill även passa på att tacka varandra för ett gott samarbete under perioder av motgång och framgång. Samarbetet mellan oss har varit ett givande och tagande som genomsyrat arbetet i hela uppsatsen. Det betyder att vi inte har möjlighet att skriva vem som har gjort vad, utan där den ena har börjat har den andra tagit vid och tvärtom.

Ett rum på 30 kvadrat i Kristianstad 2007

Heidi Oksenfeld och Sara Säwenmyr

Uppsats för filosofie kandidatexamen vid Högskolan Kristianstad 51-60 poäng i folkhälsovetenskap och 51-60 poäng i pedagogik.

Författare: Oksenfeld, Heidi & Säwenmyr, Sara. (2007). *Friskvårdsprogram. Ett medarbetarperspektiv på hälsa, motivation och lärande* (s. 37).

Handledare: Ingemar Andersson

Sammanfattning

Arbetshälsan har fått allt större betydelse bland annat på grund av de ökande sjukskrivningarna i samhället. För att ta itu med problemet har det exempelvis införts olika former av friskvårdsaktiviteter på arbetsplatser i avsikt att främja hälsan. En sådan aktivitet är friskvårdsprogrammet på Centralsjukhuset Kristianstad till vilket denna tvärsnittstudie är kopplad. *Syftet* var att undersöka användningen av friskvårdsprogrammet och vad som motiverar till användningen, men även om programmets aktiviteter genom motivation och lärande genererar en förbättring och bibehållande av den egna hälsan. *Metoden* för datainsamling var enkät, vilken skickades till 790 individer. Svarsfrekvensen var 61,1 procent. *Resultatet* visade att 45,9 procent använde friskvårdsprogrammet. Motiverande faktorer till användning var eget intresse samt rabatter och förmåner. Upplevelsen av hög motivation och högt lärande vid nyttjande av programmet har påvisats relatera till livsstilsförändring. Ur folkhälsopedagogisk synvinkel dras *slutsatsen* att det hälsofrämjande arbetet på Centralsjukhuset Kristianstad bör bestå av långsiktighet och ökad delaktighet när det gäller nyttjandet och utformandet.

Nyckelord: friskvårdsprogram, hälsa, arbetshälsa, folkhälsopedagogik, motivation, lärande, livsstilsförändring.

Dissertation in partial fulfilment of the requirements for a Bachelors degree in Health promotion and Education, Kristianstad University.

Equivalence: 10 credit points Public Health Science (15 ECTS points) and 10 credit points Education (15 ECTS points).

Authors: Oksenfeld, Heidi & Säwenmyr, Sara. (2007). *Health activities. Workers perspective on health, motivation and learning* (p. 37).

Supervisor: Ingemar Andersson

Abstract

Due to an increasing amount of people being put on a sick-list the issue of work health has come to receive a lot more attention. To confront the problem, different varieties of keep-fit measures have been launched in the workplace. A prime example of such a measure can be found at Centralsjukhuset Kristianstad, which this survey is investigating. The primary goal of this study is to investigate the use of the "Keep-Fit" measures program and to identify what motivates the employees to utilize this program. Further we would like to investigate if the program, through motivation and learning, generates improvement and retention of the individuals' health. The collection of data involved the distribution of 790 questionnaires. The overall response was 61.1 percent which resulted in 483 completed questionnaires. The results showed that 45.9 percent used the program. Individual interest, discount and benefits were the most motivating factors found in those who use the program. The inclusion of motivation and education when using the program indicates a change in lifestyle. From a health education perspective, the conclusion from this study is that the use and development of health promotion at Centralsjukhuset Kristianstad should consist of long term planning as well as participation.

Keywords: keep-fit measures program, health, work health, peoples health education, motivation, learning, change of lifestyle.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	7
2. Litteraturgenomgång.....	8
Hälsans olika aspekter.....	8
<i>En humanistisk syn på hälsa</i>	8
<i>Folkhälsa</i>	11
Folkhälsopolitiska mål.....	11
Folkhälsopedagogik.....	12
<i>Motivation och lärande</i>	12
Behovshierarki.....	12
Inre och yttre motivation.....	13
Modeller för lärande.....	13
The Stages of Change Model.....	15
Hälsofrämjande aktiviteter.....	15
<i>Friskvård</i>	16
Problemprecisering.....	17
3. Syfte.....	17
4. Material och metod.....	17
Arena för undersökning.....	17
Val av metod.....	18
Genomförande.....	18
<i>Intervjuer, enkätkonstruktion och pilotstudie</i>	18
<i>Enkätundersökning</i>	19
Databearbetning.....	19
<i>Statistiska metoder</i>	19
<i>Variabeldefinitioner</i>	19
Etiska överväganden.....	20
5. Resultat.....	21
Deskriptiv del.....	21
<i>Bakgrundsvariabler</i>	21
<i>Respondenternas syn på hälsa</i>	23
<i>Friskvård och friskvårdsprogrammet</i>	23
Analytisk del.....	24
<i>Skillnader i användande och inte användande</i>	24
<i>Motivation</i>	26
<i>Lärande</i>	26
<i>Motivation relaterat till lärande</i>	27
Sammanfattning av resultat.....	27

6. Diskussion.....	28
Metoddiskussion.....	28
<i>Bortfall</i>	28
<i>Validitet och reliabilitet i enkäten</i>	29
Resultatdiskussion.....	29
<i>Användning av friskvårdsprogrammet</i>	29
<i>Motivation och lärande i friskvårdsaktiviteterna</i>	31
Slutsats och folkhälsopedagogisk relevans.....	33
7. Referenser.....	35
8. Bilagor.....	38
Bilaga 1: följbrev.....	38
Bilaga 2: enkät.....	39
Bilaga 3: påminnelsebrev.....	47

1. Inledning

Arbetslivet har ett stort inflytande på en individs livssituation och hälsa, vilket gör att arbetsplatsen som arena för folkhälsoarbete har kommit alltmer i fokus (Menckel, 2004). Dessutom har arbetshälsan fått allt högre prioritet bland annat på grund av att sjukfrånvaron har ökat kraftigt de senaste åren (Hogstedt, Bjurvald, Marklund, Palmer & Theorell, 2004). Det är viktigt att vara medveten om att folkhälsoarbete innefattar två komponenter, dels att förebygga sjukdom dels att främja hälsa. Det är därför angeläget att inte enbart fokusera på kunskaper om faktorer och förhållanden som gör människor sjuka (patogenes). Folkhälsoarbetet bör även se till de kunskaper som gör att människor förblir friska (salutogenes). Att fokusera på det friska visar sig genom hälsofrämjande arbete som har hela befolkningen eller definierade grupper som målgrupp (Pellmer & Wramner, 2001). Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) handlar hälsofrämjande arbete om att stödja personlig och social utveckling genom att tillhandahålla sådan information, hälsoutbildning och kunskap, som ökar individens möjlighet att bemästra tillvaron på olika strukturella nivåer (Medin & Alexanderson, 2000). Själva begreppet hälsofrämjande härstammar från WHO:s definition från 1986 Ottawa-konferensen och lyder på följande sätt:

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment.
(WHO, 1986, s. 1)

Utifrån definitionen av begreppet hälsofrämjande har workplace health promotion utvecklats. Begreppet innebär ett europeiskt nätverk för hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. EU-kommissionen tog 1996 initiativ till att träffas i det europeiska nätverket där arbetshälsa skulle diskuteras och genom det utveckla begreppet workplace health promotion. Initiativet ledde till att Luxemburgdeklarationen utarbetades. Deklarationen har som syfte att förbättra hälsa och välbefinnande hos människor i arbetslivet genom en aktiv strävan från arbetsgivare, arbetstagare och samhället i stort (Hanson, 2004). Hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen har tre ledord; ledarskap, resurser och egenkraft. Det hälsofrämjande arbetet ska ses som en ständig process som bygger på varaktighet. Endast då arbetet är varaktigt kan det resultera i välmående hos individen, det vill säga i hälsofrämjande riktning (Menckel, 2004).

En arena där det kan bedrivas hälsofrämjande arbete på arbetsplats är sjukhus. Sedan 1990-talet ingår fler och fler sjukhus i det internationella konceptet hälsofrämjande sjukhus (Pelikan, Krajic & Dietscher, 2001). Hälsofrämjande sjukhus handlar om att utveckla det praktiska arbetet på sjukhus genom att ta fram strategier och koncept samt framställa och sprida projekt och skapa nätverk. Fokus ska ligga på medarbetare, patienter och lokalsamhällets hälsa (Naidoo & Wills, 2000). Individens roll som ansvarstagare för att göra hälsosamma val lyfts fram som en viktig del i det hälsofrämjande sjukhuset. Arbetsgivarens roll är att skapa en hälsofrämjande miljö för personalen och sprida kunskaper om hälsa (Medin & Alexanderson, 2000). Centralsjukhuset Kristianstad ingår sedan 2002 i nätverket hälsofrämjande sjukhus. Sjukhuset erbjuder bland annat de anställda möjligheten att delta i aktiviteter som ingår i ett friskvårdsprogram.

Under hösten 2006 efterfrågade sjukhuset medverkan av högskolestuderande på Högskolan Kristianstad för att genomföra studier kopplade till friskvårdsprogrammet. Utifrån sjukhusets efterfrågan valde vi att fördjupa oss i hur stor utsträckning de anställda använder sig av aktiviteterna i friskvårdsprogrammet. Som folkhälsopedagoger vill vi även se om aktiviteterna genererar motivation och lärande, vilka är två viktiga komponenter för att förbättra och bibehålla en god hälsa. För att få en bakgrund till arbetet krävs att vi definierar vissa begrepp såsom hälsa, folkhälsa och folkhälsopolitiska mål. I arbetet med att förbättra hälsan fordras att hälsouppllysning implementeras genom en god folkhälsopedagogisk grund, och därför kommer begreppen folkhälsopedagogik, motivation och lärande också att beskrivas. Det praktiska arbetet med ovanstående begrepp görs genom hälsofrämjande aktiviteter, där friskvård utgör en central del.

2. Litteraturgenomgång

Hälsans olika aspekter

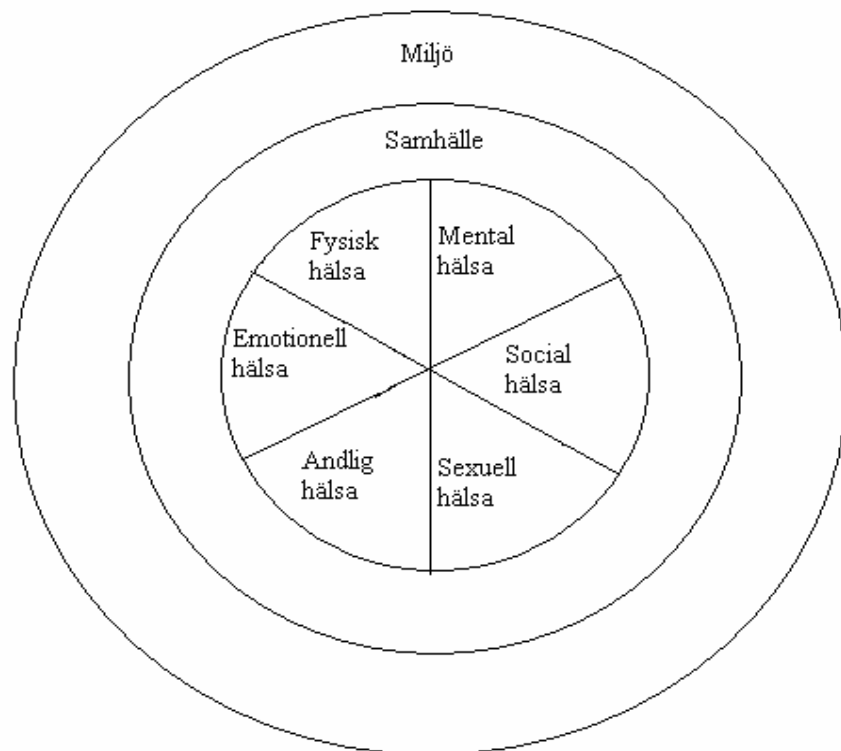
Hälsa har tidigare definierats utifrån sjukdom, men sedan WHO bildades 1948 har hälsa utvecklats till att innebära friskhet i större utsträckning. WHO:s definition av hälsa från 1948 beskriver hälsa som ett tillstånd av psykisk, fysisk och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom. Hälsa och att främja hälsan både på en individ- och samhällsnivå har blivit betydligt viktigare i dagens samhälle. Hälsobegreppet kan ses utifrån olika synvinklar vilket har lett till att definitionen av hälsa utvecklats vidare. Under Sundsvallskonferensen 1991 kom istället hälsa att ses som en resurs vilken är väsentlig för att kunna nå andra mål i livet som utbildning, inkomst och socialt nätverk. Ytterligare en aspekt av hälsa utifrån WHO:s perspektiv är att se det som en grundläggande mänsklig rättighet. Det betyder att de basala resurser som finns för att upprätthålla den egna hälsan är något som alla människor bör ha tillgång till. Vid konferensen i Jakarta 1997 förstärkte WHO denna aspekt med att tillägga att hälsa också är nödvändig för den sociala och ekonomiska utvecklingen (Medin & Alexanderson, 2000). Utifrån WHO:s definitioner av begreppet hälsa kommer olika teorier att kopplas med utgångspunkt i den humanistiska synen på hälsa.

Humanistisk syn på hälsa

En humanistisk syn på hälsa kan beskrivas utifrån ett *holistiskt perspektiv*. En holistisk ansats ser till helheten hellre än delarna. För att förstå delarna måste de relateras till helheten. Grundtanken i den holistiska ansatsen är människans handlingsutrymme i den sociala kontext som påverkas av hälsa och sjukdom. Med andra ord är människan förenad med sin omvärld där ett samspel med andra sker samt att hälsa ligger i fokus och utifrån hälsan definieras sjukdom. Hälsa relateras till förmågan att utifrån sina sociala, kulturella och ekonomiska förutsättningar förverkliga sina mål, därav är individens hälsa beroende av sin handlingsförmåga. I denna förmåga kan tre faktorer identifieras; den handlande personen, personens mål och de omständigheter under vilka personen handlar (Medin & Alexanderson, 2000).

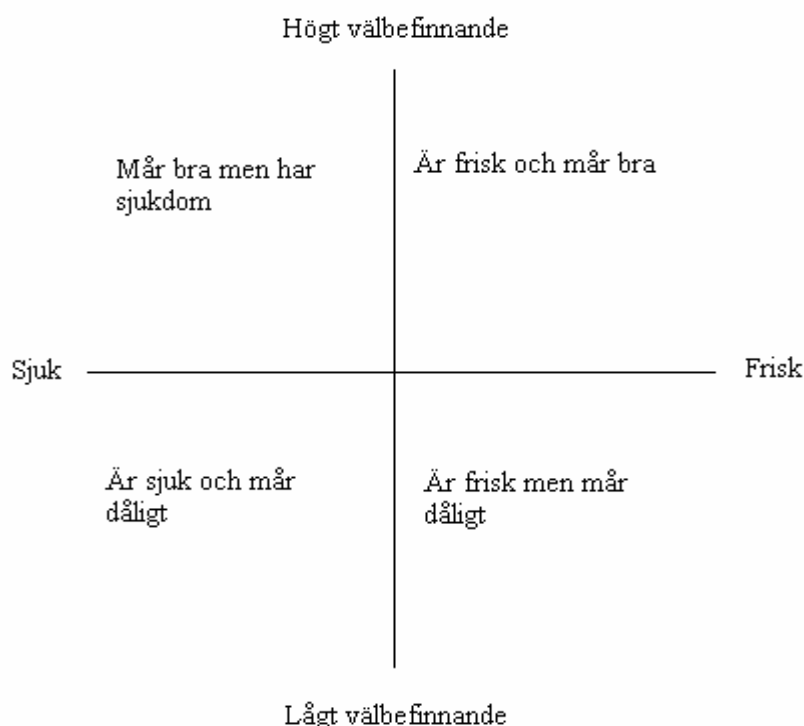
För att lättare förstå den holistiska ansatsen har en holistisk hälsomodell utformats. Den beskrivs med tre cirklar som anger de faktorer som påverkar hälsan. Den innersta och första cirkeln handlar om den personliga hälsan som kan beskrivas utifrån sex begrepp. Först den fysiska hälsan vilken tar hänsyn till hur en person mår fysiskt. Den mentala hälsan som inbe-

griper att känna ett syfte och värde med sitt liv. Förmågan att uttrycka sina känslor samt utveckla och bibehålla en relation utmärker den emotionella hälsan, medan den sociala hälsans tyngdpunkt ligger i att individen har stöd från familj och vänner. Den andliga hälsan karakteriseras av att individen blir erkänd av sin omgivning vad gäller sina moraliska och religiösa principer och därmed kan översätta dessa i praktiken. Sist den sexuella hälsan som behandlar individens rätt att själv bestämma över sin sexualitet och bli accepterad för det. Nästa cirkel representerar det samhälle som omger individen. Samhället och dess normer och värderingar, dess kulturella sammanhang, har stor inverkan på individen i den meningen att aspekterna i det egna livsrummet konstrueras av det i större eller mindre utsträckning. Den tredje och sista cirkeln ser till själva miljön som individen vistas i som till exempel hur individen bor, transport, renhållning, föroreningar samt färskt och rent vatten. Samhälls- och miljöcirkelarna presenteras ibland med miljön efter det egna livsrummet istället för samhället (Naidoo & Wills, 2000).



Figur 1. Holistisk hälsomodell över de faktorer som inverkar på hälsan.

Det humanistiska perspektivet kan beskrivas utifrån ett så kallat *hälsokors*. Korset delar in hälsa i fyra delar. Övre delen av korset beskriver upplevt högt välbefinnande, medan den nedre delen står för lågt välbefinnande. Individen kan uppleva ett högt eller lågt välbefinnande oavsett om hon är sjuk eller frisk. Var i korset som en individ placerar sig grundar sig från kultur till kultur, men även på hur samspelet mellan individ och miljö ser ut (Eriksson, 1984). Figuren nedan är en modifiering av ett hälsokors.



Figur 2. Hälsokors som beskriver relationen mellan hälsa och sjukdom samt högt och lågt välbefinnande.

Den humanistiska synen har också ett *salutogent perspektiv* på hälsa. Det traditionella synsättet patogenes innebär läran om sjukdomars ursprung och orsaker som är kopplat främst till riskfaktorer och riskförhållanden. Salutogenes utgår från hälsans ursprung och vilka frisk- och skyddsfaktorer som påverkar hälsan i positiv riktning. Antonovsky menar därmed att för att kunna främja hälsan måste det friska vara i fokus. Han menar även att stress och påfrestningar är naturliga tillstånd och som mer eller mindre är en del av livet. Frågan är sedan vilken förmåga människan har att under dessa omständigheter bevara eller uppnå hälsa. Denna förmåga betecknas KASAM – Känsla av Sammanhang. KASAM-teorin grundar sig i tre komponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1991). En studie gjordes med utgångspunkt i de tre komponenterna. Upplevdes ett starkt KASAM kände individen också stolthet och självförtroende i arbetet (Nilsson, Hertting, Petterson & Theorell, 2005). Begriplighet står för individens förståelse för de händelser som kan inträffa i tillvaron. Hanterbarhet handlar om den utsträckning individen har resurser som behövs för att kunna hantera tillvaron. I komponenten meningsfullhet ligger individens känslomässiga band till livet, det vill säga utifall tillvaron känns meningsfull. Att uppleva meningsfullhet anser Antonovsky är en motivationskomponent då det handlar om huruvida individen ser ett värde i att satsa på diverse utmaningar. När en individ har ett starkt KASAM betyder det att individen har stora inslag av de tre komponenterna i sitt liv, vilket minskar risken för sjukdom och stärker förmågan till en mer positiv livsstil (Antonovsky, 1991).

Utifrån hälsobegreppet och den humanistiska synen på hälsa kan man specifikt titta på en befolknings hälsa. Då talar vi om begreppet folkhälsa.

Folkhälsa

Begreppet folkhälsa inbegriper hälsa, sjuklighet och dödlighet, men även levnadsvanor, hälso-risker och skyddsfaktorer kopplat till olika befolkningsgruppers hälsa. Det är inte bara summan av individers hälsa som inkluderas utan även mönster av olikheter som finns inom befolkningen (Pellmer & Wramner, 2001).

Folkhälsopolitiska mål

För att förbättra folkhälsan har regeringen tagit fram elva folkhälsopolitiska mål som presenteras i propositionen ”Mål för folkhälsan - 2002/03:35”. Syftet med de folkhälsopolitiska målen är att minska hälsoklyftorna. Det görs genom att aktivt arbeta med folkhälsa på individ-, befolknings- och samhällsnivå (Socialdepartementet, 2002). I denna studie ligger fokus på målområdena 4, 9 och 10.

Målområde 4 heter ökad hälsa i arbetslivet. Regeringens förslag för vad som behövs för att öka hälsan i arbetslivet är att skapa väl fungerande arbetsvillkor som förbättrar folkhälsan genom att minska den arbetsrelaterade ohälsan och de sociala skillnaderna i hälsa. Genom ett aktivt arbete med att förebygga negativ stress, motverka långtidssjukskrivningar och arbetsskador samt minska utslagningen från arbetslivet ska hälsa i arbetslivet främjas. Både kortsiktiga och långsiktiga åtgärder behövs för att skapa en god psykisk och fysisk arbetsmiljö. Åtgärderna sätts in för att bryta utvecklingen med ökande arbetsrelaterad sjukskrivning som är en konsekvens av till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, värk och belastningsskador, psykisk ohälsa och andra stressrelaterade sjukdomar (Ibid).

Målområde 9 tar upp ökad fysisk aktivitet. En förutsättning för en god hälsoutveckling är fysisk aktivitet. Tanken är ökade förutsättningar till fysisk aktivitet i anslutning till arbetet. En bidragande orsak till ohälsa är inaktivitet som blir allt vanligare inom arbetslivet. Graden av fysisk aktivitet är starkt kopplat till livsstilen och levnadsvillkoren. Genom att vara fysisk aktiv kan övervikt förebyggas, men även lättare psykiska besvär och sömnsvårigheter samt måttliga former av besvär med rygg och leder och lättare blodtrycksstegringar kan reduceras (Ibid).

Goda matvanor och säkra livsmedel är *målområde 10*. Bra matvanor och säkra livsmedel är förutsättningar för en god hälsoutveckling hos befolkningen. Medvetenhet kring kostens inverkan på hälsan är vida spridd i dagens samhälle. De flesta vet att en varierad kost är bra för hälsan, till exempel att fett- och sockerintaget bör sänkas och att frukt- och grönsakskonsumtionen bör ökas. Trots det ökar den svenska befolkningen i vikt. Det kan förklaras av ändrade matvanor och fysisk inaktivitet. Under de senaste 20 åren har antalet personer med fetma nästan fördubblats, det vill säga omkring 500 000 människor har drabbats. Det motsvarar åtta procent av den vuxna befolkningen och fyra procent av barn och ungdomar (Ibid).

För att främja folkhälsan krävs ett aktivt arbete som grundar sig i de folkhälsopolitiska målen. Därmed behöver pedagogiska metoder med fokus på hälsa tillämpas, vilket återfinns inom folkhälsopedagogiken.

Folkhälsopedagogik

Folkhälsopedagogik utgår från människan och hennes förutsättningar. Görs inte det är det lätt att individen tappar intresset då den upplever att hälsobudskapet inte berör. Genom folkhälsopedagogiken är det viktigt att ge individer möjligheten att utveckla förmågan att kunna själv påverka och fatta egna beslut kring sin livsstil. Förmågan ska utveckla individens eget kunande och förståelse för att därefter kunna bedöma såväl skriftliga som muntliga hälsobudskap. Hälsobudskap är hälsoinformation som inte inskränker på autonomin, det vill säga den rätt som en individ har att bestämma över sig själv. Betydelsen av tidig och korrekt information är stor, då det kan motivera individen till att förändra ett skadligt beteende. Att hälsoinformationen är trovärdig och vetenskapligt förankrad krävs för att en beteende- eller attitydförändring ska äga rum (Svederberg, Svensson & Kindeberg, 2001). Om en individs motivation är tillräckligt stark samt om individen har förmågan att bearbeta ett budskaps innehåll är chansen större att hälsoinformationen blir en del av tankeprocessen. Vilken effekt hälsobudskapet har beror på hur individen bearbetar det. En bumerangeffekt kan uppstå om informationen upplevs inkonsekvent eller dåligt underbyggd. Det som händer är att individen förändrar sin attityd tvärt emot ståndpunkten i budskapet (Helkama, Myllyniemi & Liebkind, 2000). För att folkhälsopedagogik ska fungera i praktiken krävs att individen är motiverad och att lärande förekommer. Motivation och lärande kommer att avhandlas i följande avsnitt.

Motivation och lärande

Upprätthållandet av en livslång *motivation* innebär att när ett mål är uppnått uppstår det nya behov och målsättningar som gör att individen fortsätter vara motiverad. Alla människor har motivation inom sig, men ibland kan den vara vilande, latent. De människor som har en latent motivation är de som inte gör något för att förändra sin livsstil, men motivationen kan väckas till att bli mer aktiv (Granbom, 1998). Det är endast om en individ anser att det finns mycket goda skäl till ändring av ett beteende som det sker en förändring och därmed ett *lärande* (Illeris, 2001). Ett exempel på sådana skäl visade en tvärsnittstudie som gjorts bland thailändska sjuksköterskor för att undersöka relationen mellan deras deltagande i fysisk aktivitet och utvalda personliga faktorer, uppfattningen kring fördelar och nackdelar med motion, självförverkligande, socialt stöd, arbetskrav och motivation. Studien visade att motivationen till att delta i fysisk aktivitet var väsentlig. Den ökade fysiska aktiviteten var även beroende av sjuksköterskornas uppfattning om motion, självförverkligande och socialt stöd (Kaewthummanukul, Brown, Weaver & Thomas, 2006). För att motivationen till att behålla beteendet ska bli bestående hos individen måste själva aktiviteten i sig vara en rolig och givande handling (Helkama et al. 2000).

Behovshierarki

Maslows behovshierarki är ett exempel på motivationspsykologi som går ut på att kartlägga behov hos människor. Behoven ställs upp i långa listor och sedan kategoriseras i till exempel organiska, emotionella, sociala och kognitiva motiv. Maslows behovshierarki belyser människans olika behov och att de måste vara tillfredställda för att efterhand kunna stiga i hierarkin och slutligen leda till självförverkligande (Illeris, 2001). Det första steget i behovshierarkin representerar de fysiologiska behoven hos människan såsom värme, sömn och föda. Nästa steg är trygghet det vill säga att människan känner sig säker och utan uppenbara hot. Det tredje steget inbegriper uppskattning och erkännande från andra människor i omgivningen. Människan utvecklar sin personlighet i mötet med andra då hon kan se sig själv genom att tolka hur andra upplever henne. Härefter följer utvecklingsmotiven och i detta steg ligger fokus på att utforska, förstå och uppleva. När dessa behov är uppfyllda kan behovet av självförvekli-

gande uppfyllas. Med självförveckligande menas att utveckla sina anlag och resurser (Maslow, 1954).

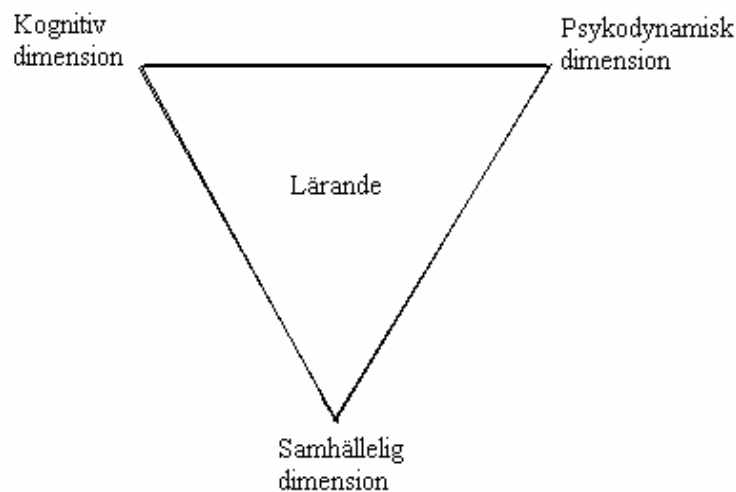
Inre och yttre motivation

Grunden för målmedvetet strävande är att individen har en tro på sin förmåga att genomföra en handling samt en vilja att försöka. Det finns två perspektiv från vilket motivation härstammar och det är inre och yttre motivation. Med inre motivation menas att motiveringen till handling eller aktivitet grundar sig på individens inre personlighetsfaktorer. De faktorerna handlar oftast om ett intresse och för att motivera en annan människa bör man utgå från det intresset för att skapa engagemang. Har en individ ett intresse är det en motivationsfaktor av den mer effektiva formen. Intresse som motivation kan bestå av tre olika delar, nämligen aktivitetsmotivet, prestationsmotivet och kontaktmotivet. Dessa tre motiv kan avlösa och stödja varandra. Om aktivitetsmotivet, där det handlar om att vara aktiv, skulle bli mättat kan de två andra fortfarande vara drivkrafter. Prestationsmotivet är inlärt och är enbart upp till individen att prestera, medan kontaktmotivet kan sägas vara ett medel för att uppnå mål. Människan har även ett starkt behov av att bestämma själv över sin livssituation och när hon känner det kommer motivationen inifrån och blir bestående (Granbom, 1998).

Den yttre motivationen kommer då det finns yttre krav skapade av andra som individen vill uppnå. Skulle en förändring ske genom yttre motivation är den endast bestående så länge den yttre kontrollen finns kvar och påverkas även av att individen hoppas på belöningar. Vidare kan den yttre motivationen skapa förutsättningar för utvecklandet av en inre motivation (Ibid). När väl motivation är väckt hos en individ finns det förutsättningar för att lärande ska äga rum.

Modeller för lärande

Lärande kan enligt Illeris (2001) ses som en helhetsprocess som omfattar en integration med andra och en psykisk tillägnelseprocess varvid individen tar till sig kunskap. Lärandet består av en *kognitiv* (tänkande), en *psykodynamisk* (känslor och lust) och en *samhällelig* (social) dimension i vilka Illeris väver samman olika pedagogers förhållningssätt. Varje dimension är element i en helhet, men kan behandlas var för sig. Lärandets karaktär påverkas av de tre dimensionerna och är beroende av vilken situation som lärandet äger rum i. För att förstå hur individen ser på sitt lärande måste man förstå hur personen förhåller sig till sin omgivning.



Figur 3. Tredimensionell modell för lärande (Illeris, 2001).

I den *kognitiva dimensionen* utgår Illeris (2001) i sitt resonemang från Piagets tankar kring lärande. Piaget menar att kunskaper är situerade. Det betyder att de är förenade med ett visst sammanhang. Kunskaper tas från en situation och sätts in i en annan, det vill säga att individen förhåller sig till en ny situation utifrån sina gamla erfarenheter. Det resulterar i att tidigare kunskap ses genom nya glasögon. Piaget påpekar att de olika erfarenheterna gör att trots samma undervisning lär sig individer olika saker. Det beror på att de individuella kognitiva strukturer som varje individ har med sig in i lärosituationen påverkar utfallet av lärandet. Det handlar om att de rådande strukturerna hos individen hela tiden omformas i det samspel som sker med omgivningen, det vill säga att det hela tiden sker en process av konstruktion och rekonstruktion av kunskapen som konsekvens av det lärande som sker.

Som avstamp i den *psykodynamiska dimensionen* återfinns Sigmund Freud och den psykoanalytiska traditionen. Lärandet bottnar i en psykodynamisk process som inbegriper känslor, attityder och motivationer vilka fungerar som drivkrafter. Lärande kan ses som lustbetonat, vilket betyder att alla människor biologiskt är utrustade med en förmåga att lära sig. Den kunskap som en individ minns tillägnas genom att det har blivit uppmärksammat och har berört på något sätt. Känslor har en stor inverkan på lärande, till exempel om en individ upplever ilska, blir sårad, upplevt något roligt, dumt eller vackert. Kunskap kan också läggas på minnet på grund av att det upplevs som intressant (Ibid).

Den *samhälleliga dimensionen* grundar sig i Karl Marx och hans tankar om individen och samhället, det vill säga om samspejsprocesser. Med samhällsprocesser menas individens möte och agerande med omvärlden samt hur individen förhåller sig till sin omgivning. Det finns olika former av samspel för att lärande ska uppstå. Typiska samspejsituationer är när ett budskap ska förmedlas och när meningsfullhet i ett samspel sker genom att den lärande inte enbart är mottagare. Detta förutsätter att individen är en deltagare (Ibid).

Samspejsprocesser som resulterar i lärande beskrivs också av Vygotskij. Han menar att utgångspunkten för kunskaper och erfarenheter är olika för alla människor vilket resulterar i varierade uppfattningar. Varierande uppfattningar betyder att människor resonerar annorlunda, vilket är en tillgång när människor i en grupp interagerar med varandra. Det är i denna interaktion som lärandet först och främst förekommer (Bråten, 1998). Svederberg et al. (2001) menar att vuxna använder andra vuxna i sitt lärande, till exempel arbetskamrater som resurs för att kunna bemästra den aktuella livssituationen. I en svensk studie användes interaktion mellan de anställda för att diskutera förändringar på organisation, arbetsplats och individnivå. Detta skedde genom den pedagogiska metoden problembaserat lärande (PBL). Metoden genomfördes vid gruppträffar på arbetsplatserna där hälsan diskuterades. De medverkande hade genom träffar med varandra uppmärksammat arbetssituationen, fastställt problem samt påbörjat lösningar till problemen på arbetsplatsen (Arneson & Ekberg, 2005). PBL har den fördelen att ett lärande uppstår i själva interaktionen med andra då människors olika erfarenheter och kunskaper ställs mot varandra (Egidius, 2003).

En cyklisk lärandemodell har utvecklats av pedagogen Kolb. Modellen är en sammansmältning av Piaget, Dewey och Lewins tankar. Utifrån dessa tankar har Kolb skapat en lärocirkel som innehåller fyra olika stadier. Cirkeln går från *konkret upplevelse* via *reflekterande observation* och *abstrakt begrepps bild* till *aktivt experimenterande*. Sedan går det från *aktivt experimenterande* tillbaka till en ny *konkret upplevelse*. Läroprocessen sker sedan i samspelet mellan dessa fyra stadier. Fortsatt menar Kolb att denna läroprocess är livslång och inte ett resultat i sig. I lärandet ingår två dimensioner, begripande och ombildning, som grundar sig i att människans uppfattningar och omvärld ständigt förändras. Förändringen är ett resultat av den

kommunikation med andra som i sin tur genererar lärande (begripande), vilket skapar ny, personlig och vinklad kunskap (ombildning) (Kolb, 1984). Det är tydligt att Kolb utgår från Deweys tankar då Dewey anser att lärande förekommer när en aktiv bearbetning av omvärlden sker. Bearbetningen sker i form av att lära genom att göra (learning by doing), vilket är ett pedagogiskt förhållningssätt som Dewey är känd för. Som grund till bearbetningen finns ett intresse hos individen vilket ger förutsättningen för att läroprocessen ska dra igång. Intresset skapar en vilja att lära. Denna vilja uppstår utav att individen är motiverad (Brinkmann, 2006). Motivation är en drivande kraft för att lärande och förändring av ett beteende ska ske. Syntesen av motivation och lärande återfinns i the Stages of Change Model.

The Stages of Change Model

En modell som beskriver fem steg mot förändring i ett beteende är the Stages of Change Model. Modellen kan innefatta flertalet levnadsvanor som en individ kan förändra vid ökad motivation. Det första steget, *precontemplation*, innebär att individen inte har funderat på att göra någon förändring i sin livsstil vilket beror på kunskapsbrist om risker för hälsan. Andra steget är *contemplation* och här är individen medveten om förmånerna en förändring för med sig. För att fatta ett beslut om förändring samlar individen in information. Informationens betydelse ligger i att den ger individen de argument som behövs för att senare bibehålla sin förändring i beteendet. Här sker alltså ett lärande. En förändring sker först när individen anser att förmånerna väger upp mot uppoffringarna. Individen söker då stöd från sin omgivning, vilket är det tredje steget, *preparing to change*. Får inte individen det stöd hon behöver är risken stor att motivationen att genomföra förändringen förringas. Det som händer är att motivationen påverkas av det sociala trycket i omgivningen. Med andra ord, individen agerar efter den norm som är socialt accepterad. Därefter kommer *making the change* som karakteriseras av att individen sätter upp tydliga och realistiska mål och delmål samt ett sätt att belöna sig själv för gott beteende (Naidoo & Wills, 2000). Här är det av stor vikt att individen är den som utarbetar sina mål själv. Därmed ökar sannolikheten att fullfölja målen då individen har varit delaktig under hela resans gång (Hanson, 2004). Genom att belöna sitt beteende blir det en positiv betingelse. Det motiverar till att upprepa beteendet för att gång på gång få belöning (Helkama et al. 2000). Sista steget är *maintenance*, i vilket individen befäster ett hälsosamt beteende som en del av en hälsosam livsstil (Naidoo & Wills, 2000). Ju längre tiden går ser individen fler och fler positiva resultat av sitt beteende vilket verkar som en motivationsfaktor för att fortsätta kämpa. Resultatet blir att individen håller fast vid det nya beteendet och det blir en del av vardagen (Svederberg et al. 2001). Risken för återfall finns om det anses svårt eller jobbigt att bibehålla sitt nyvunna beteende och det kan ske under alla steg utom det första. Vid återfall analyseras vad som gick snett. Analysen används för att fortsätta förändring under förutsättning att individen fortfarande är motiverad (Naidoo & Wills, 2000). Det praktiska arbetet med beteendeförändring mot en hälsosammare livsstil består av hälsofrämjande aktiviteter.

Hälsofrämjande aktiviteter

Sedan 1970-talet och fram till idag har det blivit allt vanligare i Sverige med hälsofrämjande aktiviteter på arbetsplatser. Syftet med aktiviteterna är att främja individer och grupper att föra en sundare livsstil. I början av 2000-talet har andelen arbetsgivare som satsar på hälsofrämjande aktiviteter blivit än mer förekommande. Det betyder att fler arbetstagare får ta del av relaterade aktiviteter under arbetstid eller fritid som stimulerar till förbättrad ork, avslappning och att ha roligt. Ökat välbefinnande hos medarbetarna på arbetsplatsen påverkar deras närvaro, arbetsprestation och kvalitet (Hanson, 2004). En studie från USA visade att arbetsplatsen är viktig vad gäller förmedling av kunskaper om hälsa. Stora arbetsplatser har med

större sannolikhet fler hälsofrämjande aktiviteter och hängiven personal som arbetar hälsofrämjande (Fielding & Piserchia, 1989). Hur mycket det satsas på hälsofrämjande aktiviteter är olika beroende på hur lönsamt arbetsgivaren anser att det är samt i vilken utsträckning hälsa anses vara ens eget ansvar eller inte (Hanson, 2004).

Enligt Johnsson, Lugn och Rexed (2003) kan hälsofrämjande aktiviteter formuleras utifrån olika uppbyggande faktorer som får en individ att må bra. Faktorerna är sömn, kost, vila, harmoni (motivation, socialnätverk och identitet), rekreation, motion, kärlek, kultur och upplevelser. Då behovet av faktorerna varierar hos individen ser arbetsplatserna behov olika ut. Som en konsekvens av det anpassas hälsofrämjande aktiviteter efter arbetsplatsen. En aspekt som fått allt större betydelse är behovet av friskvårdssatsningar.

Friskvård

Friskvård är en hälsofrämjande aktivitet som förutsätter en aktiv medverkan av individen. Syftet är att påverka individens levnadsvanor och stödja en sund livsstil (Hanson, 2004). Hela livssituationen innefattar friskvård och bör involvera både privatlivet och arbetslivet. På individnivå bör friskvård bidra med en ökad medvetenhet kring den egna hälsan. Friskvård kan även leda till ökad trivsel med sig själv och andra, förbättrade hälsovanor, bättre ork och till slut en förbättrad eller bibehållen god hälsa. Gruppnivån inbegriper en ökad gemenskap och trivsel bland personalen som i sin tur förbättrar den psykosociala arbetsmiljön. Friskvård ger en välmående personal och en organisation med fokus på hälsa som resurs för personalens effektivitet och produktivitet (Andersson, Johrén & Malmgren, 2004). Det är därmed en investering för att få friskare medarbetare (Angelöw, 2002).

För att konkretisera och presentera friskvård på ett enkelt och lättillgängligt sätt har många arbetsplatser utformat så kallade friskvårdsprogram. Det är inte ovanligt att det satsas stora pengar på friskvårdsprogram som erbjuder bland annat träning på arbetstid (Hanson, 2004). En studie från 2006 visade att ett program på arbetsplatser, Move & Improve, hade en stor inverkan på individens hälsa. Deltagare i programmet rapporterade, efter ökad fysisk aktivitet och kunskapsförmedling om hälsa, bland annat viktminskning, ökad energi, mer hälsosam kostföring samt minskad upplevd stress. Största hälsofrämjande förändringen var hos dem som var fysiskt inaktiva innan de deltog i programmet (Polacsek, O'Brien, Lagasse & Hammar, 2006). Tidigare erfarenheter säger dock att de som redan är aktiva blir ännu mer aktiva och de som inte är aktiva inte nås. Med friskvårdsprogrammen kommer en del frågor kring hur man får så många att delta som möjligt. Andra frågor kan beröra hur man ska göra för att nå dem som inte aktivt tar del av programmet (Hanson, 2004).

På Centralsjukhuset Kristianstad finns det ett friskvårdsprogram sedan 1999. Friskvårdsprogrammet som riktar sig mot personalen har kommit som ett steg i att sjukhuset är ett hälsofrämjande sjukhus. Under 2002/2003 gjordes en utvärderande studie om Centralsjukhuset Kristianstads friskvårdsprogram. Det som undersöktes var hur många som använde det dåvarande friskvårdsprogrammet, vad som påverkade användandet och om det genererade lärande kring den egna hälsan. I studien framkom det att nära hälften av de anställda hade nyttjat friskvårdsprogrammet vid något tillfälle och att över hälften upplevde att den fysiska och psykiska hälsan förbättrats. Studien visade även att av dem som börjat delta i de erbjudna friskvårdsaktiviteterna upplevde 57 procent en ökad medvetenhet kring den egna hälsan (Eriksson & Karlsten, 2003).

Problemprecisering

Som litteraturgenomgången visat har hälsan på arbetsplatsen blivit allt mer viktig. För att få en friskare personal och högre frisknärvaro måste ett hälsofrämjande arbete vara en del av den dagliga rutinen på arbetsplatsen. En åtgärd i ett sådant arbete kan vara hälsofrämjande aktiviteter som till exempel friskvård. Det har dock riktats en del kritik mot friskvård. Frågor om vad friskvårdaktiviteterna bidrar med och om det är bara de redan frälsta som nyttjar aktiviteterna bör ställas, för att ta reda på om friskvårdsaktiviteter gör någon nytta över huvud taget. Vi vill därför undersöka hur användningen av Centralsjukhuset Kristianstads friskvårdsprogram ser ut. Ur en folkhälso pedagogisk synvinkel vill studien också belysa om användningen av aktiviteterna bidrar till motivation och lärande. Motivation och lärande är av avgörande betydelse för om friskvårdsinsatserna kommer ha någon effekt på de anställdas hälsa.

De teoretiska utgångspunkterna i studien är *holistiskt* och *salutogent perspektiv* på hälsa samt *Illeris tredimensionella modell för lärande* vilka har avhandlats tidigare i litteraturgenomgången. Utgångspunkterna har varit referensramar när vi beskrivit och tolkat resultatet, men har även genomsyrat vårt tänkande i hela arbetet med uppsatsen. Med utgångspunkt i litteraturgenomgång och resonemanget kring problemprecisering samt teoretiska utgångspunkter har följande syfte formulerats.

3. Syfte

Syftet var att undersöka användningen av friskvårdsprogrammet samt vilka faktorer som motiverade till användning av programmet. Vi ville även undersöka om det genom nyttjandet av aktiviteter i friskvårdsprogrammet förekom motivation till förbättring och bibehållande av den egna hälsan samt ett lärande om den egna hälsan.

4. Material och metod

Arena för undersökning

Sedan 2002 ingår Centralsjukhuset Kristianstad i nätverket hälsofrämjande sjukhus. Centralsjukhuset Kristianstad har därmed tagit fram en friskvårdspolicy som riktar sig mot sjukhusets 2344 anställda (se fördelning av kön, ålder och yrkesfördelning på Centralsjukhuset Kristianstad, tabell 1). Utifrån policyn har det utarbetats olika projekt för att nå upp till de kriterier som kännetecknar ett hälsofrämjande sjukhus, exempelvis ett friskvårdsprogram som ska främja medarbetarnas hälsa. Friskvårdsprogrammets aktiviteter presenteras i ett häfte "Främja hälsan" som uppdateras med jämna mellanrum. Under höstterminen 2006 erbjöds de anställda cirka 80 blandade aktiviteter, som till exempel Friskis & Svettis, teater och måltidskomponering i viktlinjen (Centralsjukhuset Kristianstad & Hässleholms Sjukhusorganisation, 2006).

Tabell 1. Fördelning av kön, ålder och yrkeskategori, 2006, bland anställda på Centralsjukhuset Kristianstad.

<i>Variabler</i>	Antal	Andel (%)
<i>Kön</i>		
Kvinna	1995	85,1
Man	349	14,9
<i>Ålder</i>		
-34	425	18,1
35-49	987	42,1
50-	932	39,8
<i>Yrkeskategori*</i>		
Läkaregrupp	268	11,4
Undersköterskegrupp	583	24,9
Sjuksköterskegrupp	867	37,0
Servicegrupp	198	8,4
Rehabiliteringsgrupp	83	3,5
Administrativ grupp	310	13,2

* Läkaregrupp: läkare specialist, allmän tjänstgöring och specialist tjänstgöring. Undersköterskegrupp: undersköterskor, sjukvårdsbiträde och barnskötare. Sjuksköterskegrupp: sjuksköterskor, biomedicinsk analytiker och ortoptist. Servicegrupp: köks-, transport- och städpersonal. Rehabiliteringsgrupp: arbetsterapeut, sjukgymnast och kurator. Administrativgrupp: administrativ personal och läkarsekreterare.

Val av metod

Det empiriska upplägget i studien var kvantitativt. Vi valde att ta oss an syftet med kvantitativ metod för att kunna generalisera resultatet och göra jämförelser mellan grupper. För att undersöka syftet valdes att genomföra en studie av tvärsnittskaraktär, vilket ger en ögonblicksbild. En tvärsnittstudie är en typ av observationsstudie som innebär att det faktiska skeendet studeras. Observationsstudien är den vanligaste inom de folkhälso- och samhällsvetenskapliga disciplinerna (Ejlertsson, 2003). För att genomföra den kvantitativa tvärsnittstudien valde vi att använda enkät som metod för datainsamling.

Genomförande

Intervjuer, enkätkonstruktion och pilotstudie

För att underlätta konstruktionen av enkätfrågorna valde vi att intervjua två medarbetare från två olika avdelningar på Centralsjukhuset Kristianstad. Intervjuerna ägde rum i mitten av oktober och tog ungefär 45 minuter per person. Vi fick ökad förståelse för medarbetarnas tankar kring begreppet hälsofrämjande sjukhus samt friskvårdspolicyn och friskvårdsprogrammet. Samtidigt fick vi testa olika frågor som vi tänkt kring tidigare för att sedan utveckla och precisera dessa för att svara till syftet. Enkäten var ett samarbete med två andra uppsatspar. Tillsammans med dem formulerades ett antal bakgrundsfrågor. Sedan delades arbetet upp och vi konstruerade egna enkätfrågor inom respektive ämnesområde. Vår del av enkäten, frå-

ga 6-20, behandlade medarbetarnas hälsa, deras syn på friskvård och friskvårdsprogrammet (se bilaga 2). En pilotstudie med den konstruerade enkäten genomfördes under vecka 45 bland ett tiotal anställda vid ett annat sjukhus. Resultatet från pilotstudien visade att ett litet antal frågor uppfattades som diffusa och dessa förbättrades.

Enkätundersökning

Undersökningsgruppen bestod av anställda på Centralsjukhuset Kristianstad. Samarbetet med de två andra uppsatsparen gjorde det möjligt att skicka ut cirka 800 enkäter. Personalavdelningen på Centralsjukhuset Kristianstad gjorde ett slumpmässigt urval av de 2344 anställda vilket bildade ett stickprov på 794 individer. Av de 794 var det fyra individer som inte var möjliga att nå, bland annat på grund av avslutad tjänstgöring.

Vi valde att genomföra enkätundersökningen anonymt. Det betyder att informanterna inte går att identifiera (Ejlertsson, 2003). Valet av anonymitet gjordes dels för att underlätta arbetet för oss genom att undvika kodlistor med mera, dels för att om möjligt höja svarsfrekvensen. Allt administrativt arbete har skett i samarbete med de två andra uppsatsparen. Enkätformuläret lämnades ut i november 2006 till 794 anställda vid Centralsjukhuset Kristianstad. Kuvert med enkät, följebrev samt svarskuvert lämnades ut i de anställdas fack. För att bibehålla anonymiteten skickades påminnelse ut till hela undersökningsgruppen cirka en vecka efter första utskicket och ytterligare två påminnelser sändes ut via sjukhusets Intranät. Påminnelser skickades ut för att höja svarsfrekvensen. De anställda som inte hade svarat kunde hämta enkät och svarskuvert på bestämd plats på sjukhuset. Ifyllda enkäter postades sedan med intern post till Högskolan Kristianstad. Sista dag för mottagande av inskickade enkäter var den 21 januari 2007.

Databearbetning

Data bearbetades med hjälp av dataprogrammet SPSS – Statistical Package for Social Sciences version 12.0. Arbetet med inmatning av enkäter delades upp mellan de tre uppsatsparen. När all inmatning var klar förvarades enkäterna inlåsta i ett dokumentskåp på högskolan och de förstörs när slutbearbetningen är klar. Data kommer användas dels till C-uppsatsarbete dels för högskolans fortsatta studier under 2007/2008.

Statistiska metoder

Den statistiska metod som använts vid hypotestestning är chitvåtest och signifikansnivån preciserades till 0,05. Även korrelationsberäkning gjordes enligt Pearson.

Variabeldefinitioner

Fråga 1: Respondenterna födelseår omvandlades i SPSS till ålder. Sedan delades åldrarna in på följande sätt; *lägsta åldern till 34 år, 35 år till 49 år, 50 år till den högsta förekommande åldern.*

Fråga 3: Fördelning av yrke gjordes i enkäten efter rekommendationer från Centralsjukhuset Kristianstad där fjorton olika yrkesgrupper presenterades. Sedan delade vi in yrkesgrupperna i sex mer övergripande grupper för att underlätta presentationen av datamaterialet. Grupperna blev en *läkargrupp* (läkare, specialist, allmän tjänstgöring (AT), specialist tjänstgöring (ST)), en *undersköterskegrupp* (undersköterska, sjukvårdsbiträde, barnskötare), en *sjuksköterskegrupp* (sjuksköterska, biomedicinsk analytiker (BMA), ortoptist), en *servicegrupp* (köks-,

transport- och städpersonal), en *rehabiliteringsgrupp* (arbetsterapeut, sjukgymnast och kurator) och en *administrativgrupp* (administrativ personal, läkarsekreterare).

Fråga 5: En indelning av anställningstiden gjordes för att underlätta analysen. Indelningen av anställningstiden blev *fem år och mindre, sex till tjugo år samt tjugoett år eller mer*.

Fråga 6: Svartalternativen på frågan om hälsotillståndet delades in i *bra* och *mindre bra* till analysen. *Mycket bra* och *ganska bra* blev *bra*, medan *varken bra eller dåligt, ganska dåligt* och *mycket dåligt* blev *dåligt*.

Fråga 10: På frågan om hälsan är ett eget ansvar delades svartalternativen in i två grupper, *instämmer i stor utsträckning* (1-3) och *i mindre utsträckning* (4-6).

Fråga 11: Svartalternativen på frågan om friskvårdssatsningar i allmänhet delades in i två grupper. *Mycket bra* och *ganska bra* resresenterar *bra*. Medan *varken bra eller dåligt, ganska dåligt* och *mycket dåligt* blev *dåligt*.

Fråga 12: På frågan vad friskvårdsprogrammets aktiviteter har att erbjuda delades svartalternativen in i *bra* (*mycket bra* och *ganska bra*), *dåligt* (*varken bra eller dåligt, ganska dåligt* och *mycket dåligt*) och *vet ej, känner ej till*.

Fråga 14: På frågan om nyttjande av friskvårdsprogrammet tillhör svartalternativen *enstaka gånger, en till flera gånger i månaden* och *en till flera gånger i veckan* gruppen *användare*. *Inte alls* blev *inte användare*. Dessa indelningar gjordes dels för förtydligande i den deskriptiva delen, dels för att underlätta för analys.

Fråga 16: Utvalda variabler delades upp i två grupper för att skapa ett motivations- och ett lärandeindex. **Motivationsindexet** omfattade variablerna; *inspiration att komma igång, jag känner mig mer benägen att förändra min livsstil, det är roligt, jag känner mig mer motiverad* och *min nyfikenhet ökar*. **Lärandeindexet** bestod av variablerna; *får kunskap om att må bra, jag ser hälsa på ett nytt sätt, jag har blivit mer medveten om min hälsa, lär mig av att göra saker* och *jag har fått mer information om hälsa*. Indexen skapades genom att svarsvärdena för de olika variablerna adderades. Båda indexen kunde variera mellan 5 till 30. För att kunna dela indexen i två grupper, hög och låg motivation respektive högt och lågt lärande, räknades medianen ut. I motivationsindexet motsvarade hög motivation 5 till medianen 14 och låg motivation 15 till 30. För lärandeindexet i sin tur var värdena 5 till medianen 16 högt lärande och 17 till 30 lågt lärande. Övriga variabler som tillhörde fråga 16 som jämfördes med indexen delades in i två grupper. Grupperna blev indelade i *instämmer* och *instämmer inte alls*.

Fråga 20: På frågan om man i avsaknad av friskvårdsprogrammet ändå skulle delta i friskvårdsaktiviteter sammanslogs svartalternativen *nej* och *ej aktuellt* till att bli enbart *nej*, medan *ja* och *vet ej* förblev desamma inför analysen.

Etiska överväganden

Innan studien genomfördes skickades en ansökan i november 2006 till etikrådet på institutionen för hälsovetenskaper på Högskolan Kristianstad. Ansökan blev godkänd med Dnr ER2006-60.

Vetenskapsrådet beskriver fyra forskningsetiska principer. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Ejlertsson, 2005). Vi valde att tillgodose informationskravet genom det följebrev som kom tillsammans med enkäterna. Samtycke skedde genom att de anställda på sjukhuset besvarade och skickade enkäten till högskolan. Vad gäller konfidentialitetskravet behandlades enkäterna anonymt, vilket gör att ingen kan ta reda på vem som svarat på vilken enkät. För att uppfylla nyttjandekravet informerades det i följebrevet om att data som samlades in skulle användas till C-uppsatsarbete och för högskolans del till fortsatta studier 2007/2008.

De etiska riskerna med studien kan vara att hälsa är ett känsligt ämne för en del människor vilket kan göra att de inte känner riktigt för att svara på så personliga frågor. En annan aspekt kan vara att medarbetarna kanske berättar för varandra om att de fått svara på en enkät om deras hälsa och lärande. De medarbetare som inte var med kan känna att de blev förbisedda och att de också hade någon viktig synpunkt att komma med, men som de inte fick framföra. Nyttan med studien är att Centralsjukhuset Kristianstad får en utvärdering av friskvårdsprogrammet, i vilken det visar sig om friskvårdsprogrammet svarar upp till Centralsjukhuset Kristianstads syfte om att medarbetarna ska bibehålla och utveckla en god hälsa. Samtidigt identifieras programmets styrkor och svagheter för att underlätta utvecklingsarbetet med friskvårdprogrammet. Ytterligare nytta är att medarbetarna får vara med och påverka Centralsjukhuset Kristianstads arbete med hälsa genom att delta i enkätundersökningen, vilket ökar delaktigheten som i sin tur kan bidra till ökad hälsa.

5. Resultat

Resultatavsnittet börjar med en deskriptiv del som behandlar respondenternas bakgrund samt allmänt om hälsa, friskvård och friskvårdsprogrammet. Vidare i en analytisk del avhandlas skillnader i användande av friskvårdsprogrammet vilket även ställs i relation till motivation och lärande. Avslutningsvis sammanfattas de viktigaste resultaten.

Deskriptiv del

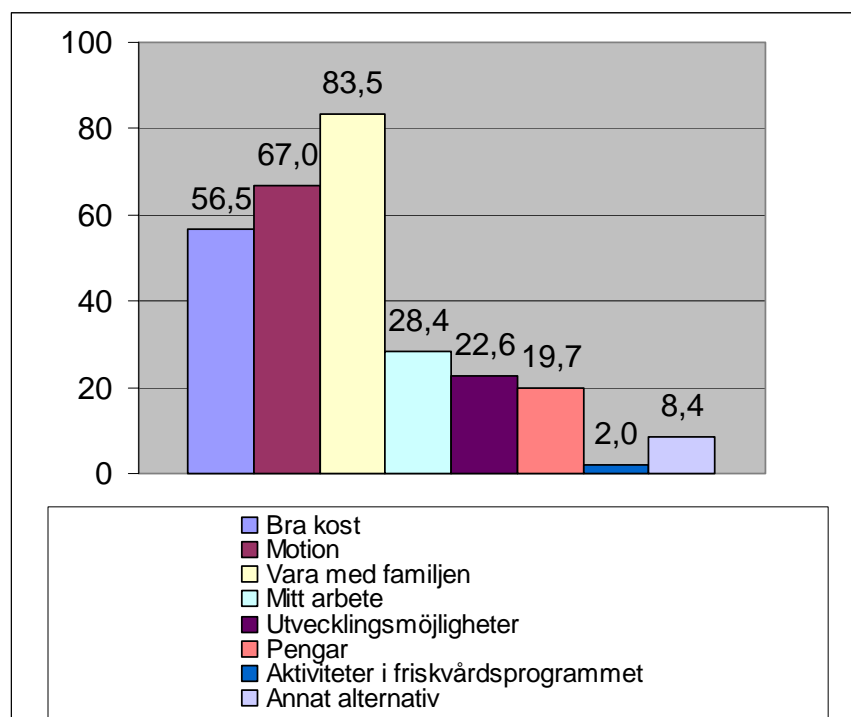
Svarsfrekvensen totalt i undersökningen var 483 svaranden av 790 utlämnade enkäter, vilket betyder att 61,1 procent deltog. Medelåldern på respondenterna i undersökningen var 45 år.

Bakgrundsvariabler

Åldersfördelningen visade att 19,0 procent av de svarande var 34 år och yngre. Andelen kvinnor bland de svarande var 86,6 procent. Undersköterske- och sjuksköterskegruppen var de största representerade grupperna med sina 23,5 procent respektive 39,0 procent. En övervägande del av de anställda i undersökningen har varit anställda i 21 år eller längre (se tabell 2).

Tabell 2. Ålder, kön, yrke och anställningstid hos undersökningsgruppen

Variabel	Antal	Andel (%)
<i>Ålder (n=469)</i>		
-34	89	19,0
35-49	209	44,6
50-	171	36,5
<i>Kön (n=478)</i>		
Kvinna	414	86,6
Man	64	13,4
<i>Yrke (n=469)</i>		
Läkaregrupp	38	8,1
Undersköterskegrupp	110	23,5
Sjuksköterskegrupp	183	39,0
Servicegrupp	36	7,7
Rehabiliteringsgrupp	16	3,4
Administrativ grupp	86	18,3
<i>Anställningstid (n=480)</i>		
Mindre än 2 år	63	13,1
2 till 5 år	61	12,7
6 till 10 år	55	11,5
11 till 20 år	89	18,5
21 år eller mer	212	44,2

**Figur 4.** Svartsandel (%) på vad som bidrar till att må bra (n=452).

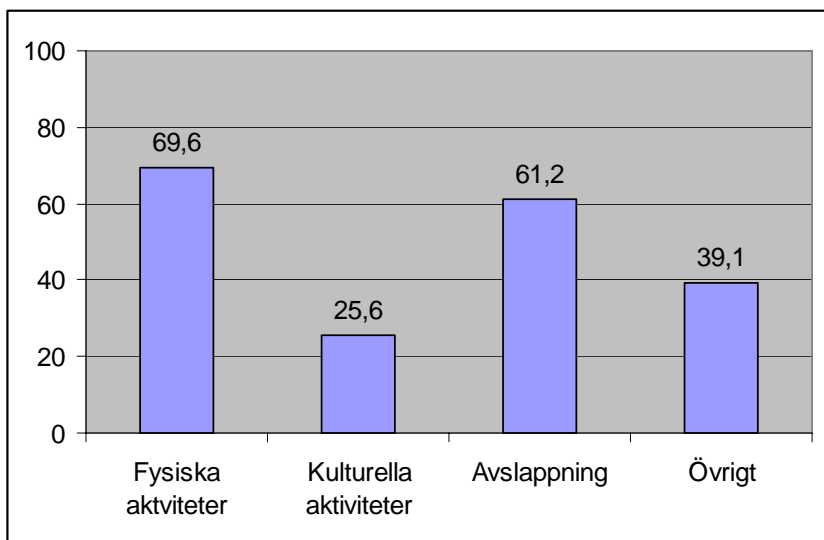
Respondenternas syn på hälsa

Bland de svarande ansåg 33,1 procent att hälsotillståndet var mycket bra, medan 56,9 procent tyckte ganska bra, 8,4 procent varken bra eller dåligt, 1,3 procent ganska dåligt och 0,4 procent mycket dåligt (n=478). Den andel som i stor utsträckning instämde i att hälsa är ett eget ansvar var 92,2 procent (n=477). Fördelningen av faktorer som angavs bidra till att man mår bra visas i figur 4. Summan av de olika variablerna utgör mer än 100 procent då varje respondent fick välja tre alternativ. Det populäraste alternativet var att vara tillsammans med familjen, medan aktiviteter i friskvårdsprogrammet rankades lägst (se figur 4).

Friskvård och friskvårdsprogrammet

Friskvårdsåtgärder i allmänhet ansåg 85,5 procent vara bra. På frågan om man utför någon form av friskvårdsaktivitet på fritiden utanför Centralsjukhuset Kristianstads friskvårdsprogram, svarade 85,8 procent ja. Om friskvårdsprogrammet skulle upphöra rapporterade 57,2 procent att de ändå skulle delta i friskvårdsaktiviteter på fritiden, medan 7,5 procent svarade att de inte skulle det. Andelen som svarade vet ej var 26,9 och för 8,4 procent var frågan inte aktuell. Åsikterna om aktiviteterna i häftet "Främja hälsan" fördelade sig så att 60,9 procent ansåg att de var bra, 15,1 procent dåligt och 23,9 procent hade ingen åsikt om eller kände inte till programmet (n=476).

Andelen respondenter som nyttjat aktiviteterna i friskvårdsprogrammet, enstaka till flera gånger i veckan, under de senaste 12 månaderna var 45,9 procent. Av dem som inte har nyttjat programmet svarade 74,5 procent att de kan tänka sig att göra det. Figur 5 visar nyttjandegraden av de olika aktiviteterna. Bland de respondenter som tagit del av friskvårdsprogrammet (45,9%) nyttjades de fysiska aktiviteterna och avslappning mest.



Figur 5. Svandsandel (%) av respondenter som har nyttjat fysiska aktiviteter (n=193), kulturella aktiviteter (n=183), avslappning (n=183) och övrigt (n=161) i friskvårdsprogrammet det senaste året.

Gruppen respondenter som nyttjat friskvårdsaktiviteter de senaste tolv månaderna rankade eget intresse som det mest motiverande till att nyttja aktiviteterna i friskvårdsprogrammet. De som inte tagit del av aktiviteterna i friskvårdsprogrammet, 54,1 procent, klassade tidsbrist och friskvårdsaktiviteter på egen hand som de främsta anledningarna till att inte nyttja aktiviteter-

na (se tabell 3). Respondenterna har fått välja högst tre alternativ vilket gör att summan av de olika variablerna utgör mer än 100 procent.

Tabell 3. Rankning av faktorer som påverkar nyttjande och ej nyttjande av friskvårdsprogrammet.

Variabel	Andel (%)
<i>Vad motiverar till nyttjande av friskvårdsprogrammet (n=211)</i>	
Eget intresse	80,6
Rabatter och förmåner	64,5
Arbetskamrater	26,5
Familj	12,8
Vänner utanför arbetet	12,3
Ekonomi	10,9
Hälsoinspiratörer	9,5
Annat alternativ	7,6
Stöd från chef	2,9
<i>Orsaker till att inte nyttja friskvårdsprogrammet (n=250)</i>	
Gör friskvårdsaktiviteter på egen hand	51,2
Tidsbrist	51,2
Geografiska orsaker	28,8
Annat alternativ	14,8
Inget intresse	13,2
Fysiska orsaker	10,8
Inget som passar mig i häftet	9,2
Ekonomi	5,6

Analytisk del

Skillnader i användande och inte användande

I tabell 4 redovisas skillnader om aktiviteterna i friskvårdsprogrammet används eller inte i relation till olika variabler. Tabellen visar att kvinnor i större utsträckning använder programmet än män. De som använder programmet är mer positiva till friskvårdssatsningar i allmänhet. Använder man programmet deltar man i friskvårdsaktiviteter i större utsträckning på fritiden. Om friskvårdsprogrammet på Centralsjukhuset Kristianstad skulle upphöra är sannolikheten större att de som använder programmet även skulle fortsätta nyttja friskvårdaktiviteter på fritiden. Ingen signifikant skillnad har kunnat påvisas mellan anställningstid och nyttjande av programmet. Yrkesgrupp hade heller ingen betydelse för nyttjande av programmet. Aspekterna uppfattningen av hälsotillståndet och om hälsa är ett eget ansvar ställdes mot använder och använder inte programmet. Det visade inte på någon signifikant skillnad (se tabell 4).

Tabell 4. Jämförelse mellan grupperna som använt respektive inte använt friskvårdsprogrammet (%).

<i>Variabel</i>	Använder (n=216)	Använder ej (n=255)	p
<i>Ålder</i>			
-34	20,5	18,5	
35-49	40,0	48,6	
50-	39,5	32,9	0,174
<i>Kön</i>			
Kvinna	93,0	81,0	0,000
<i>Yrke</i>			
Läkaregrupp	11,4	4,7	
Undersköterskegrupp	23,6	21,7	
Sjuksköterskegrupp	36,6	42,9	
Servicegrupp	7,3	8,5	
Rehabiliteringsgrupp	2,8	4,2	
Administrativgrupp	18,3	17,9	0,142
<i>Anställningstid</i>			
-5	23,6	28,7	
6-20	28,2	31,9	
21-	48,1	39,4	0,153
<i>Uppfattning om sitt hälsotillstånd</i>			
Bra	90,3	89,4	0,746
<i>Uppfattning att hälsa är ett eget ansvar</i>			
Ja	91,1	93,3	0,377
<i>Åsikt om friskvårdssatsningar i allmänhet</i>			
Bra	94,4	78,3	0,000
<i>Utför friskvårdsaktiviteter på fritiden</i>			
Ja	93,5	79,2	0,000
<i>Åsikt kring vad aktiviteterna i friskvårdsprogrammet erbjuder</i>			
Bra	84,6	40,9	
Dåligt	8,4	20,1	
Vet ej, känner ej till	7,0	39,0	0,000
<i>Delta i friskvårdaktiviteter även i avsaknad av friskvårdsprogrammet</i>			
Ja	71,4	45,1	
Nej	6,7	23,2	
Vet ej	21,9	31,7	0,000

Motivation

Motivation relaterades till kön, hälsotillstånd och synpunkter på friskvårdsaktiviteter för att studera vilka variabler som hade ett samband med hög motivation. Signifikant skillnad visades mellan hög och låg motivation för variablerna förändrad livsstil, mer medvetenhet om hälsan och att lära av andra (se tabell 6).

Tabell 6. Kön, hälsotillstånd och synpunkter på friskvårdsaktiviteter i relation till hög eller låg motivation bland dem som har använt friskvårdsaktiviteter senaste året (%).

Variabel	Hög motivation (n=110)	Låg motivation (n=80)	p
<i>Kön</i>			
Kvinna	95,4	89,9	0,139
<i>Uppfattning om sitt hälsotillstånd</i>			
Bra	93,6	92,4	0,741
<i>Utför friskvårdaktiviteter på fritiden</i>			
Instämmer	92,7	97,5	0,146
<i>Friskvårdsaktiviteterna har bidragit till förändrad livsstil</i>			
Instämmer	68,2	21,3	0,000
<i>Friskvårdsaktiviteterna har bidragit till ökad medvetenhet om hälsa</i>			
Instämmer	82,7	34,6	0,000
<i>Friskvårdsaktiviteterna har bidragit till lärande av andra</i>			
Instämmer	64,2	23,8	0,000

Lärande

Uppfattningen att friskvårdaktiviteterna är roliga, bidrar till socialt umgänge och en förändrad livsstil samt gör det lättare att hantera vardagen visade på en signifikant skillnad vad gäller högt och lågt lärande. Det fanns ingen signifikant skillnad i lärande i förhållande till användningen av de aktiviteter som erbjuds i häftet "Främja hälsan". Ingen signifikant skillnad återfanns heller i variablerna kön, inställningen till friskvårdssatsningar i allmänhet samt utförande av friskvårdsaktiviteter på fritiden (se tabell 5).

Tabell 5. Kön, ålder och olika synpunkter på friskvårdsaktiviteter i relation till högt eller lågt lärande bland dem som har använt friskvårdsaktiviteter senaste året (%).

<i>Variabel</i>	Högt lärande (n=101)	Lågt lärande (n=87)	p
<i>Kön</i>			
Kvinna	94,0	93,0	0,787
<i>Friskvårdsaktiviteterna är roliga</i>			
Instämmer	98,0	77,0	0,000
<i>Friskvårdsaktiviteterna genererar socialt umgänge</i>			
Instämmer	75,2	36,5	0,000
<i>Friskvårdsaktiviteterna har bidragit till förändrad livsstil</i>			
Instämmer	74,3	20,7	0,000
<i>Friskvårdsaktiviteterna gör det lättare att hantera vardagen</i>			
Instämmer	89,9	44,2	0,000
<i>Åsikt om friskvårdssatsningar i allmänhet</i>			
Bra	92,0	96,6	0,187
<i>Utför friskvårdsaktiviteter på fritiden</i>			
Ja	94,1	95,4	0,682

Motivation relaterat till lärande

För att studera sambandet mellan motivation och lärande bestämdes korrelationen mellan de båda indexen. Korrelationskoefficienten blev $r=0,81$.

Sammanfattning av resultat

Resultatet visar att 45,9 procent av de svarande hade nyttjat aktiviteter i friskvårdsprogrammet under det senaste året. Kvinnor använde det i större utsträckning än män. Under det senaste året har fysiska aktiviteter och avslappning varit populärare än kulturella och övriga aktiviteter. De som använder programmet var också mer positiva till friskvårdssatsningar i allmänhet än de som inte använde det. Nyttjade man friskvårdsprogrammet var även omfattningen av fysiskt aktivitet på fritiden stor och man var också mer positivt inställd till aktiviteterna som erbjöds i häftet "Främja hälsan". Nyttjade man friskvårdsprogrammet kan man tänka sig att fortsätta använda friskvårdsaktiviteter på fritiden vid avsaknad av ett friskvårdsprogram. De faktorer som motiverade mest till användande är eget intresse samt rabatter och förmåner.

Hög motivation var relaterat till om friskvårdsaktiviteterna bidrog till en förändrad livsstil, men även till en ökad medvetenhet om hälsa. Instämde de svarande i att man lär sig av andra vid nyttjande av friskvårdsprogrammet förekom det också en hög motivation. Lärande skedde i hög grad om friskvårdsaktiviteten upplevdes som rolig och om man tyckte att socialt umgänge var viktigast vid nyttjande av friskvårdsprogrammet. Ett samband mellan högt lärande

och en ökad benägenhet att förändra sin livsstil har påvisats. Upplevelsen att det var lättare att hantera vardagen var även det kopplat till högt lärande.

6. Diskussion

Avsnittet inleds med en metoddiskussion i vilket ett resonemang förs kring studiens svagheter och styrkor. Därefter följer en resultatdiskussion som behandlar användandet av aktiviteterna i friskvårdsprogrammet. Motivation och lärande diskuteras sedan utifrån the Stages of Change Model. Diskussionen avslutas med en slutsats innehållande folkhälsovetenskaplig relevans.

Metoddiskussion

De positiva aspekterna av denna kvantitativa studie var att många har fått komma till tals, det vill säga fått delge sin åsikt om hälsa och friskvårdsprogrammet. Följden av det blev ett relativt stort datamaterial som tillät analyser i olika grupper. Att stickprovet var så pass stort som 794 individer gjorde att studien också fick högre statistisk styrka.

Bortfall

Vi anser att vi har följt riktlinjerna i Ejlertssons (2005) bok *Enkäten i praktiken* vid utformandet av enkäten och genomförandet av undersökningen. Ejlertsson påpekar att det är viktigt att anstränga sig för att minimera bortfallet. Enkäten och följebrevet var väl genomtänkta i sin utformning. Påminnelser skickades även ut för att höja svarsfrekvensen.

Svarsfrekvensen i studien var 61,1 procent. Önskvärd svarsfrekvens är över 80 procent för en mer trovärdig tolkning av resultatet. I och med att respondenterna i enkäten var anonyma har vi inte haft möjlighet att göra en analys av bortfallsgruppen då vi inte vet vilka det var. Därför jämfördes studiens ålders-, köns- och yrkesfördelning med Centralsjukhuset Kristianstads verkliga fördelning av personalen. Skillnaderna i åldersfördelning var minimala förutom i den högsta åldersgruppen, ålder från 50 år, där en skillnad på 3,3 procentenheter återfanns. Könsfördelningen visade att 86,6 procent av respondenterna var kvinnor och 13,4 procent var män. Motsvarande siffror på Centralsjukhuset Kristianstad visade att 85,1 procent var kvinnor och 14,9 procent var män. Skillnaderna i yrkesfördelningen var också små, även om respondenter från läkargruppen var representerade i högre utsträckning och den administrativa gruppen hade lägre representation. I sin helhet var avvikelserna från Centralsjukhuset Kristianstads verkliga ålders-, köns- och yrkesfördelning rimligen små och därmed borde resultatet ej påverkas i dessa avseenden.

Det externa bortfallet kan bero på att anställda på Centralsjukhuset Kristianstad inte var insatta i friskvårdsprogrammet och därmed avstod från att svara på enkäten. Vi borde kanske ha varit ännu tydligare med att enkäten riktade sig till alla och inte bara de som deltog i friskvårdsprogrammet. Om bortfallet i högre utsträckning innehöll individer som inte använde friskvårdsprogrammet innebär det att uppgifterna om användning av programmet skulle kunna vara lägre än de presenterade. En annan orsak till det externa bortfallet kan bero på att det genomförs en del enkätundersökningar på sjukhuset. Konsekvensen av det kan vara att de anställda upplever en mättnad av att svara på enkäter.

Validitet och reliabilitet i enkäten

I enkätundersökningar är det viktigt att ta hänsyn till validitet och reliabilitet. Enkätfrågans förmåga att mäta det den är avsedd att mäta benämns validitet, medan reliabiliteten blir hög om det vid upprepade mätningar ger samma utfall (Ejlertssons, 2005). Då vi inte kan upprepa undersökningen har vi ingen möjlighet att värdera reliabiliteten, mer än i de frågor som använts vid tidigare studier. Däremot kan vi resonera kring hur väl våra enkätfrågor mätte det de var avsedda att mäta.

På fråga 12 i enkäten var ett av svarsalternativen *vet ej, känner ej till*, vilket vi inser nu i efterhand består av två svarsalternativ. *Vet ej* innebär att respondenten inte har en åsikt i frågan, medan *känner ej till* innebär att respondenten inte har en aning om vad friskvårdsprogrammet är. Det medför att svarsalternativen inte går att separera, men det har ingen större inverkan på det presenterade resultatet.

I och med att vi gjorde en tvärsnittstudie var vi intresserade av hur det såg ut när studien genomfördes. Vi har därför slagit ihop svarsalternativen *nej* och *ej aktuellt* i fråga 20, då vi ansåg att *ej aktuellt* inbegrep ett tidsperspektiv som inte studien tillät. Är det inte aktuellt just nu tolkades det som ett nej eftersom vi bara ville ha en ögonblicksbild.

Indexen anser vi speglar lärande och motivation, men vissa reservationer finns för om enskilda variabler mätte det de var avsedda att mäta. Det ska dock understrykas att vid indelning av variabler i indexen har vi utgått ifrån den pedagogiska litteratur som använts i studien, för att så stor utsträckning som möjligt ha grund i ett pedagogiskt förhållningssätt. Vidare var korrelationskoefficienten mellan de båda indexen 0,81 vilket visade på ett starkt samband mellan motivation och lärande. Med hänsyn till den teoretiska kopplingen mellan motivation och lärande styrks då validiteten i indexen.

Med internt bortfall menas att en fråga i en enkät inte har besvarats alls eller i mindre utsträckning än andra frågor (Ejlertssons, 2005). Vi kunde identifiera en lägre nivå av besvarande av fråga 15 som handlade om vilka aktiviteter som respondenterna har använt. Orsakerna till att det blev så kan förklaras utav att svarsalternativen för varje aktivitet var *ja* eller *nej*. En stor del av respondenterna verkade ha fyllt i det de gjorde genom att kryssa för alternativet *ja*, men sedan missat att sätta kryss för det de inte gjorde. I efterhand inser vi att det endast hade behövts en ruta per aktivitet där respondenterna hade kunnat kryssa för om de hade nyttjat aktiviteten.

Resultatdiskussion

Syftet var, som tidigare beskrivits, att undersöka användningen av friskvårdsprogrammet samt vilka faktorer som motiverade till användning av programmet. Vidare ville vi även undersöka om det genom nyttjandet av aktiviteter i friskvårdsprogrammet förekom motivation till förbättring och bibehållande av den egna hälsan samt ett lärande om den egna hälsan. Med utgångspunkt i syftet följer en diskussion kring resultatet.

Användning av friskvårdsprogrammet

Resultatet visade att 45,9 % av de tillfrågade hade nyttjat aktiviteterna i friskvårdsprogrammet under de senaste 12 månaderna. Den tidigare studien från 2002/2003 redovisade att 48 procent deltagit i någon omfattning i aktiviteterna i friskvårdsprogrammet det senaste året (Eriks-

son & Karlsten, 2003). Det förefaller alltså som att ingen större förändring i användning av programmet har skett under de fyra år som gått. Trots det visade resultatet att 85,5 procent av respondenterna hade en positiv inställningen till friskvård i allmänhet. Det fanns vidare en signifikant skillnad på så sätt att de som använde friskvårdsprogrammet var mer positiva till friskvårdssatsningar än de som inte använde programmet. En slutsats som kan dras av det är att de som nyttjar friskvårdsprogrammets aktiviteter till stor del redan är ”frälsta”, det vill säga att de redan nyttjade friskvårdsaktiviteter. Enligt Hanson (2004) är det ofta fallet när det kommer till interventioner av typ friskvårdsprogram. Av resultatet framkom det också att de som aktivt tog del av friskvårdsprogrammet var mer positiva till de aktiviteter som programmet erbjöd än de som inte deltog. Svederberg et al. (2001) menar att ju längre tiden går med ett nytt beteende desto fler positiva resultat förekommer. Vi uppfattar att när ett positivt beteendat beteende väl har befasts genom deltagande i friskvårdsprogrammets aktiviteter skapas en positiv inställning till de erbjudna aktiviteterna i programmet.

Vidare skildrade resultatet att kvinnor deltog i friskvårdsprogrammets aktiviteter i större utsträckning än män. Det kan tolkas som att kvinnor tilltalar mer av hälsofrämjande aktiviteter som presenteras i form av ett programkoncept. Studien om programmet Move & Improve visade att kvinnor även i det sammanhanget dominerade användningen av programmet. Antalet kvinnor sjönk något under 2004 då högre rekrytering av män förekom för att jämna ut könsskillnaderna (Polacek et al., 2006). Enligt Vingård och Kilbom (1996) är män mer fysiskt aktiva än kvinnor. Kvinnor är också generellt mer sjuka än män. Resultatet visade dock på motsatsen, det vill säga att kvinnor nyttjade friskvårdsprogrammet mer än män. Det kan betyda att kvinnor blivit mer medvetna om hälsa och att de därmed deltar i fler hälsofrämjande aktiviteter. Vidare har det i resultatet inte påvisats någon signifikant skillnad i hälsotillstånd mellan dem som använde, vilket var övervägande kvinnor, respektive inte använde aktiviteterna i programmet.

De aktiviteter som nyttjades mest var fysiska aktiviteter (69,9 %) och avslappning (61,2 %). Även i studien från 2002/2003 dominerade användning av fysiska aktiviteter och avslappning (Eriksson & Karlsten, 2003). Motion är en del av fysiska aktiviteter och blev rankat på andra plats, 67,0 procent, som en betydelsefull faktor till att må bra. Det ska lyftas fram att de anställda på Centralsjukhuset Kristianstad är av den åsikten att motion skapar välmående. Resultatet är viktigt eftersom fysisk aktivitet har en sådan betydande roll för den individuella hälsan, men även för folkhälsan med tanke på alla de välevnadssjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdom, som finns i dagens samhälle. Resonemanget styrks med det nionde folkhälsopolitiska målområdet som behandlar fysisk aktivitet och dess förutsättning för utvecklandet av en god hälsa (Socialstyrelsen, 2002). Orsaker till att avslappning hamnade på andra plats i rankningen av använda aktiviteter kan vara att de anställda har svårt att varva ner efter arbetet. Det kan då tydligt ses att arbetshälsan påverkar den individuella hälsan efter arbetsdagens slut. En studie på ett kanadensiskt universitetssjukhus påpekade just att 82 procent av kvinnorna och 75 procent av männen hade svårt att varva ner efter arbetet (Bergman, Ahmad & Stewart, 2003). Olika metoder för avslappning kan då vara en viktig hälsofrämjande åtgärd.

En annan slutsats som kan dras av att fysiska aktiviteter och avslappning nyttjades mest är att flertalet av de anställda på sjukhuset har ett tungt arbete som påfrestar bland annat rygg, nacke och axlar. Anledningen till att använda sådana aktiviteter blir då för att orka med den belastning som finns i arbetet. En svensk studie från 1997 visade att 84 procent av de studerade sjuksköterskorna led av smärta i rygg, nacke och axlar. Smärtan orsakades till största del av belastningen i arbetet. Av de 285 som deltog i studien hade hälften vid något tillfälle, under de tre åren som studien pågick, smärta i de nämnda områdena (Josephson, Lagerström, Hag-

berg & Hjelm, 1997). Ytterligare en studie från 2004 med samma inriktning har gjorts i Kina. Den visade att prevalensen för smärta i rygg, axlar och nacke låg på 70 procent, det vill säga att även där var smärta vanligt förekommande (Smith, Wei, Kang & Wang, 2004). En annan studie från USA drog slutsatsen att hälsorisker för individen ska identifieras så att aktiviteter som främjar en god hälsa kan föreslås. Aktiviteterna kan vara en del av ett program vars syfte är att skapa en hälsofrämjande beteendeförändring hos individen (Fielding & Piserchia, 1989). För att bevara medarbetarnas hälsa på Centralsjukhuset Kristianstad är det viktigt att det sätts på relevanta aktiviteter.

Det har konstaterats att fysisk aktivitet och avslappning var de vanligaste aktiviteterna. Frågan är därefter vad det var som motiverade till användning. Resultatet i tabell 2 visade att eget intresse samt rabatter och förmåner motiverade mest till att använda friskvårdsprogrammet. För den inre motivationen är det egna intresset väsentligt för att bli motiverad (Granbom, 1998). En annan viktig motivationsfaktor var rabatter och förmåner, vilket kan uppfattas som en yttre motivation. Vid belöningar, som till exempel rabatter och förmåner, blir dock motivationen endast bestående så länge den yttre kontrollen finns kvar (Ibid). Den faktor som rangordnades lägst som motivation till nyttjande av aktiviteterna var stöd från chefen (2,9 %). Det visar att chefen inte ses som någon som påverkar motivationen för friskvårdsprogrammet i någon större utsträckning. En fördjupning av chefsens betydelse beskrivs mer ingående i en annan uppsats som redovisar data från samma enkät (Liljenberg & Nilsson, 2007). En annan motivationsfaktor skulle kunna vara hälsoinspiratörerna. De är en till två personer, som förutom ordinarie arbete, på frivillig basis är engagerade att stimulera hälsoarbetet på varje avdelning på sjukhuset. Vårt resultat visade på att 9,5 procent upplevde hälsoinspiratörerna som en motivationsfaktor. Deras roll belyses i en annan uppsats arbete relaterat till samma enkätundersökning (Gadd-Andersson & Nilsson, 2007).

Förutom vad som motiverade till användning, tillfrågades respondenterna om vad som gjorde att friskvårdsprogrammet inte nyttjades. Respondenter som inte hade nyttjat aktiviteterna i friskvårdsprogrammet ansåg att de viktigaste faktorerna till det var tidsbrist, att man redan utför friskvårdsaktiviteter på egen hand samt geografiska orsaker. Vad tidsbrist består i kan till exempel vara att det inte finns tid efter arbetsdagens slut. Detta med tanke på ytterligare arbete i hemmet och speciellt då för kvinnor (Vingård & Kilbom, 1996). Ytterligare orsaker till tidsbrist kan bero på ineffektiv tidsplanering (Faskunger, 2002). Resultatet visade även att geografiska orsaker rankades högt som orsak till att inte nyttja aktiviteterna. Det behöver alltså inte bara bero på tidsbrist utan faktorer som att inte bo på orten där aktiviteterna erbjuds försvårar användningen av friskvårdsprogrammet. Vidare kan vi se att respondenterna utför friskvårdsaktiviteter på fritiden, vilket får uppfattas som ett eget intresse. Det egna intresset är som tidigare beskrivits betydelsefullt för den inre motivationen, men även som en förutsättning för lärande.

Motivation och lärande i friskvårdsaktiviteterna

Relationen mellan hög motivation och högt lärande studerades genom beräkning av korrelationskoefficienten $r=0,81$, vilket tyder på ett starkt samband. Det betyder att om respondenterna hade en hög motivation hade de även ett högt lärande, det vill säga sambandet mellan motivation och lärande kunde också visas från empiriska data. Vidare visade resultatet att hög motivation, men även högt lärande, hade en koppling till en förändrad livsstil vid nyttjandet av friskvårdsaktiviteterna. Med hänsyn till detta kommer resultat som behandlar motivation och lärande diskuteras utifrån *the Stages of Change Model* som innehåller olika steg till livsstilsförändring.

Resultatet visade att det fanns en koppling mellan om respondenterna ansåg att friskvårdsaktiviteterna bidrog till ökad medvetenhet om den egna hälsan och hög motivation. En ökad medvetenhet förutsätter att individen tar till sig kunskaper, vilket sker i modellens andra steg, *contemplation*. Kunskaperna används sedan för att kunna ta ett beslut om det är värt att göra en förbättring av livsstilen. Att deltagarna i friskvårdsprogrammet har fått fler kunskaper om hälsa visades bland annat genom att i rankningen av vad som får respondenterna att må bra hamnade kosten på tredje plats. Utifrån att kosten rankades så högt kopplat till att må bra dras slutsatsen att respondenterna är medvetna om kostens inverkan på hälsan. Även i det tionde folkhälsopolitiska målområdet, det vill säga goda matvanor och säkra livsmedel, framhålls det att de flesta människor i Sverige är medvetna om fördelarna med en varierad kost (Socialdepartementet, 2002). Fortsatt ger en ökad medvetenhet en ökad inre motivation. Inre motivationen är enligt Granbom (1998) viktig för att en livsstilsförändring ska ske.

Resultatet demonstrerade att om socialt umgänge vid nyttjandet av friskvårdsaktiviteterna ansågs viktigt hade det ett samband med högt lärande. Individen söker stöd i sitt sociala umgänge vid förberedelsen att göra en förändring, *preparing to change*. En studie visade att individer utan socialt stöd och missnöje med sociala relationer påverkade hälsan i negativ riktning (Melchior, Berkman, Niedhammer, Chea & Goldberg, 2003). Respondenterna angav att den mest betydelsefulla faktorn till att må bra var att vara med familjen, vilket kan ses som en del av det sociala umgänget. Att familjen har så stor betydelse kan vi se grundar sig i människans behov av stöd från signifikanta andra, vilket även Helkama et al. (2000) antyder. Vidare kan kopplingar dras till Illeris samhälleliga dimension i vilken det sociala är en förutsättning för lärande (Illeris, 2001). Även Vygotskij ser kopplingar mellan det sociala och lärande och menar att lärandet sker i mötet med andra (Bråten, 1998). Då olika individer har olika erfarenheter och kunskaper skapar det en ojämlig kunskapsbas som sedan utjämnas när individerna interagerar med varandra, det vill säga att det sker ett utbyte av kunskaper. Detta resonemang styrks av Svederbergs et al. (2001) tankegångar att individer har varierade uppfattningar på grund av olika kunskaper och erfarenheter, men också på att Säljö (2000) skriver att förutsättningen för lärande är de skiftande uppfattningar som ger varierande resonemang vilka möts när individer interagerar.

Resultatet visade också att det fanns ett samband mellan vikten att lära av andra vid nyttjandet av friskvårdsaktiviteterna och hög motivation. Motivation är en förutsättning för att en livsstilsförändring ska komma till stånd. Förändringen visas genom att individen tar del av någon form av hälsofrämjande aktivitet. Detta sker i det fjärde steget, *making the change*. Faskunger (2002) menar att sannolikheten att en aktivitet ska uppfattas som rolig och social ökar om individen tränar med andra. Även här, likt resonemanget i det andra steget, sker ett möte med andra människor, vilket enligt resultatet gav både ökad motivation och ett lärande. Resultatet pekade också på att om deltagarna i friskvårdsprogrammet upplevde aktiviteterna som roliga skedde ett lärande i hög grad. Pedagogen Dewey menar att om något är roligt ger det förutsättningar för att lärande ska ske (Brinkmann, 2006). Om lärandet upplevs som roligt tillsammans med andra är det en positiv betingelse som uttrycker sig i motivation till att ta del av friskvårdsaktiviteten igen. Helkama et al. (2000) anser att belöning av ett beteende motiverar till att upprepa beteendet. Konklusionen av detta är att motivation och lärande förekommer när aktiviteterna i friskvårdsprogrammet är roliga och sociala.

Resultatet bekräftade att det fanns ett samband mellan ett högt lärande och upplevelsen att det var lättare att hantera vardagen vid nyttjandet av friskvårdaktiviteterna. Är det lättare att hantera vardagen är det också lättare att bibehålla sin livsstilsförändring, vilket är i enlighet med

det sista steget, *maintenance*. Hanterbarhet är en väsentlig del av KASAM-teorin. En konkretisering av begreppet hanterbarhet visades genom en svensk studie på två sjukhus där det i det dagliga arbetet integrerades aktiviteter för att öka lärandet. Kunskaperna som kom utav lärandet gjorde att individen i större utsträckning kunde hantera sin vardag. Sjukhusen ville på så sätt öka hälsan på arbetsplatsen (Nilsson et al., 2005). I upplevelsen att det är enklare med hanteringen kan anses bestå i att individen har reflekterat kring sin situation. Denna reflektion kan relateras till Illeris kognitiva dimension som behandlar individens tänkande i en lärosituation. Tänkandet resulterar i att ett situerat lärande sker, det vill säga ett lärande som är kopplat till ett visst sammanhang (Illeris, 2001). I detta fall kan deltagandet i friskvårdsaktiviteterna identifieras som sammanhanget. Förhoppningen är att individen ska bibehålla sitt hälsosamma beteende och vara kvar i steget *maintenance*. Dock kan återfall ske under hela processen. Vid återfall kan individen identifiera vad som gått snett och lära av detta. Även Kolb menar att individen tar med sig kunskaperna från ett sammanhang och har det som förförståelse i en ny situation där ytterligare lärande sker. Hans lärocirkel visar att lärandet är en livslång process där kunskaper hela tiden sätts i nya sammanhang (Kolb, 1984).

Utifrån diskussionen om motivation och lärande i the Stages of Change Model dras slutsatsen att det förekom motivation till förbättring och bibehållande av den egna hälsan vid nyttjandet av aktiviteterna i friskvårdsprogrammet. Det skedde även vid nyttjandet ett lärande om den egna hälsan. Konsekvensen av det är att de respondenter som använder programmet ges möjligheter att ta del av dess positiva effekter.

Slutsats och folkhälsopedagogisk relevans

Ett folkhälsopedagogiskt synsätt har fokus på att främja det friska och göra det som är bra ännu bättre. Friskvårdsprogrammet på Centralsjukhuset Kristianstad en viktig del i sjukhusets hälsofrämjande arbete, men programmet kan även utvecklas och bli bättre. Hanson (2004) påpekar att friskvårdprogram är lätta att konkretisera och gör det då enklare för medarbetarna att ta till sig. Av diskussionen framkommer det att antalet deltagare i friskvårdsprogrammet inte har förändrats nämnvärt sedan 2002/2003. Arbetet att få fler att delta i programmet blir en stor utmaning för Centralsjukhuset Kristianstad. Förslagsvis kan användandet ökas genom delaktighet. Relaterat till resultatet ser vi att ett mer pedagogiskt förhållningssätt kan behövas för att öka deltagandet. Delaktigheten anser vi inte bara bör vara i aktiviteterna utan också i själva utformandet av friskvårdsprogrammet. En pedagogisk metod som kan användas är PBL – problembaserat lärande. I en svensk studie användes PBL som metod för att diskutera hälsa på arbetsplatsen. PBL-tillfällena utgick från varje enskild individs erfarenheter för att sedan i grupp diskutera fram lösningar på problem i arbetsmiljön, men även olika livsstilsfaktorer som stress och kost (Arneson & Ekberg, 2005). En annan studie utvärderade ett interventionsprogram där delaktigheten bland de anställda var en av tre viktiga delar. Anställda och ledningen planerade och implementerade programmet tillsammans på arbetsplatsen. Resultatet blev en generellt förbättrad hälsa bland personalen (Sorensen, Stoddard, Hunt, Hebert, Ockene, Avrunin, Himmelstein & Hammond, 1998). Tanken med PBL är att samla in de anställdas åsikter och idéer kring friskvårdsprogrammet så att det sedan kan utvecklas efter de anställdas efterfrågan. I diskussionen lyfts det fram att aktiviteter som är roliga och sociala är viktiga för de anställda på Centralsjukhuset Kristianstad. Motivation och lärande i aktiviteterna stimulerar en förändring och bibehållande av hälsan. Cohen & Hales (2002) menar att för att få en friskare och mer positiv personal bör personalen vara en del av det hälsofrämjande arbetet att utveckla fysiska, psykiska och sociala aktiviteter. Ökas delaktigheten i utformandet växer även intresset för programmet och fler än bara de ”frälsta” kommer att delta i aktiviteterna.

Det hälsofrämjande arbetet måste vara långsiktigt för att kunna utvärderas, utvecklas och förbättras. Pelikan et al. (2001) anser att utvecklandet av friskvårdsinterventionerna som finns på hälsofrämjande sjukhus kräver att man utvärderar interventionerna. Sjukhusen har då större möjlighet att ta del av varandras friskvårdsinterventioner och kan vidareutveckla sin verksamhet. Hanson (2004) trycker dock på att varje arbetsplats är unik. Han menar att de utvärderade interventionerna inte ska ses som en mall utan bör anpassas efter varje arbetsplats behov. Tillämpas det på Centralsjukhuset Kristianstad kan andra sjukhus friskvårdssatsningar användas som hjälp till att utveckla det egna friskvårdsprogrammet. Likaså kan andra sjukhus ta del av de resultat Centralsjukhuset Kristianstads friskvårdsprogram genererar. Andra fördelar med ett långsiktigt arbete är att interventionen integreras i verksamheten. Friskvårdsaktiviteter så som friskvårdsprogrammet på Centralsjukhuset Kristianstad är ur folkhälsopedagogisk synvinkel till stor nytta för folkhälsan. En insats som friskvårdsprogrammet kan ha betydande inverkan på minskningen av vällivnadssjukdomar som till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och rörelseorganens sjukdomar. Minskar vällivnadssjukdomarna kommer kostnaderna för samhället i form av sjukskrivningar också att minska. Det resulterar i en friskare befolkning.

7. Referenser

- Andersson, G., Johrén, A., & Malmgren, S. (2004). *Effektiv friskvård. Lönsammare företag*. Stockholm: Prevent.
- Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Arneson, H. & Ekberg, K. (2005). Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. *Health Promotion International*, 20(4): 351-359.
- Bergman, B., Ahmad, F., & Stewart, D.E. (2003). Physician health, stress and gender at a university hospital. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 171-178.
- Brinkmann, S. (2006). *John Dewey. En introduktion*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag.
- Bråten, I. (Red.). (1998). *Vygotskij och pedagogiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Centralsjukhuset Kristianstad & Hässleholms Sjukhusorganisation. (2006). *"Främja hälsan" Program hösten 2006*. Kristianstad: Friskvårdsenheten, Centralsjukhuset Kristianstad.
- Cohen, D. & Hale, J. (2002). Using economics in health promotion. In Burton, R. & Macdonald, G. *Health promotion: disciplines, diversity and developments* (pp 178-196). London: Routledge.
- Egidius, H. (2003). *Pedagogik för 2000-talet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, E., & Karlsten, L. (2003). *Utvärdering av friskvårdsprogram – en enkätundersökning om deltagande, lärande och förändring*. C-uppsats. Kristianstad: Högskolan Kristianstad, Institutionen för hälsovetenskaper.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans Idè*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Faskunger, J. (2002). *Motivation för motion. En handbok för hälsovägledning steg för steg*. Farsta: SISU Idrottsböcker AB.
- Fielding, J.E., & Piserchia, P.V. (1989). Frequency of worksite health promotion activities. *American Journal of Public Health*, 79(1): 16-20.

- Gadd-Andersson, S., & Nilsson, S. (2007). *Hälsoinspiratören – En källa till psykisk, fysisk och social hälsa*. C-uppsats. Kristianstad: Högskolan Kristianstad, Institutionen för hälsovetenskaper.
- Granbom, A-K. (1998). *Att motivera till hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Helkama, K., Myllyniemi, R., & Liebkind, K. (2000). *Socialpsykologi – en introduktion*. Malmö: Liber.
- Hogstedt, C., Bjurvald, M., Marklund, S., Palmer, E., & Theorell, T. (2004). *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Illeris, K. (2001). *Lärande i mötet mellan Piaget, Freud och Marx*. Lund: Studentlitteratur.
- Johnsson, J., Lugn, A., & Rexed, B. (2003). *Långtidsfrisk. Så skapas hälsa, effektivitet och lönsamhet*. Lund: Ekerlids förlag.
- Josephson, M., Lagerström, M., Hagberg, M., & Hjelm, E. W. (1997). Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: A study over a three-year period. *Occupational and Environmental Medicine*, 54: 681-685.
- Kaewthummanukul, T., Brown, K.C., Weaver, M.T., & Thomas, R.R. (2006). Predictors of exercise participation in female hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6): 663-675.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. NJ: Prentice-Hall.
- Liljenberg, L., & Nilsson, A. (2007). *Ledarskapets betydelse för nyttjandet av friskvårdsprogrammet på Centralsjukhuset Kristianstad*. C-uppsats. Kristianstad: Högskolan Kristianstad, Institutionen för hälsovetenskaper.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Medin, J., & Alexanderson, K. (2000). *Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Melchior, M., Berkman, L.F., Niedhammer, I., Chea, M., & Goldberg, M. (2003). Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science Medicine*, 56(8):1817-30.
- Menckel, E. (2004). Arbetsplatsen som arena för hälsoarbete. I Källestål, C. (Red.), Bjurvald, M., Menckel, E., Schaerström, A., Schelp, L. & Unge, C. *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser* (pp 15-17). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health promotion – foundations for practice*. London: Baillière Tindall.

- Nilsson, K., Hertting, A., Petterson, I., & Theorell, T., (2005). Pride and confidence at work: potential predictors of occupational health in a hospital setting. *BMC Public Health*, 5:92.
- Pelikan, J.M., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, 45: 239-343.
- Pellmer, K. & Wramner, B. (2001). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Polacsek, M., O'Brien, L.M., Lagasse, W., & Hammar, N. (2006). Move and Improve: A worksite wellness program in Maine. *Preventing chronic disease*, 3(3): 1-8.
- Smith, D., Wei, N., Kang, L., & Wang, R. (2004). Musculoskeletal disorders among professional nurses in mainland China. *Journal of Professional Nursing*, 20(6): 390-395.
- Socialdepartementet. (2002). *Mål för folkhälsan. Regeringsproposition 2002/03:35*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sorensen, G., Stoddard, A., Hunt, M.K., Hebert, J.R., Ockene, J.K., Avrunin, J.S., Himmelstein, J., & Hammond, S.K. (1998). The effects of a health promotion- health protection intervention on behaviour change: the wellworks study. *American Journal of Public Health*, 88(11): 1685- 1690.
- Svederberg, E., Svensson, L., & Kindeberg, T. (Red.). (2001). *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Prisma.
- Vingård, E., & Kilbom, Å. (1996). Rörelseorganens sjukdomar hos män och kvinnor. I Östlin, P., Danielsson, M., Diderichsen, F., Härenstam, A., & Lindberg, G. (Red.). *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsooperspektiv* (pp 169-185). Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. URL http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

8. Bilagor

Bilaga 1: följebrev

Till dig som arbetar på Centralsjukhuset Kristianstad!

Vi är sex studenter på det folkhälsovetenskapliga programmet på Högskolan Kristianstad och som examensarbete planerar vi en enkätundersökning som grund till våra C-uppsatser. Syftet med studien är att ta reda på din syn på friskvårdsprogrammet. Resultaten kommer också att användas till fördjupade studier vid Högskolan Kristianstad kring arbetshälsa.

Därför skickar vi ett frågeformulär till dig och ca 800 andra slumpmässigt utvalda anställda på Centralsjukhuset Kristianstad. Genom att du delger din åsikt kan sjukhuset få ett underlag till att utveckla friskvårdsprogrammet till att passa er anställda på ett bättre sätt.

Ditt deltagande i undersökningen är naturligtvis frivilligt, men det är betydelsefullt för undersökningens kvalitet, att du som får frågeformuläret besvarar det. Försök svara så fullständigt som möjligt på alla frågorna. Skicka sedan frågeformuläret i bifogat svarskuvert med intern post så fort som möjligt och helst inom en vecka. Enkäterna kommer sedan att skickas vidare till Högskolan Kristianstad.

Dina svar kommer att behandlas anonymt!

Några möjligheter att identifiera just ditt svar finns inte. Presentationen av data kommer att ske i tabellform och andra sammanställningar.

Om du har några problem att besvara frågorna eller har synpunkter på frågeformuläret, ring då gärna något av nedanstående telefonnummer.

Trots att vi förorsakar dig ett visst besvär, hoppas vi att du vill hjälpa oss att delge oss dina åsikter om friskvårdsprogrammet.

Tack på förhand för din medverkan!

Kristianstad, november 2006

Sara Gadd Andersson
Studerande
Tel.

Ann Nilsson
Studerande
Tel.

Heidi Oksenfeld
Studerande
Tel.

Sofie Nilsson
Studerande

Lisandra Liljenberg
Studerande

Sara Säwenmyr
Studerande

Ingemar Andersson
Univ. Lektor, handledare
Tel.

Bilaga 2: enkät

Läs noga igenom frågan med tillhörande svarsalternativ. Svara sedan på frågan genom att sätta ett kryss i rutan på slutet på raden för det svar du anser vara rätt eller mest stämmer med din uppfattning. Endast vid de frågor där det är särskilt utsatt kan du kryssa för flera svarsalternativ. På vissa frågor önskar vi ett **skriftligt** svar och då framgår detta med linjer att skriva på.

1. Vilket år är du född? 19_____

2. Kön? Kvinna_____ (1)
Man_____ (2)

3. Vilket yrke har du? Läkare specialist_____ (1)
AT_____ (2)
ST_____ (3)
Undersköterska/sjukvårds-
biträde/barnskötare_____ (4)
Sjuksköterska/BMA/
ortoptist_____ (5)
Kökspersonal_____ (6)
Transportpersonal_____ (7)
Städpersonal_____ (8)
Arbetsterapeut_____ (9)
Sjukgymnast_____ (10)
Kurator_____ (11)
Administrativ personal_____ (12)
Läkarsekreterare_____ (13)
Medicinteknisk personal_____ (14)

4. Jag arbetar huvudsakligen med Akutvård_____ (1)
Icke-akut verksamhet_____ (2)

5. Hur länge har du varit anställd på CSK? Mindre än 2 år_____ (1)
2-5 år_____ (2)
6-10 år_____ (3)
11-20 år_____ (4)
21 år eller mer_____ (5)

Följande frågor handlar om din hälsa.

6. Hur tycker du på det hela taget att ditt hälsotillstånd är? Mycket bra_____ (1)
Ganska bra_____ (2)
Varken bra eller dåligt_____ (3)
Ganska dåligt_____ (4)
Mycket dåligt_____ (5)

7. Vad får dig att må bra?
Ange **högst tre alternativ**

- Bra kost..... (0-1)
Motion.....
Vara tillsammans med
familjen.....
Mitt arbete.....
Utvecklings möjligheter i
arbete eller fritid, t.ex. kurser
Pengar.....
Aktiviteter i friskvårds-
programmet.....

Annat alternativ.....

8. Innehållet i fråga 8 publiceras inte i uppsatsens slutversion, på grund av att den inte är officiell än.

9. Hur många dagar har du sammanlagt varit hemma från arbetet och varit **sjukanmäld** under de **senaste 12 månaderna** (ange med en siffra 0, 1, 2, 3 etc) _____ dag(ar)

10. Anser du att hälsa är individens eget ansvar?
Ju längre till vänster du placerar ditt kryss desto mer instämmer du med påståendet.

Instämmer helt					Instämmer inte alls	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Följande frågor handlar om friskvård i allmänhet och friskvårdsprogrammet "Främja hälsan". Med friskvård menar vi olika aktiviteter som kan göras för att behålla eller förbättra din hälsa, till exempel motionera eller att äta näringsriktig kost.

11. Vad anser du om friskvårdssatsningar i allmänhet?

Mycket bra	<input type="checkbox"/>	(1)
Ganska bra	<input type="checkbox"/>	(2)
Varken bra eller dåligt	<input type="checkbox"/>	(3)
Ganska dåligt	<input type="checkbox"/>	(4)
Mycket dåligt	<input type="checkbox"/>	(5)

12. Vad tycker du om aktiviteterna som friskvårdsprogrammet "Främja hälsan" har att erbjuda?

Mycket bra	<input type="checkbox"/>	(1)
Ganska bra	<input type="checkbox"/>	(2)
Varken bra eller dåligt	<input type="checkbox"/>	(3)
Ganska dåligt	<input type="checkbox"/>	(4)
Mycket dåligt	<input type="checkbox"/>	(5)
Vet ej, känner ej till	<input type="checkbox"/>	(6)

13. Utför du någon form av friskvårdsaktivitet på fritiden, utanför friskvårdsprogrammet?

Ja	<input type="checkbox"/>	(1)
Nej	<input type="checkbox"/>	(2)

14. Under **de senaste 12 månaderna**, i vilken utsträckning har du utnyttjat någon/några av aktiviteterna i friskvårdsprogrammet?

Inte alls	<input type="checkbox"/>	(1)
En till flera gånger i veckan	<input type="checkbox"/>	(2)
En till flera gånger i månaden	<input type="checkbox"/>	(3)
Enstaka gånger	<input type="checkbox"/>	(4)

Om du svarar "Inte alls" gå till fråga 18.

15. Vilken form av aktiviteter i friskvårdsprogrammet har du utnyttjat under de senaste 12 månaderna?

Fysiska aktiviteter, <i>t.ex. Friskis & Sveltis, stavgång, golf...</i>	Ja	(1) <input type="checkbox"/>	Nej	(2) <input type="checkbox"/>
Kulturella aktiviteter, <i>t.ex. Teater, dans, konstgalleribesök...</i>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Avslappning, <i>t.ex. Massage, fotvård, SPA-besök...</i>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Övrigt, <i>t.ex. Rabatter i affärer, rökavvänjning, viktlinjen...</i>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

16. Vad är/har varit viktigast för dig när du utnyttjar/utnyttjat aktiviteterna i friskvårdsprogrammet?
Ju längre till vänster du placerar ditt kryss desto mer instämmer du med påståendet. Du får bara sätta ett kryss per påstående.

	Instämmer helt				Instämmer inte alls	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Socialt umgänge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inspiration att komma igång.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lär mig av andra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig mer benägen att förändra min livsstil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är roligt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får kunskap om att må bra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag ser hälsa på ett nytt sätt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har blivit mer medveten om min hälsa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lär mig av att göra saker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig mer motiverad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har lättare att hantera vardagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har fått mer information om hälsa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min nyfikenhet ökar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har förändrat min livsstil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Vad motiverar dig till att utnyttja aktiviteterna i friskvårdsprogrammet?
*Ange **högst** tre alternativ*

- Rabatter och förmåner..... (0-1)
 Arbetskamrater.....
 Familj.....
 Vänner utanför arbetet.....
 Ekonomi.....
 Eget intresse.....
 Hälsoinspiratörer.....
 Stöd från chef.....
 Annat alternativ.....

Gå vidare till fråga 20.

18. Du som inte provat aktiviteterna i friskvårdsprogrammet på CSK, skulle du kunna tänka dig att göra det?

- Ja..... (1)
 Nej..... (2)

19. Vilka orsaker finns till att du **inte** utnyttjar aktiviteterna i friskvårdsprogrammet?
*Ange **högst** tre alternativ*

- Fysiska orsaker,
t.ex. smärta och sjukdom..... (0-1)
 Inget intresse.....
 Tidsbrist.....
 Ekonomi.....
 Inget som passar mig
 i häftet "Främja hälsan".....
 Geografiska orsaker.....
 Gör friskvårdsaktiviteter
 på egen hand.....
 Annat alternativ.....

-
20. Om det inte fanns ett friskvårdprogram på CSK skulle du ändå delta i friskvårdsaktiviteter på fritiden, i likhet med dem som presenteras i friskvårdsprogrammet?
- Ja (1)
Nej (2)
Vet ej (3)
Ej aktuellt (4)
-

Här följer ett avsnitt om chefers roll i friskvårdsprogrammet. Med chefer menar vi din närmaste chef. I de första fyra frågorna vill vi veta vad du anser om chefsrollen i allmänhet.

21. Vilka egenskaper anser du att en bra chef ska ha?
*Ange **högst** tre alternativ*
- Tillgänglig (0-1)
Öppen
Pålitlig
Ger feedback
Information ges vidare till arbetsgruppen
Visar omtanke
Flexibilitet (i sin roll som chef)
Skapar dialog
Skapar trivsel/gemenskap
God förebild
-

22. I vilken grad anser du att chefen påverkar arbetsklimatet i på din avdelning?
- I mycket positiv grad (1)
I positiv grad (2)
I varken positiv eller negativ grad (3)
I negativ grad (4)
I mycket negativ grad (5)
-

23. I vilken grad anser du att kommunikationen mellan dig och din chef är öppen på ett sådant sätt att du kan framföra din åsikt?
- I mycket hög grad (1)
I ganska hög grad (2)
I varken hög eller låg grad (3)
I ganska låg grad (4)
I mycket låg grad (5)
-

24. Tar din chef upp friskvårdsprogrammet i medarbetarsamtalen?
- Ja (1)
Nej (2)
Vet ej (3)
-

Fortsätt på nästa sida

25. I detta avsnitt ber vi dig ta ställning till ett antal påståenden. *Ju längre till vänster du placerar ditt kryss desto mer instämmer du med påståendet. Du får bara sätta ett kryss per påstående.*

	Instämmer helt				Instämmer inte alls	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Stämningen är bra mellan din chef och dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefen är positivt inställd till friskvårdsprogrammet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anser du att din chef i allmänhet engagerar personalen till att använda friskvårdsprogrammet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har blivit motiverad till att nyttja friskvårdsprogrammet av min chef under de tre senaste månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefen är en god förebild i avseende till friskvårdsprogrammet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är chefs uppgift att informera medarbetarna på din avdelning om friskvårdsprogrammet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan få råd och stöd från min chef om/när jag behöver det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anser du att du kan gå ifrån arbetet t.ex. 15 min innan du slutar, för att hinna till en friskvårdsaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefen pratar om friskvårdsprogrammet i det dagliga arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefen pratar om friskvårdsprogrammet på personalträffar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande frågor handlar om din uppfattning om hälsoinspiratörernas roll på CSK

26. Hur är dina kunskaper kring vad rollen som hälsoinspiratör innebär?	Stora.....	<input type="checkbox"/>	(1)
	Ganska stora.....	<input type="checkbox"/>	(2)
	Varken eller.....	<input type="checkbox"/>	(3)
	Inte speciellt stora.....	<input type="checkbox"/>	(4)
	Inga alls.....	<input type="checkbox"/>	(5)
	Vet ej.....	<input type="checkbox"/>	(6)

27. Vad gör hälsoinspiratören på din avdelning?
Flera svar möjliga

Informerar om hälsa..... (0-1)
 Inspirerar/motiverar till
 hälsosammare val.....
 Organiserar hälsoaktiviteter...
 Utbildar inom hälsa.....
 Annat.....
 Vet ej.....

28. Har du tack vare hälsoinspiratören deltagit i
 någon aktivitet i friskvårdsprogrammet?

Ja..... (1)
 Nej..... (2)
 Vet ej..... (3)

29. Hur ser du på hälsoinspiratörens roll? *Ju längre till vänster du placerar ditt kryss desto mer instämmer du med påståendet. Du får bara kryssa i ett kryss per påstående.*

	Instämmer helt				Instämmer inte alls	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Källa till inspiration för ökad hälsa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ger mig dåligt samvete.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som något negativt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ger mig en tankeställare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ger mig energi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gör mig glad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betyder mycket för stämningen på avdelningen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inspirerar och engagerar i frågor som rör hälsa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har arbetskamraternas förtroende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar vara på mina eventuella önskemål gällande friskvårdsprogrammet (t.ex. förslag på aktiviteter).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Ser du någon nytta i att ha en hälsoinspiratör på
 din avdelning?

Ja, mycket..... (1)
 Ja, ganska..... (2)
 Varken eller..... (3)
 Nej, inte speciellt..... (4)
 Nej, inte alls..... (5)
 Vet ej..... (6)

31. Har du blivit inspirerad till hälsosammare
 val i din vardag av hälsoinspiratören?

Ja..... (1)
 Nej..... (2)
 Vet ej..... (3)

32. Hur många gånger har du diskuterat hälsofrågor med
 hälsoinspiratören det senaste halvåret? _____ antal gånger

33. Hur tycker du att hälsoinspiratören på din
 avdelning fungerar när det gäller att förmedla
 kunskap kring hälsofrågor?

Mycket bra..... (1)
 Ganska bra..... (2)
 Varken bra eller dåligt..... (3)
 Ganska dåligt..... (4)
 Mycket dåligt..... (5)
 Vet ej..... (6)

-
34. Motiverar hälsoinspiratören dig till att aktivt delta i CSK: s friskvårdsprogram?
- Ja, mycket..... (1)
Ja, ganska mycket..... (2)
Varken eller..... (3)
Nej, inte speciellt..... (4)
Nej, inte alls..... (5)
Vet ej..... (6)

-
35. Vet du vem som är hälsoinspiratör på din avdelning?
- Ja..... (1)
Nej..... (2)

I denna sista fråga har du möjlighet att komma med förslag och åsikter om friskvårdsprogrammet.

-
36. Har du några idéer eller synpunkter på friskvårdsprogrammet, t.ex. i upplägget eller utformningen av häftet "Främja hälsan"?

Tack för att du tog dig tid att svara på enkäten! Din medverkan är viktig för undersökningen. Med vänliga hälsningar

*Sara Gadd Andersson
Lisandra Liljenberg
Ann Nilsson
Sofie Nilsson
Heidi Oksenfeld
Sara Säwenmyr*

Bilaga 3: påminnelsebrev

Enkät om friskvårdsprogrammet vid CSK

För ett par veckor sedan skickade vi ut ett frågeformulär till dig, där vi bland annat var intresserade av hur du upplever friskvårdsprogrammet vid CSK. Har du redan hunnit svara tackar vi för din medverkan. Om du inte svarat vore vi tacksamma om du har möjlighet att besvara frågeformuläret.

Det är en betydelsefull undersökning där resultatet används till C-uppsatser av studenter samt fördjupade studier vid Högskolan Kristianstad. Vi hoppas att det kan leda till en utveckling av friskvårdsprogrammet och att resultatet ska kunna användas i flera olika sammanhang där sjukhus arbetar med hälsa i ett medarbetarperspektiv.

Ditt deltagande i undersökningen är naturligtvis frivilligt, men det är viktigt för undersökningens kvalitet, att du som får frågeformuläret besvarar det. Vi skulle därför vara tacksamma om du ville besvara frågorna och skicka in formuläret i svarskuvert med intern post, så snart som möjligt. Har du inte längre tillgång till frågeformuläret kan nytt hämtas vid Informateket, plan två.

Om du har några frågor eller synpunkter på formuläret, ring då gärna något av nedanstående telefonnummer.

Vi tackar på förhand för din medverkan i undersökningen.

Kristianstad, november 2006

Sara Gadd Andersson
Studerande
Tel.

Ann Nilsson
Studerande
Tel.

Heidi Oksenfeld
Studerande
Tel.

Sofie Nilsson
Studerande

Lisandra Liljenberg
Studerande

Sara Säwenmyr
Studerande

Ingemar Andersson
Univ. Lektor, handledare
Tel.