

Livsstilsinterventionens betydelse för arbetshälsan

Eva-Maija Nyholm

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildning:	Hälsofrämjande (HYH)
Identifikationsnummer:	17825
Författare:	Eva-Majja Nyholm
Arbetets namn:	Livsstilsinterventionens betydelse för arbetshälsan
Handledare (Arcada):	Maria Forss
Uppdragsgivare:	Läkarcentral Mehiläinen Ekenäs
<p>Sammandrag:</p> <p>Arbetshälsan och arbetsplatsen som en hälsofrämjande arena lyfts fram som betydelsefulla faktorer då man diskuterar framtida utmaningar och den samhälleliga utvecklingen. Vi bör sträva efter en längre arbetskarriär med arbetshälsa, samt ökad produktivitet. Välmående i arbetsgemenskapen relateras indirekt till arbetsförmågan. Arbetsförmågan är beroende av medarbetarens upplevda hälsa och prestanda, kunnande, värden, attityd och motivation. Syfte med studien var att kartlägga livsstilsinterventionens betydelse för främjandet av hälsa hos individer i arbetslivet och arbetshälsan. Avsikten var att diskutera företagshälsovårdens roll i implementeringen och genomförandet av en intervention hos företagshälsovårdsklienter. Studien gjordes ur ett hälsofrämjande, salutogent perspektiv och studiens teoretiska referensram utgjordes av följande centrala begrepp; <i>upplevd arbetshälsa</i>, <i>delaktighet</i> och <i>arbetsplatsen som en hälsofrämjande arena</i>. Som metod användes en kvalitativ litteraturstudie med en i huvudsak deduktiv innehållsanalys. 18 stycken artiklar inkluderades i studien.</p> <p>Resultaten visar att interventionen upplevs som något positivt som ökar tron på sig själv och bidrar till en vilja att sträva framåt. Interventionen är som en nyckel till förändring och bidrar till empowerment, medvetenhet, förklaringar och kunskap som korrelerar med ökad hanterbarhet och begriplighet. I en lyckad intervention betonas deltagarnas delaktighet genomgående. Delaktighet innebär insikt, att man värderar sina attityder och känslor och hittar styrkor i sig själv. Företagshälsovården ses som viktig ansvarstagande resurs, en trygg interpersonell relation som bidrar med kunskap och stöd under implementeringen av en intervention. En livsstilsintervention utförd på arbetsplatsen ses som heltäckande och resultaten hänför sig inte endast till arbetsplatsen eller livsstilen utan påverkar individen på flera olika plan och arenor.</p> <p>Denna studie riktar sig till arbetslivet och främst företagshälsovårdens klienter. Studien är ett beställningsarbete av läkarcentral Mehiläinen Ekenäs.</p>	
Nyckelord:	Hälsofrämjande, livsstil, intervention, arbetshälsa, företagshälsovård, delaktighet, Mehiläinen Ekenäs
Sidantal:	70
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	7.12.2016

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health promotion (Master)
Identification number:	17825
Author:	Eva-Maija Nyholm
Title:	The significance of health promotion for workplace health and wellbeing
Supervisor (Arcada):	Maria Forss
Commissioned by:	Mehiläinen healthcare Ekenäs
<p>Abstract:</p> <p>Workplace health and wellbeing as well as the workplace as a platform for health promotion are highlighted as significant factors when discussing future challenges and the change in society today. We should be striving for a prolonged working life with good health and increased productivity. Wellbeing within the working community is indirectly related to the ability to work which in turn depends on the perceived health, performance, knowledge, values, attitude and motivation of an individual.</p> <p>The purpose of this study was to map the significance of lifestyle interventions in promoting health in a working population as well as its effect on workplace health and wellbeing. The intention was to discuss the role of the occupational health nurse in implementing an intervention among clients accessing occupational health services. The main perspective of the study was that of health promotion and salutogenicity. The following central concepts made up the theoretical frame of reference for the study: <i>perceived workplace health and wellbeing, participation and the workplace as a platform for health promotion.</i></p> <p>The methodology used was a qualitative literature search using deductive content analysis. 18 articles were included in the study.</p> <p>The results show that an intervention is perceived as a positive thing; boosting confidence and contributing to a drive to strive forward. The intervention is the key to change. It encourages empowerment and awareness which correlates to better understanding and an improved ability to manage things. A successful intervention emphasises participation. Participation improves insight and enables evaluation of one's attitude and emotions and facilitates finding one's own strengths.</p> <p>Occupational health is seen as an important resource and a reliable source providing knowledge and support during the implementation of an intervention. A lifestyle intervention delivered in the workplace is seen as comprehensive and the results are not only limited to the workplace but extend to other aspects of an individual's life. This study is mainly aimed at an employed population and individuals who use occupational health services. The study has been commissioned by Mehiläinen healthcare, Ekenäs.</p>	
Keywords:	Health promotion, lifestyle, intervention, occupational health and wellbeing, occupational health, involvement, Mehiläinen Ekenäs
Number of pages:	70
Language:	Swedish
Date of acceptance:	7.12.2016

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Terveyden edistäminen (YAMK)
Tunnistenumero:	17825
Tekijä:	Eva-Maija Nyholm
Työn nimi:	Elämäntapaintervention vaikutus työterveyteen
Työn ohjaaja (Arcada):	Maria Forss
Toimeksiantaja:	Lääkärikeskus Mehiläinen Tammisaari
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Työterveyttä ja työpaikkaa terveyden edistämisen areenana katsotaan merkittävänä tekijänä kun tarkastellaan tulevaisuuden haasteita ja yhteiskunnan kehitystä. Meidän tulee pyrkiä pidentämään työuria sekä tehostamaan työntekoa. Koettu työhyvinvointi korreloituu työkykyyn. Työkyky on yhteydessä työntekijän koettuun terveyteen, suorituskyykyyn, taitoihin, arvomaailmaan, asenteeseen ja motivaatioon. Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa miten elämäntapainterventio vaikuttaa työntekijöiden terveyden edistämiseen ja työterveyteen. Tarkoitus oli keskustella työterveyshuollon roolista intervention toteuttamisessa. Tutkimus toteutettiin terveyden edistämisen, salutogeneesin näkökulmasta ja tutkimuksen teoreettinen viitekehys koostui seuraavista keskeisistä käsitteistä: <i>koettu työterveys, osallisuus ja työpaikka terveyden edistämisen areenana</i>. Menetelmänä käytettiin laadullista kirjallisuus katsausta deduktiivisella sisällön analyysillä. 18 kpl tutkimusta sisältyi katsaukseen.</p> <p>Tulokset osoittavat, että interventio koetaan myönteisenä asiana, joka lisää uskoa itseensä ja tulevaan. Interventio koetaan avaavan uusia mahdollisuuksia, edistää voimaantumista, tietoisuutta, antaa selityksiä ja tietoa, sekä lisää hallittavuuden ja ymmärrettävyyden tunnetta. Onnistuneessa interventiossa korostettiin osallistujien osallisuutta. Osallisuus tarkoittaa ymmärrystä, arvostusta itseään ja tunteitaan kohtaan, sekä se että pystyy havaitsemaan omat vahvuudet. Työterveyshuolto nähdään tärkeänä resurssina, ihmissuhteena, joka intervention aikana tukee ja edistää tiedon kulkua. Elämäntapainterventio työpaikalla koetaan kokonaisvaltaisena, jonka tulokset näkyvät ja vaikuttaa yksittäistä ihmistä monella eri tavoin, eri tasoilla ja osa-alueilla.</p> <p>Tämä tutkimus on suunnattu eritoten työelämässä oleville ja työterveyshuollon asiakkaille. Tutkimuksen toimeksiantaja on lääkärikeskus Mehiläinen Tammisaari.</p>	
Avainsanat:	Terveyden edistäminen, elämäntapa, interventio, työterveys, työterveyshuolto, osallisuus, Mehiläinen Tammisaari
Sivumäärä:	70
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	7.12.2016

INNEHÅLL

1	Inledning.....	9
2	Bakgrund.....	11
2.1	Etiska aspekter i hälsofrämjande på arbetsplatsen	11
2.2	Mot mera arbetshälsa och ökad arbetsförmåga – med betoning på ett finländskt perspektiv	12
2.2.1	<i>Hälsofrämjande interventioner och medarbetarnas livsstil</i>	<i>13</i>
2.2.2	<i>Utmaningar i arbetslivet och lönsamhet.....</i>	<i>15</i>
2.3	Hälsofrämjande interventioner ur internationellt perspektiv.....	16
2.4	Sammanfattning av bakgrunden	19
3	TEORETISKA REFERENSRAMEN	21
	Figur 1. Teoretiska referensramens centrala begrepp.....	21
3.1	Upplevd arbetshälsa	22
3.2	Delaktighet	24
3.3	Arbetsplatsen som en hälsofrämjande arena	25
4	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	26
5	METOD.....	27
5.1	Litteraturstudie.....	28
5.1.1	<i>Litteratursökning samt inkluderingskriterier</i>	<i>28</i>
5.1.2	<i>Evalueringskriterier.....</i>	<i>29</i>
5.2	Innehållsanalys.....	30
5.3	Etiska reflektioner.....	31
5.3.1	<i>Etik och etiska principer</i>	<i>31</i>
5.3.2	<i>Etiskt forskande.....</i>	<i>32</i>
5.4	Presentation av artiklarna	33
6	RESULTATREDOVISNING.....	42
6.1	Kategori 1: Fokus på individen.....	42
6.1.1	<i>Fokus på individen och interventionens betydelse</i>	<i>43</i>
6.1.2	<i>Fokus på individen och företagshälsovårdens roll.....</i>	<i>44</i>
6.1.3	<i>Fokus på individen och medarbetarens delaktighet</i>	<i>45</i>
6.2	Kategori 2: Trygghet vs otrygghet	46
6.2.1	<i>Trygghet vs otrygghet och interventionens betydelse</i>	<i>47</i>
6.2.2	<i>Trygghet vs otrygghet och företagshälsovårdens roll.....</i>	<i>48</i>
6.2.3	<i>Trygghet vs otrygghet och medarbetarens delaktighet.....</i>	<i>49</i>

6.3	Kategori 3: Framtidstro.....	50
6.3.1	<i>Framtidstro och interventionens betydelse</i>	50
6.3.2	<i>Framtidstro och företagshälsovårdens roll</i>	51
6.3.3	<i>Framtidstro och medarbetarens delaktighet</i>	53
6.4	Sammanfattning av resultatredovisningen.....	54
7	DISKUSSION OCH SLUTLEDNINGAR.....	57
7.1	Tolkning av medarbetarens delaktighet under hälsofrämjande interventionen	57
7.2	Tolkning av huruvida medarbetare får vara delaktiga i implementeringsprocessen ...	59
7.3	Kritisk granskning	61
7.3.1	<i>Kritisk granskning av resultat</i>	61
7.3.2	<i>Kritisk granskning av metod</i>	66
	Källor.....	72
	Bilagor.....	80
	Bilaga 1. Litteratursökning – tidigare forskning	
	Bilaga 2. Sökningsresultat	
	Bilaga 3. Artikelöversikt	
	Bilaga 4. Underkategorier	
	Bilaga 5. Huvudkategori 1: Fokus på individen	
	Bilaga 6. Huvudkategori 2: Trygghet vs otrygghet	
	Bilaga 7. Huvudkategori 3: Framtidstro	

Figurer

Figur 1. Teoretiska referensramens centrala begrepp	21
Figur 2. Health promotion planning and evaluation cycle (Nutbeam 2010:2)	22
Figur 3. Artikelurval	34
Figur 4. Slutsats. Interventionens tre huvudkategorier	54
<i>Figur 5. Hälsöfrämjande interventioner mot ökad arbetshälsa</i>	<i>65</i>

FÖRORD

Att skriva ett förord efter en intensiv och tidvis mödosam men samtidigt lärorik forskningsprocess känns ytterst tacksamt. Med delade känslor avslutar man detta projekt och vänder till följande blad.

Jag vill rikta ett tack till min arbetsgivare läkarcentral Medek, nuvarande Mehiläinen Ekenäs och framförallt arbetsplatsens representant Irma Braskén som möjliggjort kombinerande av arbete och studier. Tack till Bettina Stenbock-Hult som introducerat mig till det hälsofrämjande arbetet. Tack till min handledare Maria Forss för inspiration och handledning. Slutligen vill jag tacka min familj och vänner som gjort detta rent praktiskt möjligt och varit till stor hjälp i de vardagliga arrangemangen.

1 INLEDNING

Arbetshälsan och arbetsplatsen som en hälsofrämjande arena lyfts fram som betydelsefulla faktorer då man diskuterar framtida utmaningar och samhällets utveckling. Ett villkor för en social och ekonomisk hållbar utveckling då befolkningens åldersstruktur ändras, är att sysselsättningsgraden ändras, vilket betonas i social- och hälsovårdsministeriets program *Ett socialt hållbart Finland 2020 (2011)*. Detta leder till att vi bör genom förbättrade arbetsförhållanden och ökad arbetshälsa sträva efter en längre arbetskarriär med arbetshälsa, samt därigenom ökad produktivitet (SHM 2011:7-8). Arbetsplatsen påverkar direkt medarbetarnas fysiska, psykiska, ekonomiska och sociala välbefinnande och hälsa, därigenom påverkas indirekt familjen, samhället och omgivningen, vilket gör arbetsplatsen till en ypperlig hälsofrämjande arena (WHO 2015).

Studien kommer att utgå ifrån ett friskhetsperspektiv, det salutogena perspektivet, var betoningen ligger i det positiva i tillvaron och de resurser som finns att tillgå. Hanson (2010:57) menar att det salutogena perspektivet innebär att man fokuserar på det som leder till hälsa och de befintliga resurser som finns. Företagshälsovårdens grundtanke utgår ifrån samma salutogena perspektiv. I *God företagshälsovårds praxis* (Uitti et al. 2014) tas välmående i arbetsgemenskapen upp som ett gemensamt intresse, mål och ansvar. Välmående i arbetsgemenskapen kan indirekt relateras till arbetsförmågan. Arbetsförmågan är beroende av medarbetarens upplevda hälsa och prestanda, medarbetarens kunskaper, värden, attityder och motivation, samt av ett samspel med hela arbetsgemenskapen och yttre faktorer. Arbetsförmågan är starkt beroende av arbetsgivarens och förmanens arbetssätt, arbetets art, arbetsförhållandena, arbetsmiljön, tid och kultur. Var och en medarbetare bör själv ta ansvar över sin arbetsförmåga, samtidigt hör upprätthållande av arbetsgemenskapens arbetsförmåga till arbetsgivarens ansvar och sköts i huvudsak genom hälsofrämjande åtgärder. (Uitti et al. 2014:33-34 &180-183)

Vid utförandet av en livsstilsintervention finns det evidensbaserade verktyg och material att använda som stöd i det praktiska arbetet. I min studie kommer jag inte att granska

eller analysera verktygen och deras användarvänlighet dess mera, vilket dock hade varit ett intressant tillägg. Institutioner som i Finland fått en betydande roll i att utfärda program och nationella rekommendationer gällande befolkningens hälsa och arbetshälsa är Institutionen för hälsa och välfärd (THL) och Arbetshälsoinstitutet (TTL) som båda lyder under social- och hälsovårdsministeriet (STM), samt UKK-institutet (UKK) för att nämna några. Som exempel på program som har som avsikt att stöda livsstilsinterventioner är det nationella programmet mot fetma "*Lihavuus laskuun – hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta*" (Vartiainen et al. 2013) som Institutionen för hälsa och välfärd publicerat år 2013.

Detta mastersarbete utgörs av en litteraturstudie som riktar sig till arbetslivet och främst företagshälsovårdens klienter. Arbetet är ett beställningsarbete av Läkarcentral Mehiläinen Ekenäs och har som syfte att kartlägga livsstilsinterventionens betydelse för arbetshälsan och främjandet av hälsan hos individer i arbetslivet. Avsikten med studien är att diskutera företagshälsovårdens roll i en intervention hos företagshälsovårdsklienter.

2 BAKGRUND

Arbetshälsa definieras som medarbetarens fysiska och psykiska tillstånd, som baserar sig på kombinationen av arbetet, arbetsmiljön och fritiden (Kivistö et al. 2008). Då studien utgår ifrån ett hälsofrämjande perspektiv, anser jag det viktigt att poängtera skillnaden mellan hälsofrämjande och preventiva insatser, framförallt för att kunna lyfta fram vad hälsofrämjande insatser har för inverkan på arbetshälsan. Hälsofrämjande insatser handlar om att ha kunskap om de processer som leder till hälsa och välbefinnande, med avsikten att förbättra den upplevda hälsan. Preventiva insatser riktar sig till prevention av sjukdom och utgår således ur ett sjukdomsperspektiv. Hälsofrämjande insatser utgår ifrån dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet mellan två parter eller individer. Individens upplevelse av sin hälsa utgår ifrån dennas mål, förmågor och miljö, vilket betyder att hälsofrämjande insatser som t.ex. livsstilsinterventioner kan upplevas som hot likaväl som en positiv utmaning. Denna aspekt bör beaktas i hälsofrämjande arbetet genom att stöda individen att få makt över sitt liv och sin hälsa, empowerment. (Willman & Gustafsson 2015:16-17)

I detta kapitel kommer jag att lyfta fram och förklara för studien viktiga teman och aspekter som framkommit i tidigare forskning och litteratur. Sökningsresultat om tidigare forskning hittas som bilaga 1. Litteratursökning - tidigare forskning.

2.1 Etiska aspekter i hälsofrämjande på arbetsplatsen

Hälsa är en produkt av omsorg för sig själv och sin omgivning inklusive arbetsplatsen, och hälsofrämjande åtgärder är relaterat till omsorg, holism och ekologi (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2014:81). Samhället har en skyldighet att stöda det hälsofrämjande arbetet och förse individen med information och verktyg för att uppnå hälsa och livskvalitet, men slutligen är det individen själv som har självbestämmanderätt och ansvar över sitt liv och de beslut hen tar (ETENE 2007:12-15). Vad som är ett gott liv, livskvalitet och vad hälsa innebär för var och en är frågor som stiger fram i hälsofrämjande och kräver ett etiskt ställningstagande (ETENE 2007:19).

2.2 Mot mera arbetshälsa och ökad arbetsförmåga – med betoning på ett finländskt perspektiv

Workplace Health Promotion (WHP) har definierats av European Network for Workplace health promotion (ENWHP 2007) och har som grundtanke att trygga sociala och ekonomiska välbefinnandet i Europeiska unionen, detta genom gemensamma ramar och direktiv gällande arbetshälsa och säkerhet. WHP framhäver arbetsplatsen som en hälsofrämjande arena och uppmuntrar EUs medlemsländer att inkludera hälsofrämjande i samhället och i allt beslutsfattande. (Menckel & Österblom 2000:10-11)

Luxemburgdeklarationen (2007) är ett policydokument om hälsofrämjandet på arbetsplatser vars första upplaga har utfärdats av ENWHP år 1997 som uppmuntrar medlemsländerna att lyfta hälsofrämjande på arbetsplatserna högt upp på agendan och tillföra det i allt beslutsfattande. Luxemburgdeklarationen lyfter fram arbetsorganisationen, arbetsmiljön, delaktigheten och personlig utveckling som viktiga moment för en hälsofrämjande arbetsplats och syftar till att på arbetsplatsen sprida goda exempel på hälsofrämjande genom erfarenhets- och kunskapsutbyte (Luxemburgdeklarationen 2007). Menckel & Österblom (2000:108) tolkar Luxemburgdeklarationen och menar att hälsofrämjande på arbetsplatsen spelar en stor roll i utvecklingen av friska och välfungerande organisationer, och att ekonomisk framgång är beroende av motiverad och frisk personal.

Som grund för en hälsosam och trygg arbetsmiljö står lagen om företagshälsovård (Finlex 2001) samt lagen om arbetarskyddet (Finlex 2002). Lagen om företagshälsovård säger följande: "Arbetsgivare skall på sin bekostnad ordna företagshälsovård för att förebygga och bekämpa risker och olägenheter för hälsan som beror på arbetet och arbetsförhållandena samt för att skydda och främja medarbetares säkerhet, arbetsförmåga och hälsa. Företagshälsovården skall ordnas och genomföras i den omfattning som påkallas av arbetet, arbetsarrangemangen, personalen, förhållandena på arbetsplatsen och förändringar i dem, enligt vad som föreskrivs i denna lag." (Finlex 2001). Genom god företagshälsovårdspraxis, som regleras av lagstiftningen, kommer fokus i företagshälsovården att ligga på upprätthållande av arbetsförmågan, bedömning

av arbetets hälsorisker och identifiering av tecken på nedsatt arbetsförmåga (SHM 2011:12&14).

Hälsofrämjande på arbetsplatsen innebär att fokusera på att möjliggöra hälsa, goda hälsobeteenden och välbefinnande i arbetsgemenskapen för var och en av de anställda, samt erbjuda möjligheter till stödjande miljö och resurser för att klara av de krav som arbetet medför (Hultberg 2007, Eklöf & Ståhl 2012:10-12 & Menckel & Österblom 2000:25-27). Enligt Fischer et al. (1997) resulterar hälsofrämjande på arbetsplatsen i bästa fall till ökad upplevd hälsa och välbefinnande, hälsosammare arbetsmiljö och ökad arbetssäkerhet, ökat engagemang, kvalitet och produktivitet. Sorensen et al. (1998) tillägger att medarbetarens medvetenhet om sin arbetsmiljö inklusive dess risker ökar i och med hälsofrämjande interventioner. Uitti et al. (2014:23-25) menar att hälsofrämjande är all den verksamhet som görs på själva arbetsplatsen, i arbetarskyddet, på företagshälsovården och i dess nätverk som påverkar arbetsförmågan, stöder orkande i arbetet och minskar på arbetsfrånvaro.

Hälsofrämjande är ett positivt begrepp vars syfte är förbättrad hälsa hos medarbetare genom att beakta de fysiska och psykosociala faktorerna i såväl som ledarskapet som i arbetskulturen (Menckel & Österblom 2000:32). Menckel & Österblom (2000:26-27) och Hultberg (2007) lyfter fram att man bör beakta det faktum att alla individer har olika möjligheter, resurser, behov och önskemål gällande hälsofrämjande insatser, och att man bör vara medveten om att all hälsofrämjande ingår i ett större sammanhang var medarbetarna är delaktiga. Livets olika delar samverkar och påverkar varandra, och påverkar således även hälsofrämjande på arbetsplatsen (Menckel & Österblom 2000:25-27).

2.2.1 Hälsofrämjande interventioner och medarbetarnas livsstil

Jag har i min studie valt att rikta intresset till hälsofrämjande livsstilsinterventioner på arbetsplatsen och som målgrupp har valts medarbetarna. Hälsofrämjande interventioner och hur de lyckas är starkt kopplade till medarbetarnas livsstil och hur de upplever livsstilsförändringar. Den livsstil hen väljer att leva är något som präglas av intressen,

värden och vad hen anser vara meningsfullt (Willman & Gustafsson 2015:26). Willman & Gustafsson (2015:23) menar att livsstilen är en grund för individens identitet, den individ hen önskar vara. Nilsson (2013:6) hävdar att levnadsvanorna är en del av livsstilen som i sin tur är beroende av livssituationen. Upplevd livsmening är beroende av självkänedom, tilltro till sig själv och sina mål samt gemenskapen man känner med sin miljö och andra människor (Willman & Gustafsson 2015:27).

Som tidigare nämnts kan en livsstilsförändring antingen upplevas som en utmaning och drivkraft, eller som ett hot mot identiteten. För att livsstilsförändring skall upplevas som en utmaning bör individen se sig själv som delaktig, som ett subjekt i förändringsprocessen, ha tilltro till sig själv och sina resurser att genomföra förändringen. Eklöf & Ståhl (2012:16) betonar meningsfullhet i förändringsprocessen och menar att en lyckad förändring är beroende på huruvida individen känner någon mening för sig själv att delta och engagera sig i processen. Då det kommer till livsstilsförändringar på en arbetsplats innebär det oftast att det finns en utomstående part, t.ex. företagshälsovården som har som uppgift att stöda individen under processen. Enligt Fischer et al. (1997) är det av stor vikt att företagshälsovårdens arbete bygger på relevant kunskap och aktuell forskning. Företagshälsovården skall se individens resurser och förmågor, utgå ifrån empowerment-tanken och härmed målinriktat stärka individens tilltro till sig själv och till förändring. Förhållandet mellan företagshälsovården och klienten skall bygga på respekt och ömsesidighet. Nilsson (2013:7) är på samma linje och menar att i en lyckad livsstilsförändring bör individen tro på sig själv och uppleva att hen har kontroll. Fischer et al (1997) påpekar vikten av att livsstilsförändringar kan och skall stödjas genom arbetsgemenskapen och förändringar i denna. (Willman & Gustafsson 2015:23-30)

Dåliga levnadssätt är en märkbar risk för arbetsohälsa och därmed arbetsförmåga. Enligt Halonen (2015) är hälften av den vuxna befolkningen i Finland överviktiga, rör på sig för lite, över 1 miljon finländare har sömnsvårigheter, i stort räcker finländarens kondition till för en 6 timmars arbetsdag. Vidare framkommer att 20 % av kvinnorna och 40 % av männen konsumerar rikliga mängder alkohol och att 20 % av de i arbetsför ålder röker (Halonen 2015). Liknande resultat har man kommit fram till i postenkätundersökningen "Den finländska vuxenbefolkningens hälsobeteende och hälsa

2013" (Helldán et al. 2013) var man dessutom konstaterat att klasskillnader existerar, man ser en trend att de lägst utbildade röker mest, följer sämst näringsrekommendationerna och är överviktiga.

För möjliggörande av hälsofrämjande insatser på en arbetsplats menar Menckel & Österblom (2000:10) att det behövs ett ledarskap, resurser och att man tar tillvara individens egna resurser, dvs. egenkraft. Juutti & Vuorela (2015:20) lyfter fram framförallt ledarens uppgift i stödjande av medarbetarens egna resurser, medan Eklöf & Ståhl (2012:8) poängterar den enskilda individens ansvar och faktorer i omgivningen. Ledarskapet skall vara tydligt och hälsoinriktat och målmedvetet styra verksamheten mot god hälsa. Resurser krävs för att åstadkomma hälsofrämjande insatser och därigenom en god livssituation som tar i beaktande både arbetslivet och det privata. Egenkraft kan ses som parallell till empowerment-tanken som innefattar maktgörande och delaktighet samt användning av befintliga resurser hos den enskilda individen. (Menckel & Österblom 2000:10 & 118)

2.2.2 Utmaningar i arbetslivet och lönsamhet

På arbetsmarknaden har man frångått det fysiskt betungande arbetet till mera psykiskt betungande. Globala ekonomin, snabba förändringarna på arbetsmarknaden och samhället har krävt att medarbetare skall vara mera effektiva och produktiva än tidigare. Juutti & Vuorela (2015:15) menar att arbetslivet inte klarat av att bemästra alla de utmaningar och utvecklas i den takt som världsekonomin krävt. Riskfaktorer i arbetet har ändrat karaktär, medarbetare är mera stressade, trötta och utmattade, hälften av de arbetsföra har symtom av utbrändhet. Symtomen korrelerar även till de resultat man kommit fram till i ovan nämnda undersökning "Den finländska vuxenbefolkningens hälsobeteende och hälsa 2013". Nya utmaningar i arbetslivet har medfört att arbetsgemenskapens välbefinnande, kunnande och effektivitet blivit en konkurrensfaktor och hälsofrämjande på arbetsplatsen mera utmanande. Hultberg (2007) menar att det ökade tempot och stigande kvalitativa kraven på arbetet gör att vi lätt glömmer återhämtningens betydelse. Nyckelord för framgång och ökad

produktivitet är kunnande, arbetsförmåga och arbetsmotivation, som alla samverkar med varandra. (Juutti & Vuorela 2015:14-16 &124)

Genom att skapa förutsättningar och ökade insatser på att bibehålla eller främja medarbetares hälsa ökar produktiviteten i organisationen och dess lönsamhet. Menckel & Österblom (2000:43) och Juutti & Vuorela (2015:123) menar att ökad produktivitet är ett resultat av hälsofrämjande och ökat välbefinnande. Arbetsgivaren bör sörja för en jämlik behandling av medarbetare, medan medarbetare har ansvar för att upprätthålla sin arbetsförmåga och kompetens (SHM 2011:7-8). Chefers och medarbetares förhållningssätt till hälsofrämjande insatser och de berörda parternas delaktighet har en stor betydelse då man försöker implementera och förverkliga hälsofrämjande i en arbetsgemenskap. Hälsofrämjande på arbetsplatsen kräver inte endast ett hälsofrämjande ledarskap, det krävs även expertis inom området, var företagshälsovården stiger fram i nyckelposition som opartisk hälsofrämjande resurs. (Menckel & Österblom 2000:33,57 & 59)

2.3 Hälsofrämjande interventioner ur internationellt perspektiv

Redan år 1996 utkom en artikel skriven av Stokols et al. (1996) som handlade om ny forskning och politiska riktlinjer inom hälsofrämjande på arbetsplatser i USA. I denna artikel poängterade man framtidens utmaningar inom arbetslivet vilket tog fasta på den snabbt ändrande arbetsmarknaden och arbetskraven samt betydelsen av den ekonomiska lönsamheten av interventioner. Nya utmaningar skulle innebära att man har en bredare ekologisk syn på tillvaron, en samverkan mellan organisatoriska, pedagogiska, medicinska och tekniska strategier. Tanken var att genom detta kunna främja hälsan hos den enskilda individen. (Stokols et al. 1996)

I detta kapitel lyfter jag fram hälsofrämjande interventioner sett ur ett internationellt perspektiv, vilken framtidsvision man har och vilka utmaningar är att vänta. I översikten om tidigare forskning framgår att USA varit föregångare gällande hälsofrämjande interventioner på arbetsplatsen. Orsaken till detta är antagligen att arbetsgivarna står för en markant del av medarbetarens sjukvårdskostnader (Arena et al. 2014 & Addley et al.

2014). Både Arena et al. (2014) och Addley et al. (2014) menar att hålla fokus på förebyggande och hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatser framom sjukvård, är lönsamt och att det påverkar arbetskvaliteten och produktiviteten positivt. Interventionerna påvisar i regel kortsiktiga och små positiva resultat gällande den enskilda individens hälsobeteende, vilket i sin tur kan ha stor betydelse för hela organisationen och samhället, medan långsiktiga resultat ofta fattas (Addley et al. 2014).

Genom att rikta screening-undersökningar och hälsofrämjande interventioner på arbetsplatsen till individer i riskzon, blir enligt Arena et al (2014) lönsamheten av interventionerna för medarbetare ännu mera påtalig. Användning av hälsoscreening motiveras med att medarbetare som är medvetna om sin hälsostatus är mera motiverade till förändring, och kan därmed även självmant söka hjälp. Hälsoscreeningarna anses vara kostnadseffektiva framförallt då medarbetarna från tidigare innehar resurser och motivation till förändring. För bästa resultat av interventionen krävs uppföljning på längre sikt. Utmaningen med hälsofrämjande interventioner är de ringa resultat som påvisar det kortsiktiga vs det långsiktiga effekterna, vilka interventioner som är effektivast ur hälsosynvinkel och vilka ur ekonomisk synvinkel, samt hur lagstiftning och politiska perspektiv kommer att forma interventioner. (Arena et al. 2014)

Även Sorensen et al. (1998) granskar hälsofrämjande på arbetsplatsen ur ett Amerikanskt perspektiv och poängterar klasskillnadernas betydelse och ojämlikheten gällande hälsofrämjande interventioner. De hävdar att medarbetare som tillhör en lägre socioekonomisk klass och som i arbetslivet utsätts för ökade hälsorisker har mindre effekt av hälsofrämjande interventioner på grund av att de har mindre resurser att tillgå, mindre egenkraft och härmed klarar i mindre utsträckning av att genomföra interventionen. (Sorensen et al. 1998)

Fischer et al. (1997) har forskat kring hälsofrämjande interventioner gjorda i Australien och lyfter fram svagheter i dessa. Antalet deltagare i interventionerna har varit små, vilket innebär att man inte kunnat påvisa effekten av interventionen i större populationer. Interventionerna har det saknat precisa mätmetoder och tillförlitliga parametrar för att påvisa interventionernas inverkan och resultat, och mera sällan har det

använts någon kontrollgrupp. Det finns föga bevis dokumenterat på lönsamhet eller ökad produktivitet. Interventionerna har främst varit riktade till arbetsplatser som redan från tidigare haft en fungerande hälso- och säkerhetspolicy. Interventionerna har varit trångsynta och direkt riktade till t.ex. motion, istället för att inneha ett mera holistiskt perspektiv. Medarbetare har sällan varit delaktiga då interventionerna planerats eller genomförts. Fischer et al. menar att interventioner var medarbetare fått vara delaktiga, som inkluderat både individuella screeningar och individuellt upplagda mål har varit mest effektiva på kort sikt. Vidare menas att för att få till stånd långsiktiga resultat krävs det att det inkluderas organisatoriska och omgivningsrelaterade förändringar i interventionen. (Fischer et al. 1997)

Genom att införa hälsofrämjande interventioner i arbetsgemenskapen kommer de positiva resultaten av interventionerna även att beröra de andra arenor medarbetaren rör sig i, dennas familj, omgivning och hela samhället. Rullán et al. (2014) skriver i sin artikel om utmaningar gällande hälsofrämjande interventioner på arbetsplatser i Mexico och lyfter fram betydelsen av denna positiva spiral, framförallt i mindre välbergade länder, var hälsa och hälsofrämjande kan bidra till stora samhällseliga förändringar. Dödligheten bland arbetsföra (åldern 15-64 år) i Mexico är relativt stor och orsakas till 40 % av livsstilssjukdomar som diabetes mellitus och kransartärsjukdomar. Enligt Rullán et al. kan man genom livsstilsinterventioner riktade till medarbetare främja hälsan hos arbetsföra, få tillstånd säkrare och hälsosammare arbetsplatser, få ökad självkänsla och stresstolerans hos medarbetare. Vidare menas att en intervention har positiv inverkan på arbetsfrånvaron, sjukvårdskostnader, produktivitet samt organisationens rykte. Utmaningen ligger i att få de individer som är minst intresserade av hälsa och klassas ligga i största riskzon att delta i interventioner. (Rullán et al. 2014)

Dagens teknologi har möjliggjort nätbaserade hälsofrämjande interventioner vilka medför nya utmaningar och möjligheter. Cook et al. (2007) och Lippke et al. (2015) har studerat detta fenomen mera genomgående ur ett amerikanskt perspektiv, Kouwenhoven-Pasmooij et al. (2015) ur et holländskt perspektiv. Enligt Cook et al. (2007) är de web-baserade interventionerna mera effektiva gällande kostinterventioner, medan web-baserade interventioner riktade till träning och stresshantering inte anses i samma grad lyckade. Web-baserade interventioner kritiserar av att vara opersonliga och

att de inte tar i beaktande individuella olikheter eller deltagarnas delaktighet (Cook et al. 2007). Kouwenhoven-Pasmooij et al. (2015) poängterar att web-baserade interventionerna kräver att deltagaren är mera motiverad, vilket i sig kan ge bättre resultat för interventionen, men samtidigt ifrågasätter huruvida resultaten av web-baserade interventioner är tillförlitliga och huruvida de kan generaliseras i större sammanhang. Lippke et al. (2015) menar att ekonomiska lönsamheten talar för de web-baserade interventionerna var man når ett större sampel på kortare tid och kommer åt de medarbetare som har mera oregelbundna arbetstider eller arbetsplatser. Kouwenhoven-Pasmooij et al. (2015) är av samma åsikt men påpekar att web-baserade interventioners effekt avklingar snabbt och är kortlivade. Lippke et al. (2015) föreslår att blanda ihop dessa två interventionsformer, dels ha individuella möten som ger möjlighet till stöd och delaktighet och dels dela information via internet. Arena et al. (2014) menar att web-baserade interventioner är framtid men kräver tilläggsforskning innan de slår igenom.

2.4 Sammanfattning av bakgrunden

Hälsofrämjande arbete handlar om att inneha kunskap om vilka processer som leder till hälsa, under processen lyfts dialog, delaktighet och jämlikhet upp som viktiga faktorer. I hälsofrämjande är individen ofta i fokus och det anses viktigt att stöda individen genom empowerment, hitta resurser, tro på förändring och tro på sig själv (Nilsson 2013:7). Alla individer är unika, så även den upplevda livsmeningen och den livsstil och de levnadsvanor man valt (Willman & Gustafsson 2015:23 och Nilsson 2013:6). Beroende på individens värden och attityder kommer en livsstilsförändring att antingen upplevas positiv eller negativ. En förutsättning för hälsofrämjande arbete är etiskt handlande och ett etiskt ställningstagande till processen som utförs och är relaterat till omsorg, holism och ekologi (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2014:81 och ETENE 2007:12-15). (Willman & Gustafsson 2015:16-17)

För EU-länderna gemensamma policydokument och riktlinjer, samt nationell lagstiftning stöder det hälsofrämjande arbetet (ENWHP 2007, Luxemburgdeklarationen 2007, Finlex 2002, Finlex 2001). Arbetslivet har ändrat karaktär och medfört nya utmaningar och mer psykiskt påfrestande arbete (Juutti Vuorela 2015:15). Genom att

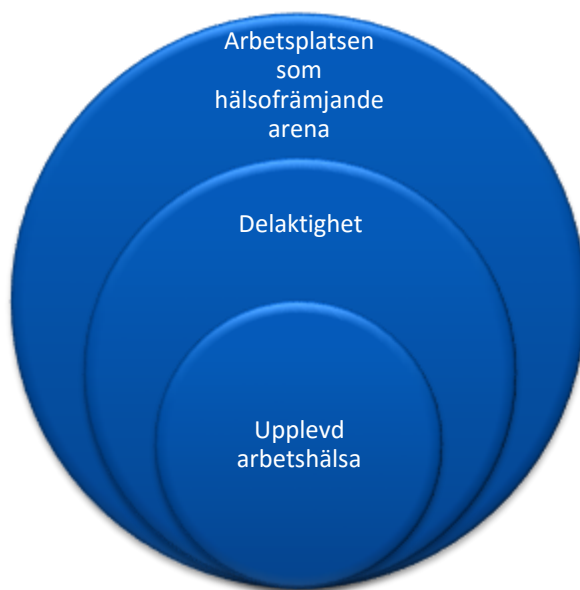
fokusera på att möjliggöra hälsa, stödande miljö och resurser kan hälsofrämjande på arbetsplatsen i bästa fall resultera i ökad upplevd hälsa och välbefinnande, hälsosammare och säkrare arbetsmiljö, ökat engagemang och lönsamhet (Hultberg 2007, Eklöf & Ståhl 2012:10-12, Menckel & Österblom 2000:25-27, Fischer et al. 1997). Hälsofrämjande på arbetsplatsen bör utgå ifrån ett stödande hälsofrämjande ledarskap (Juutti & Vuorela 2015:20).

Internationellt sett har hälsofrämjande varit på agendan länge och framför allt ses USA som en föregångare (Addley et al. 2014, Arena et al. 2014 och Sorensen et al. 1998). De studier som gjorts internationellt poängterar att hälsofrämjande interventionerna skall vara långsiktiga, riktade till de individer som ligger i riskzon, vara mångfasetterade och fokusera på individen (Addley et al. 2014, Arena et al 2014, Fischer et al 1997). Hälsofrämjande interventioner hos enskilda individer kommer att gynna och påverka hens omgivningen och bidra till en positiv spiral (Rullan et al. 2014). Resultat av långvariga interventioner fattas och ses som en brist (Addley et al. 2014 och Arena et al. 2014). Web-baserade hälsofrämjande interventioner är på kommande (Cook et al. 2007, Lippke et al. 2015 och Kouwenhoven-Pasmooij et al. 2015), men har inte ännu kunnat visa sig effektiva.

Dagens teknologi innebär nya utmaningar och möjligheter. Med hjälp av teknologi blir det lättare att med interventioner nå större folkmassor vilket talar för lönsamheten, samtidigt kräver sådana interventioner mera motiverade deltagare för att lyckas (Cook et al. 2007, Lippke et al. 2015 och Kouwenhoven-Pasmooij et al 2015).

3 TEORETISKA REFERENSRAMEN

Studiens teoretiska referensram utgörs av följande centrala begrepp; *upplevd arbetshälsa*, *delaktighet* och *arbetsplatsen som en hälsofrämjande arena*.



Figur 1. Teoretiska referensramens centrala begrepp

Vid utformningen av min teoretiska referensram har jag granskat implementeringsprocessen av hälsofrämjande insatser beskriven av Nutbeam et al. (2010). Genom att granska processen utgående från bakgrunden och mitt intresseområde kommer min teoretiska referensram att tydliggöras. Oberoende vilken teori man ämnar använda vid implementeringen av hälsofrämjande insatser utgår man enligt Nutbeam et al. (2010:2) alltid från samma implementeringsprocess. Implementeringsprocessen är illustrerad nedan i figur 2. Health promotion planning and evaluation cycle. I min teoretiska referensram har jag intresse för och kommer att koncentrera mig på tre faser ur implementeringsprocessen. Jag har valt att koncentrera mig på de tre faser var de centrala begreppen framstår som viktiga. Faserna är: den

första fasen, identifiering av problemområdet, den fjärde fasen, själva implementeringen av intervention och den sjunde fasen, resultatet av implementeringen.



Figur 2. Health promotion planning and evaluation cycle (Nutbeam 2010:2)

3.1 Upplevd arbetshälsa

Individens upplevda arbetshälsa, arbetsprestationer och arbetsmotivation är resultat av flera olika faktorer som samspelar. Enligt Menckel & Österblom (2000:11) påverkar såväl ledarskapet, arbetsmiljön, arbetsorganisationen och arbetets meningsfullhet, som individuella egenskaper, förväntningar och behov samt rådande normer och kultur arbetshälsan. Hultberg (2007) menar att en hälsofrämjande arbetsmiljö som stöder god arbetshälsa innefattar rimliga arbetskrav, empowerment, socialt stöd, ansvarstagande, erkänsla och belöning samt en känsla av sammanhang dvs. meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet. Genom att stärka känslan av sammanhang i arbetet ökas drivkraften och arbetsengagemang, som resulterar i ökad produktivitet, energi samt arbets- och livsglädje (Hultberg 2007). Juutti & Vuorela (2015:15) tillägger till ovannämnda att

familjelivet och fritiden har en stor betydelse hur medarbetare upplever sin arbetshälsa. Vidare menar de att människan är en helhet och att man bör inneha ett holistiskt perspektiv då man ser på medarbetare och arbetshälsan (Juutti & Vuorela 2015:15). Den upplevda arbetshälsan och arbetsförmågan är beroende av huruvida medarbetaren upplever sig ha kontroll över sina arbetsuppgifter, dessutom inverkar även upplevelsen av arbetsmiljön och arbetsskyddsaspekter (Juutti & Vuorela 2015:121).

Människan är en fysisk, psykisk och social varelse var alla dessa dimensioner samverkar och bidrar tillsammans till hälsa eller ohälsa, detta oberoende omgivning eller tidpunkt. Man kan inte ha brister i en dimension utan att en annan påverkas. Enligt Juutti & Vuorela (2015:86) hör fysisk hälsa, social samhörighet och vitalitet samman. En medarbetare med god arbetshälsa mår bra på alla dessa plan och klarar av att i positiv bemärkelse prestera och vara produktiv både för sig själv och hela organisationen. Juutti & Vuorela (2015:87) skriver om en positiv cirkel var individer med positiv inställning till tillvaron kan lättare överföra resurser och den positiva inställningen från privata livet till arbetslivet och vice versa. Eklöf & Ståhl (2012:9), Hultberg (2007) och Lippke et al. (2015) menar att en intervention mot förbättrad livsstil inte bara hänför sig till arbetsplatsen och den enskilda individen, utan till alla dess arenor och människor i dennas omgivning. En positiv händelse har tendens att stärka andra händelser mot en positiv riktning, likaså tänker man om hälsa och välbefinnande, mår individen bra på ett plan stärker detta välmående även på andra plan. (Juutti & Vuorela 2015:85-87)

Hälsan påverkas av både faktorer i omgivningen och personrelaterade faktorer (Menckel & Österblom 2000:18). Vidare menas att eftersom livssituationen hela tiden ändras kommer upplevda hälsan att vara under konstant förändring. Omgivningen, rättare sagt arbetsmiljön, ses som ett medel för att skapa förutsättningar för god hälsa och hälsofrämjande (Menckel & Österblom 2000:42). Vuorela & Juutti (2015:85) menar att de medarbetare som mår bra både på arbetsplatsen och utanför sannolikt presterar bättre och är mera produktiva. Nilsson (2013:7) refererar till en undersökning gjord år 2004 som tyder på att motionsvanor, fysisk aktivitet och god upplevd hälsa har ett samband. Vidare poängteras att god hälsa är nyckeln till ökad produktivitet och arbetstillfredsställelse samt minskad sjukfrånvaro (Nilsson 2013:7).

I bästa fall definieras arbete som något positivt, något som värdesätts och som leder till personlig utveckling, men kan även uppfattas som något negativt, ansträngande och mödosamt. Menckel & Österblom (2000) menar att för att medarbetaren skall kunna uppleva arbetshälsa eller god hälsa i arbetet bör arbetet vara meningsfullt och innehålla en viss variation, arbetet skall vara lärorikt och innefatta möjlighet till utveckling, individen skall själv kunna, åtminstone delvist, reglera sitt arbete och skall se nytta i det hen gör. Vidare menas att god arbetshälsa kräver en bra fysisk miljö och ergonomi, lämplig arbetsmängd, egenkontroll, delaktighet, upplevelse av arbetsglädje och en god uppmuntrande ledning. (Menckel & Österblom 2000:20–23)

3.2 Delaktighet

Min studie utgår ifrån ett hälsofrämjande perspektiv. Jag har valt att en av de centrala begreppen utgår ifrån Ottawas sju principer, delaktighet. Jag kommer att ha fokus på medarbetarnas delaktighet under implementeringen av en livsstilsintervention och är intresserad av hur medarbetarna är delaktiga under processens tre ovannämnda faser. I förordningen om god företagshälsovårdspraxis (Finlex 2013) lyfts kundorientering fram som en grundläggande princip. Kundorientering innebär att man ser klienten/patienten som en aktiv, beslutsfattande deltagare och inte som ett objekt för företagshälsovården (Uitti et al. 2014:76).

Genom medarbetarens delaktighet skapas engagemang i arbetsgemenskapen. Eklöf & Ståhl (2012:15) menar att delaktighet och ökat inflytande under en förändring i arbetsgemenskapen, t.ex. under en intervention, betyder att vid beslutsfattande uppmärksammas allas kunskap och bidrag och antas lika relevant, vilket tillför arbetstillfredsställelse. Hultberg (2007) lyfter även fram delaktigheten som en betydande del av en lyckad förändring, man bör involvera medarbetare i skapande av tydliga, realistiska, gemensamma mål för arbetsgemenskapen. Sorensen et al. (1998) hävdar att förutom medarbetarnas delaktighet är även arbetsgivarens och organisationens delaktighet ytterst viktig för framgång. Lyckat hälsofrämjande arbete i

en arbetsgemenskap kräver att de som interventionen riktas till får vara delaktiga redan i själva planeringsskedet (Eklöf & Ståhl 2012:15-16).

3.3 Arbetsplatsen som en hälsofrämjande arena

Min studie riktar sig till hälsofrämjande insatser i arbetslivet, varför jag valt att fokusera på arbetsplatsen som en hälsofrämjande arena. I Ottawa Charter lyfts betydelsen av vardagsarenorna fram enligt följande: "Health is created and lived by people within the settings of their everyday life: where they learn, work, play and love" (WHO 1986). Hälsofrämjandet skall ske på individens vardagsarenor, i hemmet, arbetsplatsen osv. och därmed stärks förutsättningarna för bättre hälsa, jämlikhet och livskvalitet i livets alla skeden. Vidare poängteras att individen skall ges möjlighet att aktivt delta i verksamheten och beslutsfattande gällande sin hälsa (SHM 2001:15&33). WHO (2004) lyfter fram arbetsplatsens roll som en stödjande miljö i frågor gällande kost, motion och hälsa enligt följande: "Workplaces are important settings for health promotion and disease prevention. People need to be given the opportunity to make healthy choices in the workplace in order to reduce their exposure to risk. Further, the cost to employers of morbidity attributed to noncommunicable diseases is increasing rapidly. Workplaces should make possible healthy food choices and support and encourage physical activity."

Majoriteten av den vuxna befolkningen nås genom arbetslivet och möjliggör härmed förändring hos en större mängd individer, vilket enligt Addly et al. (2014) och Sorensen et al. (1998) gör arbetsplatsen till en av de viktigaste arenor för hälsofrämjande. Hultberg (2007) poängterar att hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen skall utgå ifrån ett arenatänkande, var varje arbetsplats är unik och var man strävar efter att medarbetare är delaktiga. Enligt Fischer et al. (1997) är arbetsplatsen en optimal hälsofrämjande arena var det finns tillgång till relevant information om medarbetarna, vilket betyder att man i arbetsgemenskapen kan lyfta fram och stöda de befintliga resurserna och under interventionen, samtidigt möjliggörs oftast uppföljning av påbörjad intervention.

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syfte är att kartlägga livsstilsinterventionens betydelse för främjandet av hälsa hos individer i arbetslivet och arbetshälsan. Avsikten är att diskutera företagshälsovårdens roll i implementeringen och genomförandet av en intervention hos företagshälsovårdsklienter.

Utgående från syftet har följande frågeställningar utarbetats:

1. Hur kan medarbetarnas dvs. klienternas delaktighet i implementeringen och genomförandet av en livsstilsintervention på arbetsplatsen tolkas?
2. Får medarbetarna vara delaktiga i implementeringen av en livsstilsintervention?

5 METOD

I min studie ämnar jag belysa intresseområdet och få en vidare inblick i valda temat. Som i bakgrunden framkommer finns det rätt digert material kring ämnet, varvid jag anser en litteraturstudie vara ett bra metodval. Av materialet görs en kvalitativ innehållsanalys med ett i huvudsak deduktivt förhållningssätt. Den kvalitativa innehållsanalysen kommer att vara materialcentrerad. För att få en vidare förståelse inom temat kommer resultaten att speglas mot den tidigare forskningen, bakgrunden och den teoretiska referensramen.

I kvalitativa studier ämnar forskaren upptäcka och tolka företeelser, förstå innebörden av något eller beskriva uppfattningar och bidra med teoretisk tolkning (Patel & Davidson 2011:105 och Tuomi & Sarajärvi 2009:85). I studien kommer jag att kvalitativt granska litteratur och följa den illustration som Backman redan år 1998 beskrev om den kvalitativa forskningsprocessens gång. Forskningsprocessen baserar sig på olika moment som bygger på varandra. I det första momentet klargörs frågeställningen, forskarens intresseområde. I följande momentet görs en litteraturgranskning var tidigare kunskap och forskning lyfts fram för att indikera problemet, visa betydelsen av ett problem samt hjälpa att precisera och formulera detta ytterligare. Då problemet preciseras görs litteratursökningen på basen av inklusions- och exklusionskriterierna. Slutligen analyseras och tolkas litteraturen utgående från problemformuleringen och den teoretiska referensramen. (Backman 1998:68-73)

Då undersökningen är av kvalitativ art och problemställningen inte är kausal ses undersökningen som utforskande, explorativ. Patel & Davidson (2011:12) menar att explorativa undersökningar används då det finns luckor i vårt kunnande eller då man vill belysa ett problemområde allsidigt. Enligt Jacobsen (2010:48) leder explorativa problemställningar till att få en djupare kunskap och ökad förståelse kring ett tema.

Min studie är deduktiv. I den deduktiva forskningslogiken försöker man kartlägga och hitta konkret i verkligheten den teori eller hypotes man valt att använda sig av (Janhunen & Nikkonen 2001:24). Enligt Patel & Davidson (2011:23) kan forskaren inte

arbeta helt förutsättningslöst, utan resultaten kommer att färgas av forskarens egna idéer och föreställningar.

5.1 Litteraturstudie

Jag har valt att använda mig av en litteraturstudie var jag kvalitativt granskar och analyserar litteratur. Jacobsen (2010:59-60), Tuomi & Sarajärvi (2009:123) och Denscombe (2014:319&194) menar att man i kvalitativa litteraturstudier utgår ifrån sekundär data och har som syfte att klargöra och ge fördjupad kunskap inom ett redan studerat område genom en noggrann och objektiv sammanställning av forskning. Enligt Backman (1998:66-67) är målet med en litteraturstudie att åstadkomma generalisationer, utveckla teorier och söka praktiska tillämpningar eller orsakssamband. En litteraturstudie är indicerad bland annat om man saknar kunskap inom ett visst ämne, det finns motstridig kunskap inom fältet eller om studien kan ge vetenskapligt stöd för praktik (Backman 1998:66-67).

5.1.1 Litteratursökning samt inkluderingskriterier

Litteratursökningen görs manuellt och systematiskt: litteratur från och med år 2006 till år 2016 granskas och artiklar evalueras sålunda att de artiklar som fyller inklusions- och exklusionskriterier medtages i studien. Sökningen görs i databaserna: Theseus, DiVA, PubMed, Mediq, Chinal, SveMed+ och Scandinavian Journal of Caring Sciences. Som sökord används: "arbetshälsa", "livsstilsintervention", "livsstil", "hälsofrämjande intervention", "hälsofrämjande", "arbetsplats", "arbetstagare", "delaktighet", "företagshälsovård", "työterveys", "elämäntapa", "elämäntapamuutos", "terveyden edistämisen interventio", "terveyden edistäminen", "työpaikka", "työntekijä", "osallinen", "työterveyshuolto" "occupational health and wellbeing", "lifestyle", "lifestyle interventions", "health promotion", "workplace", "employee", "involvement" och "occupational health".

5.1.2 Evalueringskriterier

Denscombe (2014:197) hävdar att då man gör en litteraturstudie bör forskaren ge sig akt på att intresseområdet inte blir för vagt eller snävt, detta för att kunna avgränsa de fynd man gör. Då forskaren har beslutit omfattningen av studien, preciserat studieobjektet blir evalueringskriterierna entydiga och klara. Evalueringskriterierna måste vara bestämda utifrån explicita kriterier, källorna skall vara relevanta för just detta tema, denna studie och skall vara kvalitativa och trovärdiga. (Denscombe 2014:197-199)

I kvalitativa litteraturstudier försöker man uppnå ett så kvalitativt gott och tillförlitligt resultat som möjligt. Härmed väcks frågan om mängden artiklar eller material som skall inkluderas i en kvalitativ studie för att den skall vara trovärdig och bra. Tuomi & Sarajärvi (2009:85) menar att det inte är mängden utan kvaliteten på källorna forskaren skall fokusera på. Vidare menar de att forskaren själv bör vara konsekvent och noggrann i valet av sina evalueringskriterier och att dessa skall bygga på forskningens syfte (Tuomi & Sarajärvi 2009:86).

Valet av artiklar sker i enlighet med inklusion- och exklusionskriterierna nedan.

Inklusionskriterier:

- Artiklar publicerade mellan år 2006 och år 2016
- Artiklar som är baserade på trovärdiga och respektfulla källor d.v.s. artiklarna skall ha en klar och entydig källförteckning och vara refereebedömda
- Artiklar tillgängliga i fulltext
- Titeln på artikeln skall beröra forskningens syfte, dvs tangeras något av följande; arbetshälsa och/eller hälsa, arbetslivet och/eller medarbetare, (livsstils)interventioner
- Finska eller nordiska förhållanden
- Språk: engelska, finska, norska, svenska

Exklusionskriterier:

- Artiklar som inte fyller inklusionskriterierna
- Artiklar som på basen av abstraktet inte ger relevant information till studien
- Artiklar vars syfte är att granska specifika sjukdomar eller patientgrupper, vilka inte ger relevant information till denna studie

5.2 Innehållsanalys

Innehållsanalysen är indelad i olika faser som mynnar ut i en vidare förståelse av temat, som enligt Patel & Davidson (2011:120-121) innefattar ofta både citat ur materialet och forskarens egna tolkningar och förståelse. Tuomi & Sarajärvi (2009:91-92) poängterar att forskaren bör framförallt i början vara konsekvent med att hålla sig till det tema man ämnar forska. Analysprocessen börjar med en precisering av själva forskningsområdet, teoretiska referensramen. Därefter sker artikel evaluering var man läser artiklar och bildar en förståelse av materialet. I följande skede medvetandegör man materialet genom kategorisering och presentation i modeller eller teman. Forskaren kartlägger, förklarar och spjälker upp materialet för att få klara och trovärdiga resultat (Tuomi & Sarajärvi 2009:95-96). Tuomi & Sarajärvi (2009:108-112) menar att i den materia centerade innehållsanalysen jämförs de resultat som fås med ursprungliga materialet, ord och begrepp kombineras och därigenom fås slutliga resultaten som baserar sig på logiska resonemang och tolkning. Under bearbetningen av materialet bör noggrann dokumentation utföras, detta för att underlätta den slutliga analysen och resultat redogörelsen, men också för trovärdighetens skull (Patel & Davidson 2011:120-121). Före själva slutledningen görs en analys och syntes var materialet tolkas och man bildar en vidare förståelse. (Janhunen & Nikkonen 2001:30)

Jag kommer att göra en innehållsanalys var jag analyserar de inkluderade artiklarnas innehåll och budskap och sammanför detta i resultatredovisningen utgående från min teoretiska referensram. Enligt Janhunen & Nikkonen (2001:24) kan en forskning antingen utgå ifrån en teori eller ett material som utmynnar i teoribildning. Min forskning är deduktiv var jag utgår ifrån en teori, min teoretiska referensram. Deduktiva innehållsanalysen för denna studie kommer att följa samma tematik och struktur som

bakgrunden och teoretiska referensramen bygger på. Jag kommer att i min analys gå från individperspektiv till grupp perspektiv och vidare till organisatoriskt perspektiv.

5.3 Etiska reflektioner

Som forskare bör man alltid förhålla sig kritisk till det man forskar i och samtidigt inneha ett etiskt förhållningssätt till hela processen man genomgår. Som stöd för etisk forskning finns anvisningar utgjorda av forskningsetiska delegationen (2012), som lyfter fram god vetenskaplig praxis som grund för tillförlitliga och trovärdiga forskningsresultat. I min studie studerar jag livsstilsinterventioner och riktar mig till medarbetare och företagshälsovårdens klienter. Jag anser att det är ytterst viktigt att poängtera ett etiskt framförande framförallt då man tangerar något så individuellt och personligt som livsstil. Respekt och integritet bör framhävas under processens gång. I detta kapitel kommer jag i korthet att ta upp vad etik är, vad etiska principerna inom hälsofrämjande innebär och vilka etiska reflektioner som bör uppmärksammas i studien.

5.3.1 Etik och etiska principer

Den grundläggande frågan gällande etik är vad som är rätt och vad som är fel, vad är gott och vad är ont. Enligt Leino-Kilpi & Välimäki (2004) bör man alltid i ett möte med en människa ta hänsyn till människornas värden, värderingar och attityd som refereras till de egna känslorna. Detta gäller i stor grad även i en vårdrelation var man skall bemöta och rådge en klient. Värden är abstrakta och individuella och utmynnar i positiva eller negativa mål. Sanning, frihet och jämlikhet är positiva värden, medan okunskap, lögn och ojämlikhet är negativa. I ett vårdförhållande bör vårdaren vara observant i sitt etiska förfarande och betrakta klienten med respekt och se hans individualitet. Ett etiskt korrekt förfarande betyder i ett vårdförhållande att vårdaren beaktar klientens autonomi, integritet och medgivande, och härmed medvetandegör att det är individen som bestämmer om hans hälsa och hälsobeteenden. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004:58-60 & 76)

Jämlikhet i hälsa är en etisk princip och vidare menas att hälsofrämjande är en etisk skyldighet (Tillgren et al. 2014:32). En stor etisk utmaning då det gäller hälsofrämjande är den orättvisa fördelningen av hälsa, att skillnaderna mellan befolkningsgrupper i avseende till tillgänglighet av social- och hälsovårdstjänster och den subjektivt upplevda hälsan är stora och ökar (ETENE 2007:4). Hälsa är en produkt av omsorg för sig själv och sin omgivning inklusive arbetsplatsen (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2014:81). Samhället har en skyldighet att stöda det hälsofrämjande arbetet bl.a. i arbetslivet och arbetsgemenskapen var man förser individen med information och verktyg för att uppnå hälsa och livskvalitet. Individen har dock självbestämmanderätt och ansvar över hens liv och de beslut hen tar. Som tidigare nämndes i bakgrunds kapitlet stiger följande frågor starkt fram i det hälsofrämjande arbetet och kräver ett etiskt ställningstagande: vad är ett gott liv, vad är livskvalitet och vad innebär hälsa för var och en (ETENE 2007:19). (ETENE 2007:12-15)

5.3.2 Etiskt forskande

Under forskningsprocessen bör ärlighet, noggrannhet samt omsorgsfullhet betonas i alla olika skeden, från litteratursökningen, dokumenteringen, presentationen av resultat till analysen och bedömningen av undersökningen. För att en forskning skall anses vara etiskt försvarbar bör den vara gjord enligt god forskningspraxis och basera sig på ändamålsenlig metodlitteratur. Forskningen bör grundligt och med noggrannhet planeras, genomföras och rapporteras. Öppenhet och ärlighet betonas vid tolkning och analys av resultat. Vid resultatredovisningen får ingen information åsidosättas, utan alla resultat skall redovisas och forskaren bör förhålla sig objektiv till ny kunskap (Leino-Kilpi & Välimäki 2004:290). Korrekta källhänvisningar poängteras och talar för respekt och hänsyn jämt mot andra forskare. (Forskningsetiska delegationen 2012)

I min litteraturstudie kommer jag att vara konsekvent och fullfölja de metoder som jag grundligt förklarat tidigare. Min studie kommer att genomföras omsorgsfullt utgående från min idéplan. Jag kommer som forskare att fungera ärligt och objektivt och redovisa för alla de resultat som uppkommer. Dels kommer jag att sammanfatta vad som framkommer i artiklarna, men kommer även att använda mig av citat från artiklarna. Jag

kommer att vara konsekvent och noggrann och fullfölja korrekta källhänvisningar till originalverk, detta för att undvika missförstånd och orättvisa. Jag anser min studie vara etiskt försvarbar.

5.4 Presentation av artiklarna

Nedan presenteras genomförandet av studien, artikelurvalet och i korthet de medtagna artiklarnas innehåll var för sig.

I min litteratursökning i de databaser och med de sökord som nämndes tidigare i kapitel 5 fick jag från år 2006 till år 2016 ett mycket stort material på 16 592 sökningar. Av detta material exkluderades 16 285 artiklar och studier på basen av titel, tillgänglighet i fulltext, huruvida de var refereebedömda och var ur finska eller nordiska förhållanden. Abstrakten på de kvarvarande 307 artiklar och studier lästes och på basen av dessa exkluderades 258 stycken, samtidigt exkluderades även dubletter. De kvarvarande artiklarna och studierna lästes, granskades och evaluerades och 31 artiklar ansågs orelevanta. De exkluderade artiklarna skulle inte i detta sammanhang ha givit relevant information om det tema som forskas. Till den slutliga analysen medtogs 18 artiklar och studier. För tydlighetens skull kommer jag i fortsättningen i redovisningen att använda benämning *artikel* för sökresultaten, materialet, oberoende är det en artikel eller en hel studie det är frågan om. I bilaga 2. Sökningsresultat illustreras sökningsresultaten mera genomgående. Artikelurvalet illustreras närmare nedan i figur 3.



Figur 3. Artikelurval

Då jag hade evaluerat materialet återstod 18 artiklar som analyserades mera genomgående. För att få en förståelse av materialet lästes det grundligt igenom flertalet gånger. Innehållet i de 18 artiklar spjälkades upp i mindre delar, som kom att representera underkategorierna, på basen av mina intresseområde dvs. *livsstilsinterventionens betydelse för arbetshälsan, företagshälsovårdens roll i implementeringen av en intervention och medarbetarens delaktighet i interventionen.* Dessa mindre delar integrerades sedan enligt innebörd och i enlighet med studiens syfte och avsikt samt studiens teoretiska referensram och de centrala begreppen i tre huvudkategorier. Huvudkategorierna är: *fokus på individen, trygghet vs otrygghet och framtidstro.* Innehållet i de tre huvudkategorier analyserades, vilket kom att förklara ytterligare mina intresseområden.

I min studie kom jag att relatera helheten till valda perspektivet, friskhetsperspektivet, det salutogena perspektivet, och betona det positiva i tillvaron och de resurser som finns att tillgå. För att få en helhetsbild av materialet kom jag att ytterligare granska och analysera materialet utgående från de centrala frågeställningarna jag tidigare framfört: *Hur kan medarbetarens dvs. klienternas delaktighet i implementeringen och genomförandet av en livsstilsintervention på arbetsplatsen tolkas? Får medarbetare vara delaktiga i implementeringen av en livsstilsintervention?*

Artiklarna och studierna som inkluderades i studien är publicerade åren 2007, 2010, 2011, 2012, 2014, 2015 och 2016. De är alla baserade på finska eller nordiska förhållanden. De är skrivna antingen på finska, svenska, norska eller engelska. Metoderna som använts i studierna är artikelöversikt (Eriksson 2012), litteraturstudie (Lammi 2010, Omondi & Rehn 2012), internet-baserad kartläggning och fokusgrupp intervju (Leander 2015), randomiserad kontrollerad studie (Christensen et al. 2011, Christensen et al 2012, Jakobsen et al 2015, Reijonsaari et al. 2012, Taimela et al. 2007), semistrukturerade intervjuer och enkäter (Bäckman 2015), frågeformulär (Aust et al. 2010, Heikkurinen 2011), kvalitativ forskningsintervju (Lien Smedsröd 2012, Litmanen 2012, Sundström 2014), situationsbeskrivning (Kettunen et al. 2014, Sillanpää 2012), dagbok, observation och intervju (Hotakainen 2016).

Sundström (2014) ville med sin studie söka förståelse för lyckade förändringsprocesser vad gäller hälsofrämjande livsstil bland friska personer. Hon betonar att en intervention är tidskrävande och för att lyckas bör individen komma till insikt, vilja ta ansvar, tro på sig själv, prioritera sig själv, ha framtidstro, ett bra och realistiskt självförtroende och uppleva en känsla av kontroll. Hon lyfter fram betydelsen av en stödjande miljö, empowerment, positiva upplevelser och erfarenheter vilka leder till en positiv spiral, stärkande av självförtroende och en känsla av sammanhang. (Sundström 2014)

Bäckman (2015) ville i sin studie lyfta fram livsstilssköterskornas tankar om livsstilmottagningens viktigaste uppgifter och deras syn på hur den idealistiska livsstilmottagningen skulle se ut. I studien lyfts patientens delaktighet fram, att hen själv är ansvarig och skall ges en möjlighet att ta kontroll över sin hälsa.

Livsstilssköterskorna skall genom motiverande samtal medvetandegöra, bekräfta, stöda, informera och rådge patienten. Det handlar om en dialog var klienten är i fokus, klienten skall känna meningsfullhet, begriplighet och att situationen är hanterbar, KASAM. Vårdrelationen bygger på tillit, växelverkan och tolerans. (Bäckman 2015)

Omondi & Rehn (2012) undersökte hurdana metoder är effektiva gällande främjandet av arbetshälsan och kunde konstatera att det gjorts lite undersökningar som mäter graden av effektivitet. Flexibla interventioner som ökar medarbetarens möjlighet att påverka ökar känslan av kontroll och påverkar arbetshälsan positivt. Både medarbetare och arbetsgivaren har ett ansvar gällande främjandet av arbetshälsa. Hälsofrämjandet på arbetsplatsen skall vara välplanerad, förutseende och långvarigt. Omondi & Rehn skriver att arbetsvälbefinnande kan påverkas positivt genom flexibla arbetstider, socialt stöd, motions- och andra preventiva interventioner. Det betonas även att arbetshälsa korrelerar direkt till produktiviteten. (Omondi & Rehn 2012)

Hotakainen (2016) gjorde en 10 veckor lång kostintervention bland män i arbetsför ålder var hon ville utreda deltagarnas upplevelser av interventionen. Rent konkret ändrade deltagarnas kostvanor positivt mot nationella kostrekommendationerna, bl.a. ökade användningen av grönsaker vid matlagningen. Vad som upplevdes negativt och som ett hinder var att hälsosam kost ansågs vara mera kostsam. En livsstilsintervention är möjlig om individen känner att hen har ett mål och en strategi hur nå målen, besitter självkänedom, litar på sig själv och är optimistisk. För att möjliggöra en förändring måste hen ha vilja, resurser, kunskap, ett socialt och uppleva empowerment. Hotakainen lyfter fram företagshälsovården som viktig och att interventioner som görs på arbetstid i en grupp upplevs som positivt. Samhörighet, socialt stöd, ett salutogent tankesätt och att människans värdighet, egenvärde, autonomitet och integritet respekteras är faktorer som betonas. (Hotakainen 2016)

Leander (2015) har studerat effekten av att fysisk aktivitet stöds i en arbetsgemenskap och hur detta borde utföras. Leander betonar att en lyckad intervention kräver skolning och kunskap, klara målsättningar, kontinuerlig uppföljning, feedback och evaluering. Fysiskt aktivitet har en positiv inverkan på arbetsförmågan och hälsan, sociala samvaron

och stöder orkandet i arbetet. Genom att främja fysisk aktivitet i arbetsgemenskapen bidrar man till psykiskt välbefinnande, ökad arbetsmotivation och effektivitet, samhörighet, samt minskad arbetsfrånvaro och omsättning. Främjandet av fysisk aktivitet bidrar till en känsla av att någon bryr sig, att hen är viktig för arbetsgemenskapen. Hälsofrämjande interventioner stärker inre och yttre mekanismer som skyddar hälsan, stöder hållbar livsstilsförändring och utvecklar hälsomedvetenheten. (Leander 2015)

Litmanen (2012) har studerat arbetshälsa, hur detta uppmärksammas i arbetsgemenskapen och vilka faktorer som inverkar på detta. Då organisationen och medarbetarna upplever välbefinnande i arbetet ökar produktiviteten och kostnaderna minskar, dvs. medarbetare med välbefinnande är mera produktiva och arbetsvilliga. Välbefinnandet kräver ett stödande gott ledarskap, ett intresse för den enskilda medarbetarnas välbefinnande och kontinuerlig interaktion mellan de olika parterna. Medarbetarna bör ses med skolning och möjliggöras vidare utveckling. Förmannen och hela arbetsgemenskapen skall inneha en positiv attityd till innovativa idéer och en god struktur och kvalitet skall prioriteras. Olikheter i gruppen skall ses som en resurs och medarbetarnas insatser värdesättas. Var och en i arbetsgemenskapen är ansvarig för sin egen attityd till arbetet och arbetsgemenskapen och bidrar till en positiv arbetsatmosfär. Företagshälsovården lyfts fram som en resurs som skall bidra till välmående och hälsa hos medarbetare genom att stöda och motivera den enskilda individen och se medarbetaren i sin helhet. (Litmanen 2012)

Lammi (2010) har studerat hälsofrämjande interventionernas effektivitet med fokus på både de fysiska som de psykiska faktorerna, samt hurdana interventioner som upplevts som bra. Arbetshälsan är mångdimensionell och tar i beaktande bl.a. individen, ledarskapet, arbetsatmosfären och känslan av kontroll över det jobb hen utgör. Arbetshälsa och arbetet korrelerar till psykiskt välbefinnande, arbetsförmågan korrelerar med den fysiska aktiviteten, var brist på fysisk aktivitet talar för försämring i arbetsförmågan. Då individen känner psykiskt välbefinnande innehar hen en förmåga till sociala relationer, har självrespekt och är kapabel att göra ett gott jobb. Förutsättning för goda arbetsprestationer är ett starkt stödande ledarskap, medarbetarnas möjlighet till påverkan, öppen arbetsgemenskap och kommunikation. (Lammi 2010)

Sillanpää (2012) har i sin studie forskat på vilka sätt man kunde förbättra interventioner som fokuserar på fysisk aktivitet och fysiken i allmänhet hos medarbetare. Interventioner av detta slag ses som något positivt. I artikeln lyfts fram en undersökning från år 2001 gjord av Suomen Gallup som påvisar att 75% av medarbetarna upplever att fysisk aktivitet och motion förbättrar den fysiska arbetsförmågan, samtidigt upplever 90% av medarbetarna att det förbättrar den psykiska arbetsförmågan. Sillanpää menar att fysisk aktivitet på arbetstid stöder orkande i arbetslivet och utförandet av framförallt fysiska arbetsuppgifter. Som förbättringsförslag lyfts medarbetarnas ökade delaktighet och ansvar över sitt välbefinnande fram. (Sillanpää 2012)

Heikkurinen (2011) har studerat huruvida förändringar i uthållighet och fysisk aktivitet påverkar den subjektivt upplevda arbetsförmågan. I studien framkommer ingen signifikant förbättring i den upplevda arbetsförmågan hos de vars uthållighet förbättrades under interventionen. Däremot, hos de vars uthållighet blev sämre kunde man se ett visst samband med en minskning i den tid de använde till fysisk aktivitet och ökat välbefinnande. Man kan fråga sig huruvida detta kunde bero på att de som förbättrade sin uthållighet samtidigt kände en yttre press och stress, medan de som inte rörde på sig i samma grad inte kände av stressen. Trots ovan nämnda, kan resultaten tala för att ökad fysisk aktivitet bidrar till att bibehålla upplevda arbetsförmågan, eller att den minskar i mindre grad. Mångfasetterade och individuellt planerade interventioner är att rekommendera. (Heikkurinen 2011)

Taimela et al. (2007) har forskat huruvida interventioner riktade till riskgrupp är effektiva eller inte. I interventionen blev klienter tillhörande högriskgrupp skickade vidare av företagshälsovården till diverse specialister för konsultation och vidare vård. De klienter som tillhörde medelriskgrupp hade möjlighet att ringa till en konsultationstelefon för att få rådgivning. Det framkom att högriskklienter hade nytta av interventionen, medan de med mindre risk hade lika bra nytta av "bara vanlig" företagshälsovård. Det framkom inte huruvida interventionen var effektiv för att den riktades till de som tillhör högriskgruppen eller för att metoden var bra. Forskningen kunde inte påvisa någon evidens gällande lönsamhet, men antas ha en positiv effekt på

kostnader eftersom sjukledigheters varaktighet minskar. Företagshälsovården lyfts fram som en ypperlig resurs då man vill identifiera de som hör till riskgrupp och kan härmed ingripa och stöda denna klientgrupps arbetsförmåga. (Taimela et al. 2007)

Kettunen et al. (2014) studerade huruvida en intervention baserad på fysisk aktivitet förbättrade arbetsförmågan, i fokus var de medarbetare med sämre utgångsläge gällande arbetsförmåga. Interventionen resulterade i ökad grad av fysisk aktivitet hos deltagarna vilket kan korrelera med ökad arbetsförmåga. Det poängteras dock att interventionstiden var kort och för konstaterande av långtidseffekten av interventionen krävs mera forskning. (Kettunen et al. 2014)

Jakobsen et al. (2015) har studerat huruvida fysisk aktivitet på arbetsplatsen vs i hemmet påverkar arbetsförmågan hos hälsovårdspersonal. Resultatet tyder på att fysisk aktivitet på arbetsplatsen med kolleger ökar arbetsförmågan bland kvinnliga vårdare. Vidare menas det att grupp och instruerade motionsinterventioner har bättre effekt och ger bättre resultat än om interventionen utgörs på egenhand i hemmet. Detta talar för det sociala stödet och dess inverkan på hur en intervention lyckas. I studien har inte kostnadseffektivitet beaktas. (Jakobsen et al. 2015)

Christensen et al. (2011) lyfter fram i sin artikel att kost- och motionsrådgivning tillsammans med kognitiv terapi kan vara effektiva då de utgörs på arbetsplatsen. Studien påvisar att det finns behov av multifaktoriella interventioner som tar fasta på kostvanor och fysisk aktivitet samtidigt som interventionen stöds av beteende terapi. Vilken företagshälsovårdens roll är eller huruvida medarbetare får vara delaktig i implementeringen av interventionen klargörs inte. Långtidseffekten av interventionen påvisas inte i denna artikel. (Christensen et al. 2011)

Christensen et al. (2012) har i sin forskning studerat huruvida en intervention på arbetsplatsen bestående av kostrekommendationer, motions rådgivning och kognitiv terapi är effektiv. Resultaten påvisar att arbetsplatsen är en ypperlig hälsofrämjande arena, framförallt om fokus hålls på viktreduktion och fokusgruppen består av överviktiga kvinnor. Vidare poängteras tidsperspektivet och att interventionerna skall

implementeras över en längre tid. Interventioner skall vara multidimensionella och integrera flera olika delområden för gynnsamma resultat. I studien nämns inte företagshälsovårdens roll eller klientens delaktighet. (Christensen et al. 2012)

Lien Smedsröd (2012) lyfter fram i sin studie vad som bidrar till att en livsstilsintervention lyckas. Lyckad livsstilsförändring handlar om att hitta något som motiverar en till förändring, ta i bruk nya vanor, hitta resurser och hantera sig själv. En större grad av kontroll och hanterbarhet över sitt liv, empowerment, självreglering, och psykisk hälsa lyfts fram som viktiga. För att en förändring skall bli av bör individen inneha resurser och färdighet att göra förändring, samtidigt som eventuella hinder skall vara minimerade. Interventionen skall vara väl planerad och det bör ske en kontinuerlig utvärdering under interventionens gång. Individen bör komma till insikt om hens värderingar kring hälsa, relationer och självbild för att lyckas i processen, det handlar om en förståelse mellan känslor, tankar och handlingar. Otrygghet, upplevelsen av att inte orka eller bemästra vardagen nämns som hot för en lyckad intervention. Företagshälsovården är en expert, rådgivare, någon som väcker tankar och motiverar. (Lien Smedsröd 2012)

Aust et al. (2010) beskriver i sin studie en intervention som hade som avsikt att öka det psykiska välbefinnande och psykosociala förhållandena i arbetsgemenskapen, men som misslyckades. I interventionen förde man fokus till ledarskapet varvid medarbetare blev lämnade utanför. Deltagarna i interventionen var omedvetna om sina roller och vad som förväntades av dem, vilket resulterade i frustration och otrygghet. Även om studien fokuserade på ledarskapet kände även ledarna sig vilse och otrygga i sina roller, härmed ledde interventionen till försämring av interpersonella relationer, inklusive ledarskapet. En intervention bör ta i beaktande deltagarnas förväntningar och möjliggöra delaktighet. Studien poängterar struktur, målsättning, förtydligande av roller samt dokumentation, utvärdering och evaluering under hela interventionens gång. (Aust et al. 2010)

Reijonsaari et al. (2012) har studerat en intervention baserad på fysisk aktivitet som gjordes av utomstående konsulter och vilken effekt denna hade på fysisk aktivitet hos deltagarna. Interventionen varade i 12 månader och under denna tidsperiod var

företagshälsovården som vanligt till förfogande för både deltagare och kontrollgrupp. Samplet utgjordes av friska, fysiskt aktiva medarbetare som monitorerades och vars fysiska aktivitet följdes upp via online service. I studien framkom ingen signifikant skillnad mellan de som deltog i interventionen och kontrollgruppen. Enligt studien kunde man tänka sig att en extern konsult är onödig och att ökade resurser hos företagshälsovården kunde ha givit mera positiva resultat. Det framkom inget om medarbetarnas delaktighet under implementeringen av interventionen. (Reijonsaari et al. 2012)

Eriksson (2012) lyfter fram i sin artikel socialt kapital och dess betydelse i hälsofrämjandet. Socialt kapital kan möjliggöra livsstilsförändringar med hjälp av socialt inflytande. Vidare menas att socialt kapital kan inge en känsla av självkänsla och att ökad social delaktighet kan bidra till ökad livsmening. Socialt kapital ökar tillgången till arbetsmöjligheter och materiella tillgångar vilka kan ses som resurser. Socialt kapital bidrar till en hälsofrämjande miljö, hjälper att sprida hälsofrämjande normer och kunskap, samt hjälper till att genom ökat samarbete lösa problem. (Eriksson 2012)

En artikelöversikt av de inkluderade 18 artiklar från år 2006 till år 2016 presenteras i bilaga 3. Artikelöversikt var det framkommer vad artiklarna heter, författare, årtal, metod och material i respektive forskning/artiklar samt nyckelord.

6 RESULTATREDOVISNING

Studiens syfte var att kartlägga livsstilsinterventionens betydelse för främjandet av hälsa hos individer i arbetslivet. Avsikten var att diskutera företagshälsovårdens roll i implementeringen och genomförandet av en intervention för företagshälsovårdsklienter. Jag ville få insikt och förståelse om klienternas delaktighet, samt huruvida de får vara delaktiga i implementeringen och genomförandet av en livsstilsintervention på arbetsplatsen och hur detta kan tolkas. Jag ville i studien utgå ifrån ett friskhetsperspektiv, det salutogena perspektivet, och betona det positiva i tillvaron och de resurser som finns att tillgå. I det följande kommer jag att presentera de kategorier som uppkom vid innehållsanalysen. Kategorierna presenteras i text samt i form av tabeller. Tabellerna beskriver de huvudkategorier som uppkommit ur artiklarna, vilka nyckelord som framkommer samt till vilken underkategori temat hör.

De kategorier som uppkom i enlighet med studiens syfte och avsikt samt den teoretiska referensram och de centrala begreppen kan delas in i huvudkategorierna: *fokus på individen*, *trygghet vs otrygghet* och *framtidstro*. I brödtexten som tillhör de olika kategorierna presenteras analysresultaten och innehållet i huvudkategorierna refererat till underkategorier som har sitt fokus på tidigare nämnda intresseområden: *livsstilsinterventionens betydelse för arbetshälsan*, *företagshälsovårdens roll i implementeringen av en intervention* och *medarbetarnas delaktighet i interventionen*. För att klargöra innehållet i underkategorierna ytterligare redogörs i bilaga 4. Underkategorierna vad som framkommer i analysen av artiklarna.

6.1 Kategori 1: Fokus på individen

I detta kapitel kommer jag att redogöra för huvudkategorin *fokus på individen* och kommer i min redovisning att hålla fokus på de tre intresseområdena som tidigare nämndes. Nedan i brödtexten redogör jag först vad fokus på individen innebär då man diskuterar livsstilsinterventionens betydelse för arbetshälsan, därefter ligger fokuset på företagshälsovårdens roll i implementeringen av en intervention och till sist fokuseras ytterligare på individen, medarbetaren som ämnar delta i interventionen. I bilaga 5

presenteras i form av en tabell huvudkategorin, uppkomna nyckelord samt till vilken underkategori det hör.

6.1.1 Fokus på individen och interventionens betydelse

Som tidigare framkommit är hälsa en faktor som starkt påverkar arbetshälsan, kvaliteten på arbetet samt produktiviteten (Omondi & Rehn 2012:4). Litmanen (2012:9) menar att friska medarbetare korrelerar med produktiva medarbetare. Leander (2015:20) betonar i sin artikel att arbetshälsans betydelse ökar med ökad arbetsbelastning. "...have a strategy for well-being... job satisfaction is precious thing for companies and main sources of health, well-being and productivity for the company..." (Litmanen 2012:33). Litmanen (2012:33) och Lammi (2010:23) poängterar att välbefinnande på arbetsplatsen och arbetstillfredsställelse är i direkt anknytning till produktiviteten, varför det lönar sig att satsa på hälsofrämjande interventioner.

Artiklarna lyfter fram att motion och fysisk aktivitet, framförallt på arbetsplatsen, påverkar positivt arbetsförmågan, både då det utgörs individuellt och i grupp (Leander 2015:21-22, Heikkurinen 2011:20 och Kettunen et al. 2014:4). Aust et al. (2010:117) och Omondi & Rehn (2012:19) poängterar i sina artiklar att flexibla interventioner var medarbetarna är i fokus och närvarande är effektiva, dock skall rollfördelningen vara klar. Vidare menar Christensen et al. (2012:7) och Hotakainen (2016:28) att interventioner som görs på arbetsplatsen är rätt heltäckande i det avseende att man når en stor skara människor med både gemensamma nämnare men också olika bakgrunder, detta gör arbetsplatsen till en ypperlig arena för hälsofrämjande.

För en lyckad intervention bör individen sätta sig själv i fokus, inte bara gällande interventionen utan även på andra plan (Sundström 2014:63). Litmanen (2012:12) menar i sin tur att i och med interventionen innehar individen en framtidssyn och vill utvecklas. Lammi (2010:13) menar att en livsstilsintervention handlar om individens strategiska val mot mera välbefinnande, om ny livsstil och val att leva hälsosamt. Flera artiklar betonar att interventionen skall genomföras med tillräckliga resurser och stöd, samt genom att man möjliggör rätt val (Litmanen 2012:22, Lammi 2010:14 och

Reijonsaari et al. 2012:7). De som gynnas mest av interventioner är de som hör till riskgrupp för försämrad arbetshälsa, det handlar alltså om att rikta interventionen till rätt grupp av individer (Lammi 2010:42, Taimela et al. 2007:5, Kettunen et al. 2014:5, Christensen et al. 2011:7 och Reijonsaari et al. 2012:8).

I sin artikel lyfter Heikkurinen (2011:18) fram den åldrande medarbetaren som en viktig grupp att rikta interventioner till, framförallt för att arbetslivet beräknas bli allt längre och tyngre, och då försämrad arbetsförmåga korrelerar direkt till ökad ålder. "Yksilön voimavarojen ja työn kuormittavuuden ollessa tasapainossa, työkyvyn ajatellaan heijastuvan ulospäin työssä jaksamiseen, hyvinä työsuorituksina ja tuottavuutena sekä yleisenä hyvinvointina." (Heikkurinen 2011:13). Under interventionen bör det råda en balans mellan individuella resurser, arbetslivet och fritiden (Heikkurinen 2011:13).

"Constructive leader allows individuals in the group and understands that the fruits of profit will fall to a common basket..." (Litmanen 2012:15). Att ha en holistisk syn, se medarbetare och resurser i hen, samtidigt som man låter individen fungera autonomt är viktiga faktorer i en lyckad intervention på arbetsplatsen enligt Lammi (2010:11), Litmanen (2012:15) och Heikkurinen (2011:17). Samtidigt har arbetsgivaren enligt Litmanen (2012:16) ett ansvar att möjliggöra, stöda och belöna individen under processens gång.

6.1.2 Fokus på individen och företagshälsovårdens roll

Som tidigare nämnts innehar företagshälsovården en expertroll, besitter kunskap och skall under interventionens gång kunna ge råd, ge verktyg och vägleda mot en lyckad intervention (Sundström 2014:14, Bäckman 2015:52, Lammi 2010:42, Eriksson 2012:334). Företagshälsovården skall bekräfta, uppmuntra och motivera individen till förändring genom empowerment, självkontroll och eget ansvar (Sundström 2014:56, Lammi 2010:56). "...tarkoituksena saada asiakkaan mielenkiinto heräämään aiheeseen ja ajattelemaan asiaa, tarkastelemaan omia näkökulmiaan, jolloin hän aktivoituu keskustelemaan..." (Hotakainen 2016:21). Flera artiklar (Bäckman 2015:19, Hotakainen 2016:21&29, Aust et al. 2010:117) lyfter fram motiverande samtal och aktivt lyssnande

var man utgår ifrån individen, ser och hör, aktiverar och medvetandegör hen som viktigt.

Enligt Lien Smedsröd (2012:23), Litmanen (2012:33) och Taimela et al. (2007:5) stöder företagshälsovården genom planering, evaluering, kontinuerliga kontroller och uppföljning individen under processens gång. Kettunen et al. (2014:5) poängterar att företagshälsovården är i nyckelposition att identifiera riskgrupp och stöda dem till förändring. Lien Smedsröd (2012:27) skriver enligt följande "Stöttande nettverk er avgörande for at de har fått til endringer...". Förhållandet mellan företagshälsovården och individen bygger på tillit, ömsesidighet och realistiska förväntningar (Eriksson 2012:334 och Lien Smedsröd 2012:28).

6.1.3 Fokus på individen och medarbetarens delaktighet

För en lyckad intervention krävs det att den är individcentrerad, har en holistisk syn och att det finns respekt för den enskilda individen (Bäckman 2015:52, Omondi & Rehn 2012:5, Leander 2015:63, Heikkurinen 2011:53). Hotakainen (2016:21&23) skriver enligt följande: "Elämäntapamuutosten toteuttaminen edellyttää yksilöltä tavoitteita ja suunnitelmallisuutta... halukkuutta, valmiutta, kykeneväisyyttä muutokseen..." och vidare att: "Yksilön oma oivallus ja ratkaisun löytäminen ongelmiin on olennaista, ympäristön ollessa vain tukena...". En lyckad intervention kräver enligt Bäckman (2015:14&57), Lammi (2010:14&56), Litmanen (2012:16) och Sundström (2014:2,9&56) av individen att hen är aktiv i processen, självkritisk, har en vilja att ta eget ansvar, vilja att hitta sina resurser, empowerment.

Vidare menas det att tro på sig själv, ha mod, ha ett starkt självförtroende innebär att man sätter jaget i fokus, har en känsla av kontroll över hens liv, hens resurser, styrkor och hens roll under processen (Sundström 2014:29,44&50, Hotakainen 2016:22, Litmanen 2012:6, Lammi 2010:17). Både Litmanen (2012:43) och Sundström (2014:16&24) lyfter fram att individen har självbestämmanderätt, bör vara delaktig, ha tillit och bör värdesätta sig själv för att en intervention skall vara möjlig. "Ett empowerment-starkt hälsofrämjande arbete innefattar identifiering av personens

6.2.1 Trygghet vs otrygghet och interventionens betydelse

Omondi & Rehn (2012:21) menar att en lyckad livsstilintervention börjar med insikt, att bli mera medveten om sin omgivning och hur den påverkar hälsan, få kunskap och förklaringar. "...de refererar till de gamla rutinerna som en trygghet, vilket innebar att de även insåg att de måste vara färdiga att stiga ur sitt trygghetsområde för att låta en förändring ske." (Sundström 2014:41). Sundström (2014:58) lyfter fram i sin artikel en känsla av insikt om de resurser som finns i en själv och i omgivningen att de möjliggör förändring och gör processen mera hanterbar och begriplig. En intervention som baserar sig på struktur, evaluering och uppföljning inger enligt Hotakainen (2016:30), Lammi (2010:11) och Leander (2015:44) trygghet.

Artiklarna lyfter fram klara ramar och målsättningar samt fokus på flerdimensionella interventioner som effektiva och kan rekommenderas att utföras på arbetsplatsen vilka resulterar i arbetshälsa och arbetsförmågan (Christensen et al. 2012:7, Heikkurinen 2011:60, Jakobsen et al. 2015:6, Lammi 2010:22). "Eri-laisten terveyttä edistävien toimintojen, kuten painonpudotus- ja hallintaohjelmien, tukeminen työpaikoilla on oleellista, koska ne mitä todennäköisemmin johtavat kustannussäästöihin työntekijöiden osalta. työhyvinvointitoiminta vaikuttaa merkittävästi työntekijöiden hyvinvointiin ja työkykyyn..." (Lammi 2010:23). Både Christensen et al. (2011:2), Heikkurinen (2011:49) som Sillanpää (2012:67) menar att flerdimensionella interventioner ofta betyder att man har ett holistiskt angreppssätt och att interventionen i sig riktas mot flera olika områden, t.ex. en livsstilintervention som riktas mot både kost och motion och innehåller samtidigt eventuellt kognitiv terapi.

För att en förändringsprocess skall lyckas krävs det att individen känner socialt stöd och trygghet. Leander (2015:26) skriver enligt följande om interventioner riktade till fysisk aktivitet: "Interventiot, joissa hyödynnetään lähiympäristön sosiaalista tukea, vaikuttavat myös jonkin verran fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen ja sitä kautta liikkumattomuudesta aiheutuviin kustannuksiin.". Flera artiklar lyfter fram betydelsen av trygghet. Trygghet innebär stöd, struktur, resurser och en klar och entydig rollfördelning (Omondi & Rehn 2012:28, Leander 2015:26, Litmanen 2012:14, Aust et al. 2010:117-118). Lammi (2010:11) och Litmanen (2012:35) menar att varje

arbetsplats borde ha en strategi hur möjliggöra välbefinnande och empowerment. "Well planned program for well-being will help people to get help when needed. Well-being at work needs clear focus areas, schedule and goals in order to be successful." (Litmanen 2012:18).

Fysisk aktivitet på arbetsplatsen med sina arbetskolleger och hälsouppföljningar hos företagshälsovården har påvisats enligt Litmanen (2012:45) inge trygghet och ha en god effekt på välbefinnande och arbetsförmågan. Enligt Leander (2015:61&70) och Litmanen (2012:22) inger det att arbetsgivaren tar sitt ansvar, motiverar, är engagerad och möjliggör resurser för en intervention trygghet.

6.2.2 Trygghet vs otrygghet och företagshälsovårdens roll

Lien Smedsröd (2012:27) och Sundström (2014:46) betonar företagshälsovårdens expertis och kunnande, de menar att detta inger trygghet för medarbetare i implementeringsprocessen. Flera artiklar poängterar företagshälsovårdens roll under interventionen och menar att de skall bry sig om, bekräfta, uppmuntra, motivera och ge verktyg för att den enskilda medarbetaren skall kunna hitta sina resurser och förverkliga interventionen på bästa möjliga sätt (Sundström 2014:14, Bäckman 2015:52, Hotakainen 2016:27, Lammi 2010:56). "asiakas tuntee oman elämänsä ja tietää, minkälaiset ratkaisut omassa elämässä toimivat, mutta tarvitsee hoitohenkilökunnan asiantuntemusta ratkaisujen tekoon... tarkoituksena saada asiakkaan mielenkiinto heräämään aiheeseen ja ajattelemaan asiaa, tarkastelemaan omia näkökulmiaan, jolloin hän aktivoituu keskustelemaan..." (Hotakainen 2016:21).

Empowerment betonas av Hotakainen (2016:31) och Sundström (2014:56) som menar, att genom aktivt lyssnande, motiverande samtal, vägledning och kommunikation kommer man fram till empowerment. "Informanterna lyfte fram fakta och information, innehållande praktiska och konkreta exempel samt förklaringar till varför, som en viktig faktor för att väcka vilja att förändra beteende samt motivation att förändra..." (Sundström 2014:40)

Företagshälsovården representerar i bästa fall en viktig engagerad interpersonell relation som medvetandegör, aktiverar, hjälper att planera och utför uppföljning hos individer under en intervention (Bäckman 2015:15&54, Eriksson 2012:341, Hotakainen 2016:25, Leander 2015:52, Lien Smedsröd 2012:23). Flera artiklar betonar att företagshälsovården är en viktig resurs, som genom hälsogranskningar och tidiga ingripanden inte bara hittar de som ligger i riskzon utan också de som lätt faller utanför interventionen (Hotakainen 2016:55, Litmanen 2012:20, Lammi 2010:18, Taimela et al. 2007:5). Företagshälsovården har ett ansvar att stöda medarbetaren mot mera hälsa, oberoende sker detta genom interventioner, internet-baserad virtuell kontakt eller traditionell mottagning (Hotakainen 2016:59, Litmanen 2012:2&33, Lammi 2010:51, Reijonsaari et al. 2012:4).

Det framkom i artiklar att de interventioner som genomfördes av utomstående konsulter eller företag, inte alltid gav ett positivt resultat. Enligt Litmanen (2012:23), Lien Smedsröd (2012:25) och Reijonsaari et al. (2012:3) representerar företagshälsovården en från tidigare känd och trygg kunskapsbas som eventuellt är ett bättre alternativ vid genomförande av interventioner än en utomstående expert eller konsult.

6.2.3 Trygghet vs otrygghet och medarbetarens delaktighet

En intervention är oftast något okänt och nytt för den som skall delta, för en lyckad intervention bör individens som deltar tro på sig själv, sina möjligheter och på själva interventionen (Lien Smedsröd 2012:20). Både Lien Smedsröd (2012:30) och Sundström (2014:16) menar att för medarbetaren inger ett positivt tänkande, det att hen tror på vad hen gör, att hen accepterar utmaningar och framförallt att hen accepterar sig själv trygghet. Vidare menar Sundström (2014:16) att negativa känslor, osäkerhet, svårighet att finna balans i tillvaron samt plikter kan innebära en känsla av rädsla, obehag och otrygghet.

"...en tanke om att de borde göra någonting... minnen då de mått bättre... önskan att få komma tillbaka till det stadiet gällande hälsa och välmående... osäkerhet gällande framtid..." (Sundström 2014:39). Ett starkt jag (Sundström 2014:29), att hen kommit till

insikt (Sundström 2014:55 och Hotakainen 2016:24), hittat hens resurser och egenmakt (Bäckman 2015 s.63) gör att hen uppfattar hens omgivning begriplig och hanterbar (Bäckman 2015:61 och Lien Smedsröd 2012:20) vilket direkt korrelerar till känslan av trygghet.

"...tunteen, että hänestä välitetään ja huolehditaan työyhteisössä..." (Leander 2015:22). För att interventionen skall lyckas på bästa möjliga sätt bör deltagarna enligt Leander (2015:62) och Litmanen (2012:23) känna sig sedda och hörda, accepterade som individer, uppleva balans och samtidigt ha en valfrihet. Enligt Hotakainen (2016:28) och Litmanen (2012:24) sätter en långsiktig intervention tyngd på etiska aspekter, respekt och jämlikhet. Lammi (2010:22) och Litmanen (2012:42) menar att en intervention skall stöda orkande och kunnande samt vara belönande för den enskilda individen.

6.3 Kategori 3: Framtidstro

I detta kapitel kommer jag att redogöra för huvudkategorin *framtidstro* och kommer i min redovisning att hålla fokus på de tre intresseområdena som tidigare nämndes. Nedan i brödtexten redogör jag först vad framtidstro innebär med fokus på livsstilsinterventionens betydelse för arbetshälsan, därefter ligger fokus på företagshälsovårdens roll i implementeringen av en intervention och till sist framtidstro korrelerat till medarbetarens delaktighet i interventionen. I bilaga 7 presenteras i form av en tabell huvudkategorin, uppkomna nyckelord samt till vilken underkategori det hör.

6.3.1 Framtidstro och interventionens betydelse

Framtidstro handlar om positiva upplevelser, attityd och om en vilja att sträva framåt. "Förändringarna och positiva upplevelserna på olika nivå sågs som viktiga för att orka fortsätta, ökade tron på det de gjorde, men ledde även till stärkning av självförtroende, tro på sig själv och vilja att lägga upp vidare målsättningar och sträva vidare." (Sundström 2014:44). Positiva upplevelser ökar tron på sig själv och på sin omgivning.

Flera artiklar talar om en räkka positiva upplevelser, en positiv spiral, snöbollseffekt var en positiv sak förstärker en annan (Sundström 2014:45, 50 & 60 och Litmanen 2012:12). Sundström (2014:64) lyfter fram programmet, en lyckad intervention som något positivt, som en nyckel till förändring var upplevelsen av att lyckas på ett plan, även inverkar på andra plan. Aust et al. (2010:115) menar att en mindre lyckad intervention medför stress och utmattning som inverkar negativt på individen i sin helhet.

Omondi & Rehn (2012:29) betonar i sin artikel att ökad hälsa leder till ökad arbetshälsa, en medarbetare som har arbetshälsa är även mera produktiv och upplever sig ha ökad arbetsförmåga. Leander (2015:21) och Kettunen et al. (2014:4) lyfter fram fysisk aktivitet som något positivt som korrelerar till arbetsförmågan och produktiviteten, framförallt hos de som har ett fysiskt arbete. Fysisk aktivitet i sig har en positiv inverkan både på produktiviteten och på det mentala välbefinnandet på arbetet (Litmanen 2012:19). Leander (2015:22) påpekar att fysisk aktivitet utförd på arbetsplatsen har oftast en positiv inverkan både på enskilda individen som hela arbetsgruppen.

Både Leander (2015:60) och Litmanen (2012:12) tar fasta på hur man i arbetsgemenskapen borde sträva till kontinuerlig utveckling av arbetsvälbefinnande, var tillräckliga resurser borde vara ett faktum. Litmanen (2012:42) och Taimela et al. (2007:2) lyfter fram i sina artiklar besparingar och produktivitet, och menar att ökad arbetsvälbefinnande leder till minskad sjukfrånvaro och mindre stress, som båda direkt korrelerar till besparingar och ökad produktivitet. Enligt Heikkurinen (2011:52) och Omondi & Rehn (2012:22) innebär framtidstro att man är långsiktig, har ett realistiskt tidsperspektiv och förståelse för att de slutgiltiga resultaten av en intervention kommer med fördröjning.

6.3.2 Framtidstro och företagshälsovårdens roll

Företagshälsovården nämns och lyfts fram endast ett få antal gånger i artiklarna. Dess roll är dock onekligen betydelsefull och ses som en viktig resurs och stöd vid

implementeringen och genomförandet av interventioner (Hotakainen 2016:55). "...den direkte støtten fra andre personer påvirker motivasjonen positivt, noe som også inkluderer den kontakten og kontrollen som helsepersonellet har representert." (Lien Smedsrød 2012:22).

Enligt Bäckman (2015:60) och Eriksson (2012:334) har företagshälsovården en roll som medlare och möjliggörare. Litmanen (2012:20) menar att företagshälsovårdarna kan tolka, medvetandegöra och tillgodogöra den kunskap som framkommer i hälsoundersökningar och därmed ge hälsoundersökningarna en djupare mening och betydelse. "Nesten alle har snakket om at det å bli kontrollert i en eller annen form, det å bli sett i kortene av helsepersonell, det har vaert viktige faktorer for å styrke deres bevissthet og motivasjon." (Lien Smedsrød 2012:23). Teamwork, gemenskap, samarbete och socialt stöd samt social delaktighet lyfts fram i flera artiklar, var företagshälsovården alltså har sin egen roll (Lammi 2010:15, Lien Smedsrød 2012:20, Eriksson 2012:341, Aust et al. 2010:112, Christensen et al. 2011:8). "Genom deltagande i sociala nätverk kan enskilda individer få tillgång till värdefulla resurser..."(Eriksson 2012:333).

Leander (2015:55) och Aust et al. (2010:117) ser företagshälsovården som aktiva experter med ett ansvar att fungera som stöd och motivator under processens gång, Lien Smedsrød (2012:23) menar att företagshälsovården också skall kunna ge konstruktiv feedback. De innehar kunskap och kan under hela implementeringsprocessen, planeringen, uppföljningen och evalueringen fungera som kunskapsspridare (Hotakainen 2016:23, Litmanen 2012:33, Taimela et al. 2007:3, Aust et al. 2010:113). Eriksson (2012:341) betonar interpersonella relationen och menar att företagshälsovården skall hjälpa att komma till insikt och stärka befintliga resurser under implementeringen. Både Hotakainen (2016:51) och Eriksson (2012:334) lyfter fram etik, tillit, normer och ömsesidighet som viktiga områden och redskap för företagshälsovården och för det samarbete mellan olika parter som en intervention medför.

6.3.3 Framtidstro och medarbetarens delaktighet

Enligt Lien Smedsröd (2012:28) och Sundström (2014:57) betyder framtidstro för medarbetare något positivt och långsiktigt, att ha fokus på framtiden, att ha ett mål, en strävan och något att se fram emot. "Å kunna styre selv, innebærer å ha energi i form av motivasjon, makt i form av kunnskaper og ferigheter til å utøve ønskede handlingaer og også det å ta ansvar for egen helse gjennom å vurdere hva og hvordan hverdagen bestleves i forhold til egne verider og mål." (Lien Smedsröd 2012:20).

Framtidstro innebär enligt Bäckman (2015:61) och Lien Smedsröd (2012:24) att hen hittat sina resurser, får fungera autonomt, känner att framtiden är begriplig och hanterbar. Vidare menar Hotakainen (2016:27) och Lien Smedsröd (2012:23) att hen inspireras samt motiveras av den egna insatsen. Lammi (2010:17) och Sundström (2014:16) menar att då individen upplever framtidstro besitter hen en viss självkänedom och självsäkerhet. Enligt Heikkurinen (2011:26), Leander (2015:62) och Sundström (2014:27) kommer individen genom problemhantering och bearbetning av sina attityder och känslor fram till acceptans, insikt och eventuellt en ny inställning. "...jaksamisen tunne, kunnan ja vireystilan koheneminen, sekä liikkumisen helpottuminen edistäväät elämäntapamuutosajattelua... lisääntynyt kärsivällisyys ja onnistumisen ilo..." (Hotakainen 2016:27).

I en arbetsgemenskap lyfts interpersonella kontakter, kommunikation, samhörighet och teamanda upp som viktiga, alla har sina roller och känner sig trygga i dem (Sundström 2014:14, Litmanen 2012:1, Christensen et al. 2012:7). Hotakainen (2016:28) betonar etik och respekt för individen i dessa interpersonella kontakter. "Employees need to be heard, rewarded and that job has to have enough content for the employee..." (Litmanen 2012:42). Litmanen (2012:4&16) lyfter fram den enskilda individen i arbetsgemenskapen i fokus och menar att faktorer som att se individen, ta hen på allvar och ge hen belöning och feedback är viktiga för den enskilda individen och hens framtidstro. Realistiska mål och förväntningar samt upplevelsen av att kunna påverka gynnar en positiv framtidstro (Lammi 2010:18, Lien Smedsröd 2012:26, Litmanen 2012:6 och Sundström 2014:30), medan begränsad möjlighet till utveckling, stress och brist på viljestyrka hämmar en positiv framtidstro (Sundström 2014:14).

6.4 Sammanfattning av resultatredovisningen

Den första kategorin har fokus på individen, den andra kategorin fokuserar på det som finns i individens omgivning och arbetsgemenskapen, den tredje kategorin fokuserar på ett ännu vidare perspektiv organisationen och framtiden. Nedan beskrivs en sammanfattning av resultaten från artiklarna och de tre kategorier, samt de faktorer som betonas viktiga under interventionen var individen, klienten är i fokus. I figur 4 ses en illustration av kategorierna en intervention baserar sig på.



Figur 4. Slutsats. Interventionens tre huvudkategorier

Slutsatserna som illustrerats i figur 4 består av tre moment eller faktorer som studien genomsyrats av, dessa är individen, arbetsgemenskapen och organisationen som alla följer och påverkar varandra. Viktiga faktorer ur individperspektiv är: empowerment, delaktighet, aktiv i processen, tro på sig själv, framtidstro, insikt, ansvar, engagemang, känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet samt hälsa. Viktiga teman ur

arbetsgemenskapsperspektiv är: stöda, stärka, tillit, förtroende, ömsesidighet, delaktighet, interpersonella relationer, gemenskap. Viktiga teman ur arbetsorganisationsperspektiv är: planera, stöda, evaluera, utveckla, delaktighet, företagshälsovård, strategier och lagstiftning, ledarskap, kultur, arbetsplatsen som hälsofrämjande arena.

Interventionen upplevs som något positivt som ökar tron på sig själv och bidrar till en vilja att sträva vidare, samtidigt stärker en positiv upplevelse en annan och inverkar härmed indirekt på upplevda arbetshälsan (Heikkurinen 2011, Sundström 2014 och Omondi&Rehn 2012). Interventionen är som en nyckel till förändring och bidrar till empowerment, medvetenhet, förklaringar och ny kunskap som direkt korrelerar till ökad hanterbarhet och begriplighet (Lammi 2010, Sundström 2014 och Omondi&Rehn 2012).

En intervention går ut på att deltagarna är aktiva, har ett ansvar, en inre motivation och en vilja att sträva framåt, var stärkande av självförtroende och empowerment lyfts fram som väsentliga (Bäckman 2015, Hotakainen 2016, Lien Smedsröd 2012, Sillanpää 2012 och Sundström 2014). Interventionen innebär ihärdighet, acceptans, en känsla av stolthet och att man prioriterar sig själv med stöd från interpersonella relationer (Bäckman 2015, Leander 2015, Lien Smedsröd 2012, Litmanen 2012 och Sundström 2014). För en lyckad intervention bör man tro på sig själv, värdesätta sig själv, sina resurser och framtiden och sätta jaget i fokus (Hotakainen 2016, Lien Smedsröd 2012 och Sundström 2014). Delaktighet innebär att man har insikt, man värderar sina attityder och känslor och hittar sålunda styrkorna i sig själv (Hotakainen 2014, Litmanen 2012 och Sundström 2014). Under interventionen pågår en kontinuerlig utveckling och evaluering av jaget vilket bidrar till ökad självinsikt (Lammi 2010 och Lien Smedsröd 2012).

Att få kunskap, råd, bekräftelse och uppmuntran lyfts fram som viktigt under implementeringen av en intervention (Bäckman 2015 och Sundström 2014). Genom motiverande samtal och aktivt lyssnande medvetandegör och fungerar vårdpersonalen eller företagshälsovården som ett bollplank som stöder och vägleder under processens

gång (Aust et al. 2010, Bäckman 2015, Hotakainen 2016, Lammi 2010, Leander 2015, Lien Smedsröd 2012 och Sundström 2014). Företagshälsovården ses som ett viktig ansvarstagande resurs, en trygg interpersonell relation (Christensen et al. 2011, Eriksson 2012, Hotakainen 2016, Leander 2015, Litmanen 2012 och Reijonsaari et al. 2012). En livsstilsintervention bygger på samarbete, struktur, målsättningar, utveckling och kontinuerlig evaluering (Aust et al. 2010, Hotakainen 2016, Leander 2015, Litmanen 2012 och Omondi & Rehn 2012). Företagshälsovården identifierar de som hör till riskgrupp och stöder med sin expertis implementeringen av en intervention, men i slutändan är var och en själv ansvarig för den egna hälsan (Kettunen et al. 2014, Lammi 2010 och Taimela et al. 2007).

En livsstilsintervention utförd på arbetsplatsen ses som heltäckande och resultaten hänförs inte endast till arbetsplatsen eller livsstilen utan påverkar individen på flera olika plan och arenor (Christensen et al. 2011, Christensen et al. 2012, Heikkurinen 2011, Hotakainen 2016, Litmanen 2012, Sundström 2014 och Omondi&Rehn2012). Arbetshälsans betydelse ökar med ökad arbetsbelastning, varför interventioner som stöder medarbetarens hälsa och orkande borde prioriteras högt (Leander 2015 och Omondi & Rehn 2012).

7 DISKUSSION OCH SLUTLEDNINGAR

I detta kapitel kommer jag att föra diskussion i förhållande till uppkomna resultat och spegla de mot bakgrunden, tidigare forskning och den teoretiska referensramen i syfte att belysa och besvara forskningsfrågorna och härmed uppnå förståelse och lyfta fram relevant kunskap. Jag valde vid utformningen av min teoretiska referensram att koncentrera mig på tre faser av sju som Nutbeam et al (2010) menar att en implementeringsprocess utgörs av. Faserna var identifiering av problemområdet, själva implementeringen av interventionen och resultatet av implementeringen. Studiens teoretiska referensram utgjordes av följande centrala begrepp; delaktighet, upplevd arbetshälsa och arbetsplatsen som en hälsofrämjande arena.

7.1 Tolkning av medarbetarens delaktighet under hälsofrämjande interventionen

Oberoende om det är frågan om en livsstilsintervention eller någon annan intervention poängteras individen och delaktigheten under hela processen starkt. Omgivningen präglar resultatet, varvid arbetsplatsen lyfts upp som en betydelsefull hälsofrämjande arena. Min första forskningsfråga tar fasta på medarbetarnas delaktighet: *Hur kan medarbetarnas dvs. klienternas delaktighet i implementeringen och genomförandet av en livsstilsintervention på arbetsplatsen tolkas?* Artiklarna ger inte ett specifikt svar på ovannämnda fråga, men bidrar till diskussionen nedan som förklarar medarbetarens delaktighet under interventionen.

Både Hotakainen (2016:24), Lien Smedsröd (2012:21) och Sundström (2014:40&58) talar om individens insikt och vilja att ta ansvar över hälsan och att hen måste möjliggöra för sig själv en förändring som leder till nya val och beteenden. Bäckman (2015:14) och Litmanen (2012:22) betonar också individens egna ansvar inför och under en livsstilsförändring. För att en förändring skall vara lyckad skall individen besitta ett självförtroende, en mogenhet och ha självaktning, hen skall själv ha rätt till att ta beslut gällande sitt varande (Sundström 2014:55), samtidigt bör målet vara något värt att sträva efter (Sundström 2014:30). Hotakainen (2016:21) betonar även individens egna vilja, resurser och dess betydelse under interventionen: "Muutokset toteutuvat, jos yksilöllä on halukkuutta, valmiuutta ja kykeneväsyyttä muutokseen". Lammi (2010:14) är av samma åsikt och betonar individen och hens motivation: "Pitkääikaisia muutoksia ei saavuteta, jos yksilöllä ei ole omaa päätöstä, halua ja sitoutumista siihen".

Sundström lyfter fram empowerment, egna resurser och självförtroende som viktiga verktyg i anammande av en förändring och nytt beteendemönster och skriver följande: "Person med höga värden av empowerment har kontroll och makt att genuint göra egna beslut och val" (Sundström 2014:23) och vidare: "En person med bra självförtroende värdesätter sig själv... kommer även inför svåra situationer med större sannolikhet söka adekvat information och anammar ett mer empowerment-starkt beslut" (Sundström 2014:24). Lien Smedsröd (2012:30) talar om livsstilsinterventionen som en empowermentprocess: "...å utvikle kompetanse slik at de håndterer både tanker, følelser og praktiske handlinger og opplever å ha stor grad av kontroll i forhold til hva de spiser og hvordan de gjennomfører fysisk aktivitet.". Bäckman (2015:52&61) talar också om empowerment, om att öka individens begriplighet och att stärka individens resurser genom dialog: "bygga in patientens kapacitet i vården på bästa möjliga sätt och då patienten inte klarar av det själv ska sjukvården hjälpa till". Litmanen (2012:24) lyfter fram förtroende, respekt för den enskilda individen, känslan av uppskattning och värde samt jämlikhet som viktiga faktorer som alla inverkar på känslan av delaktighet.

Enligt Sundström är interventionen en fortlöpande process var individen är delaktig och utvärderar kontinuerligt sig själv och sin utveckling: "upplevelse av en inre motivation och ihärdighet, stolthet och stärkt självförtroende som uppkommit av att nå sina mål och ledde till en känsla av kompetens som uppmuntrade dem att fortsätta med

hälsofrämjande förändring" (Sundström 2014:14). Lien Smedsröd (2012:23) menar att den egna insatsen och resultat ger inspiration att orka vidare: "...inspirerer og motiverer, det å oppleve at egen innsats gir resultater...". Hon betonar också självutvärdering och utveckling under interventionens gång: "...dette er en aktiv, interaktiv prosess med å observere seg selv, vurdere seg selv og det å kunne justere atferden" (Lien Smedsröd 2012:34).

Delaktighet innebär medvetenhet, att prioritera sig själv, acceptans, men även att man har självbestämmanderätt och en frihet och en vilja att dela med sig av sina erfarenheter (Sundström 2014:16&56). Att bli bekräftad och bli medveten om den egna hälsans betydelse är viktiga steg i implementeringen av livsstilsförändring (Bäckman 2015:55). Bäckman (2015:57) poängterar individens egna agerande under interventionen: "...sköterskan skall möjliggöra de verktøy for å bygga opp en ny, helseosam livsstil, men patienten sjelv skall stå for byggandet".

7.2 Tolkning av huruvida medarbetare får vara delaktiga i implementeringsprocessen

Individens vilja, motivation och värderingar framkommer som betydelsefulla för att hen skall bryta beteendemönster och få till stånd en lyckad förändring. Nedan tangeras och diskuteras den andra forskningsfrågan: *Får medarbetarna vara delaktiga i implementeringen av en livsstilsintervention?*

Vid en beteendeförändring samverkar flera olika faktorer; psykologiska, sociala som miljörelaterade. Sundström (2014:27) lyfter fram övertygelse, värderingar, motivation och individens egna och omgivningens förväntningar som faktorer som inverkar på beteendemönstret. Bäckman (2015:19) och Eriksson (2012:334) betonar att den interpersonella relationen var individen är i fokus kräver tillit, växelverkan och tolerans. Omondi & Rehn (2012:5) lyfter fram att man bör inneha en holistisk syn på individen: "Ihminen on kokonaisuus, jonka henkilökohtaiseen hyvinvointiin vaikuttavat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvoint, arvot ja asenteet sekä ammattitaito ja osaaminen". Hotakainen (2015:23) menar att omgivningen skall fungera som ett stöd under

processen och poängterar även att hen bör se individen ur ett holistiskt perspektiv: "Yksilön tilanteen kokonaisuuden näkeminen ja voimanvarojen tukeminen ovat tärkeitä...yksilön oma oivallus ja ratkaisun löytäminen ongelmiin on olennaista, ympäristön ollessa vain tukena".

Aust et al. (2010:112) poängterar rollfördelningen och individens resurshantering, framförallt då interventionen görs i en större grupp var omgivningen kommer att ha en större betydelse, vilka korrelerar till den upplevda delaktigheten. Christensen et al. (2011:8) menar att gruppintervention kan ha en positiv inverkan på känslan av delaktighet, framförallt genom gruppandan och det stöd detta bidrar till. Eriksson (2012:333) menar att individen genom sociala nätverk kan få tillgång till värdefulla resurser och ses därmed som en individuell tillgång. Vidare menar hon att ju högre socialt kapital hen innehar, desto mer delaktighet upplever hen, vilket korrelerar till ökade tillgångar och upplevelsen av mera hälsa (Eriksson 2012:338).

Heikkurinen (2011:60) betonar att en intervention bör vara flerdimensionell, ta i beaktande individuella resurser och riktas mot de svagheter hen upplever. Lien Smedsröd (2012:20) utgår även från individen och hens upplevelse av medvetenhet och hanterbarhet av egna resurser: "...nökkelen til en vellykket endringsprosess handler om å bli i stand til å håndtere egne tanker, følelser og livserfaringer, og dermed utvikle mer selvkontroll i hverdagen".

Litmanen (2012:7) skriver om arbetsvälmående och betonar att individen bör få fungera autonomt, hens önskemål och idéer bör bli hörda och hen bör få känna sig till nytta i arbetsgemenskapen, detta stärker känslan av respekt och delaktighet. Empowerment lyfts fram som viktigt i arbetsgemenskapen: "It is important for company to know how to empower the employee toward their tasks, but it's also important to give them freedom of doing their work so employees are able to do creative decisions" (Litmanen 2012:16). Ledarskapet bör se till att involvera medarbetare och stärka delaktigheten: "It is good if managers are aware what kind of strengths each worker has in the work community. Strengths encourage employees to do the work even better and by this way it's easier to find the needed developing areas." (Litmanen 2012:13).

7.3 Kritisk granskning

I den kritiska granskningen tar jag fasta på studiens resultat, dess starka och svaga sidor, jag ser kritiskt på de olika arbetsskedena och förhåller mig alert till vilka misstag som eventuellt skett. I detta kapitel kommer jag att ta fasta på intersubjektiviteten, framställningen av studien, det etiska framförande, resultaten, validiteten och reliabiliteten av studien.

7.3.1 Kritisk granskning av resultat

Studiens syfte var att kartlägga livsstilsinterventionens betydelse för främjandet av hälsa hos individer i arbetslivet. Avsikten var att diskutera företagshälsovårdens roll i implementeringen och genomförandet av en intervention för företagshälsovårdsklienter. Jag ville få insikt och förståelse om klienternas delaktighet, samt huruvida de får vara delaktiga i implementeringen och genomförandet av en livsstilsintervention på arbetsplatsen och hur detta kan tolkas. Man kunde fråga sig huruvida det föreligger något samband i hur livsstilsinterventionen lyckats och företagshälsovårdens roll samt medarbetarens delaktighet i implementeringen och genomförandet av interventionen. I denna studie framkommer detta inte direkt, men är en intressant och viktig fråga att lyfta fram och något för läsaren att begrunda.

Att lyckas med en intervention innebär förutom delaktighet även ihärdighet, acceptans, en känsla av stolthet och att man prioriterar sig själv med stöd från interpersonella relationer (Bäckman 2015:14, Leander 2015:36, Lien Smedsröd 2012:36, Litmanen 2012:22 och Sundström 2014:14&27). För en lyckad intervention bör man tro på sig själv, värdesätta sig själv, sina resurser och framtiden och sätta jaget i fokus, man bör värdera sina attityder och känslor och hittar sålunda styrkorna i sig själv (Hotakainen 2016:22, Litmanen 2012:6 och Sundström 2014:29). Aust et al. (2010) beskriver i sin artikel en intervention som misslyckades, var deltagarna lämnades ensamma och utanför. De faktorer som lyfts fram som bidragande orsak till den misslyckade intervention är oklara roller, avsaknad av struktur och stöd från interpersonella

relationer (Aust et al. 2012:112) samt för höga och orealistiska mål och förväntningar (Aust et al. 2010:116). Aust et al. (2010) lyfter fram individens delaktighet genom hela implementeringsprocessen som a och o för en lyckad intervention.

Individens olika dimensioner samspelar med varandra, sålunda att en positiv händelse har en tendens att stärka andra händelser mot en positiv riktning, likaså tänker man om hälsa, välbefinnande och illabefinnande – mår individen bra på ett plan stärker detta välmående även på andra plan (Eklöf & Ståhl 2012:9, Hultberg 2007, Juutti & Vuorela 2015:85- 87 och Lippke et al 2015). Positiva upplevelser ökar tron på sig själv och på sin omgivning. Detta framkommer även i mina resultat var man hävdar att hälsofrämjande i bästa fall kan upplevas som en räckta positiva upplevelser, en positiv spiral, snöbollseffekt var en positiv sak förstärker en annan (Litmanen 2012:12 och Sundström 2014:45, 50 & 60).

I min teoretiska referensram lyfts fram att medarbetarnas delaktighet skapas genom engagemang i arbetsgemenskapen var allas kunskap och bidrag uppmärksammas och antas lika relevant (Eklöf & Ståhl 2012:15). En lyckad förändring bygger på delaktighet, var medarbetarna är involverade i skapande av tydliga, realistiska, gemensamma mål för arbetsgemenskapen (Eklöf & Ståhl 2012:15-16 och Hultberg 2007). Förutom medarbetarnas delaktighet är även arbetsgivarens och organisationens delaktighet ytterst viktig för framgång (Sorensen et al. 1998). Även i mina forskningsresultat betonas klienternas delaktighet. Medarbetare ses som aktiva, ansvarstagande individer med en motivation och vilja att sträva framåt, var ett starkt självförtroende och empowerment ses som resurser (Bäckman 2015, Hotakainen 2016, Lien Smedsröd 2012, Sillanpää 2012 och Sundström 2014). Det poängteras att förhållandet mellan företagshälsovården och individen bygger på tillit, ömsesidighet och realistiska förväntningar (Eriksson 2012:334 och Lien Smedsröd 2012:28).

Hälsofrämjande är ett positivt begrepp som påverkas av fysiska och psykosociala faktorerna i såväl ledarskapet som i kulturen (Menckel & Österblom 2000:32). Livsstilsförändringen upplevs som en utmaning och som en drivkraft då deltagaren upplever meningsfullhet (Eklöf & Ståhl 2012:16). För att möjliggöra hälsofrämjande på

arbetsplatsen krävs ett gott ledarskap och en expertis inom området, var företagshälsovården ses vara i nyckelposition (Menckel & Österblom 2000:57&59). Att företagshälsovården ser klientens resurser och förmågor, utgår ifrån empowerment och stärker hens tilltro till sig själv och till förändring är en av de viktigaste faktorer i relationen mellan företagshälsovården och klienten (Nilsson 2013:7 och Willman & Gustafsson 2015:23-30). Egenkraft kan ses som parallell till empowerment-tanken som innefattar maktgörande och delaktighet samt användning av befintliga resurser hos den enskilda individen (Menckel & Österblom 2000:10&118).

I bakgrunden och tidigare forskning nämns god företagshälsovårdspraxis och lagen om företagshälsovård som skall fungera som stöd för hälsofrämjandet på arbetsplatsen. Enligt de skall företagshälsovårdens fokus ligga i upprätthållande av arbetsförmågan och arbetshälsan, bedömning av arbetets hälsorisker och identifiering av tecken på nedsatt arbetsförmåga (SHM 2011:12&14). Hälsofrämjande innebär att lägga fokus på att medvetandegöra hälsans betydelse (Sorensen et al. 1998) och möjliggöra hälsa och välbefinnande för medarbetare så att de klarar av sitt dagliga arbete och de krav det medför (Hultberg 2007, Eklöf & Ståhl 2012:10-12 & Menckel & Österblom 2000:25-27). Nya utmaningar i arbetslivet har medfört att arbetsgemenskapens välbefinnande, kunnande och effektivitet blivit en konkurrensfaktor och hälsofrämjande på arbetsplatsen mera utmanande (Juutti & Vuorela 2015:14-16 &124).

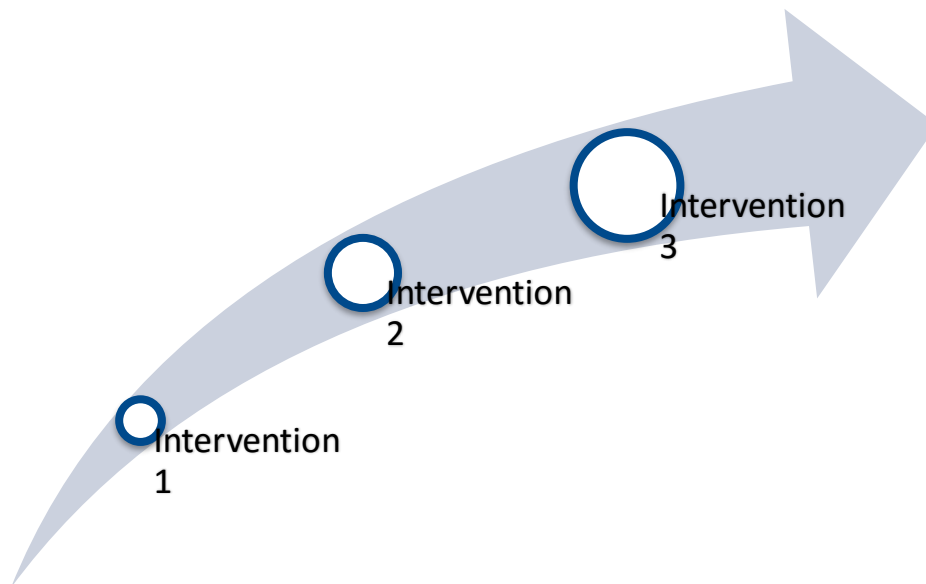
Företagshälsovårdsklienten ses enligt god företagshälsovårdspraxis som en aktiv, beslutsfattande deltagare och vidare menas att fokus i företagshälsovårdens arbete ligger bl.a. i hälsofrämjandet (Uitti et al. 2014:76). Mina resultat stöder tanken att fokus i företagshälsovården skall vara på hälsofrämjandet. Företagshälsovårdens roll är att identifiera de som är i riskgrupp och därefter stöda, uppmuntra och bekräfta klienten genom planering, evaluering, kontinuerliga kontroller och uppföljning under processens gång (Kettunen et al. 2014:5, Lammi 2010:56, Lien Smedsröd 2012:23, Litmanen 2012:33, Sundström 2014:56 och Taimela et al. 2007:5). Under processen betonas klientens delaktighet genom empowerment, självkontroll och eget ansvar (Lammi 2010:56 och Sundström 2014:56).

I teoretiska referensramen betonas arbetshälsan som ett resultat av flera faktorer, såväl faktorer i arbetsmiljön, interpersonella faktorer som individuella, vilka tillsammans bidrar till en känsla av meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet (Hultberg 2007, Juutti & Vuorela 2015:15 och Menckel & Österblom 2000:11). Genom att stärka känslan av sammanhang ökar produktiviteten, energinivån samt arbets- och livsglädje (Hultberg 2007). I resultatredovisningen ses empowerment korrelera med känslan av sammanhang. Stärkande av individens resurser innebär att man ökar individens begriplighet, meningsfullhet och känsla av hanterbarhet (Bäckman 2015:52&61).

Arbetsmiljön ses som ett medel för att skapa förutsättningar för god hälsa och hälsofrämjande (Menckel & Österblom 2000:42). God hälsa ses som en nyckel till ökad produktivitet och arbetstillfredsställelse samt minskad sjukfrånvaro (Nilsson 2013:7). God arbetshälsa kräver en bra fysisk arbetsmiljö, lämplig arbetsmängd, ett stimulerande arbete, egenkontroll och delaktighet, möjlighet till utveckling, en god uppmuntrande ledning och upplevelse av arbetsglädje (Menckel & Österblom 2000:20–23). I mina resultat betonas samarbete i arbetsgemenskapen och en gemensam strävan att utveckla arbetsvälbefinnandet och därmed få ökad produktivitet (Leander 2015:60, Litmanen 2012:12&42 och Taimela et al. 2007:2).

Arbetsplatsen är en ypperlig arena för hälsofrämjandet, majoriteten av den vuxna befolkningen nås genom arbetslivet och möjliggör förändring hos en större mängd individer (Addly et al. 2014 och Sorensen et al. 1998). Hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen skall utgå ifrån ett arenatänkande, var varje arbetsplats är unik och var man strävar efter att medarbetare får vara delaktiga (Hultberg 2007). Mina resultat påvisar att hälsofrämjande interventioner på arbetsplatsen, både då de görs i grupp eller individuellt, är effektiva då medarbetare får vara i fokus och närvarande och känner till sina roller och vad det förväntas av dem (Aust et al. 2010:117, Heikkurinen 2011:20, Kettunen et al. 2014:4 och Omondi & Rehn 2012:19). Det betonas även att interventioner på arbetsplatsen ofta är rätt heltäckande och att man når en stor skara olika slags individer, vilket stöder tanken om en ideal hälsofrämjande arena (Christensen et al. 2012:7 och Hotakainen 2016:28).

I resultatredovisningen framgår att för en lyckad intervention bör medarbetare vara delaktiga under hela processens gång, från planering och implementering till evaluering och vidare utveckling. Man bör utgå ifrån individen, dess behov och resurser. En känsla av insikt om de egna resurser som finns i en själv och i omgivningen möjliggör förändring och gör processen hanterbar och begriplig (Sundström 2014:58). En intervention som upplevs trygg är även lyckad och baserar sig på struktur, evaluering och uppföljning (Hotakainen 2016:30, Lammi 2010:11 och Leander 2015:44). I tidigare forskning var jag granskat hälsofrämjande ur internationellt perspektiv framkom det att web-baserade hälsofrämjande interventioner är på kommande (Cook et al. 2007, Lippke et al. 2015 och Kouwenhoven-Pasmooij et al. 2015), något som kan antas vara ett faktum i framtiden även i Finland.



Figur 5. Hälsofrämjande interventioner mot ökad arbetshälsa

Figur 5. Hälsofrämjande interventioner mot ökad arbetshälsa illustrerar en räkka positiva upplevelser, hälsofrämjande interventioner, som alla påverkar och stärker varandra, och som i bästa fall representerar en fortlöpande process mot mera hälsa, arbetshälsa, ökad produktivitet samt arbets- och livsglädje. Varje intervention förklaras av de tre dimensioner, kategorier som illustrerats närmare i figur 4. på sidan 54 dvs. helheten individ, arbetsgemenskap och organisation.

I min studie hade jag specifikt intresse för livsstilsinterventioner. Jag ville få svar på frågan hur medarbetare dvs. klienternas delaktighet i implementeringen och genomförandet av en livsstilsintervention på arbetsplatsen kan tolkas. Jag ställde även frågan huruvida medarbetare får vara delaktiga i implementeringen av en livsstilsintervention. Tyvärr kom resultatredovisningen långt att fokusera på interventioner i allmänhet, och bara delvis tangera specifikt livsstilsinterventioner. Resultatet tyder på att det finns luckor i forskning kring livsstilsinterventioner, deras effekt och långvarighet, framförallt då man fokuserar på ett längre tidsperspektiv.

I början av forskningen diskuterade jag med uppdragsgivaren om vad de upplevde som utmanande gällande hälsofrämjande inom företagshälsovården och vilka problem man tydligt kan urskilja gällande detta. Det framkom i diskussionen att företagshälsovårdens roll som hälsofrämjare suddas ut alltmer, trots lagstiftning och direktiv, och att klienter anser företagshälsovården vara en instans för att sköta sjukdomar och sjukdomsprevention istället för hälsofrämjande. Som jag nämnde i min inledning finns det statliga och statligt stödda instanser som jobbar för hälsofrämjandet, för att göra processerna tydliga och lätta att utföra. Trots detta upplever uppdragsgivaren att det inte finns tillräcklig vetskap bland arbetsgivare och klienter om interventioner och deras effekt. Härmed insåg jag utmaningen och betydelsen av detta arbete, att få diskutera företagshälsovårdens roll som hälsofrämjare och belysa detta för allmänheten och klientelet. För att i framtiden kunna bidra till välmående och produktiva medarbetare i det hektiska arbetsliv som i dag är ett faktum, bör hälsofrämjande interventioner lyftas ytterligare fram på agendan vilket jag hoppas jag kunnat bidra till genom denna forskning.

7.3.2 Kritisk granskning av metod

Forskningsetiska delegationen (2012) och deras anvisningar står som grund för hela forskningsprocessen och därmed garanteras att resultaten är tillförlitliga. Enligt forskningsetiska delegationen (2012) bör forskaren under processens gång inneha en öppenhet för ny kunskap och nya forskningsresultat. Allmän omsorgsfullhet och noggrannhet under hela forskningsprocessen vilken innefattar planering, genomförandet

samt rapportering betonas (Forskningsetiska delegationen 2012). Patel & Davidson (2011:105) lyfter fram kvalitet och validitet i de kvalitativa studierna och betonar att dessa begrepp följer igenom hela forskningsprocessen.

Trovärdigheten av en kvalitativ innehållsanalys har diskuterats och studerats av Elo et al. (2014) som delar processen i följande tre faser som bör kritiskt granskas: förberedelse-, organiserings- och rapporteringsfasen. I förberedelsefasen bör man förhålla sig kritisk till datainsamlingsmetoden, samplet, samt vad man ämnar studera och hur detta analyseras. I organiseringsfasen bör man ta ställning till kategoriseringen och abstraktion, tolkning av materialet, hur garantera att resultaten är heltäckande. I rapporteringsfasen bör man ta ställning till logiken och systematiken av resultaten, rapporteringen av resultaten speglade till ursprungliga materialet och beskrivningen av analysprocessen. (Elo et al. 2014:3)

Under min forskningsprocess har jag förhållit mig kritisk till den vetenskap jag innehar och förhållit mig öppen till ny djupare kunskap. I början av min forskning beskrev jag en grundlig idéplan vilken jag följt systematiskt. Idéplanen har hjälpt mig igenom processen och underlättat själva skrivande. För tydlighetens skull är rapporten indelad i stycken som var och en presenteras till en början. I studien presenteras en diger inledning och bakgrund som tar fasta på motivet till varför min uppdragsgivare velat att jag gör denna studie. Bakgrunden förklarar och belyser för denna studie viktiga teman och aspekter som framkommit i tidigare forskning och litteratur vilka stöder uppdragsgivarens val av ämne. Bakgrunden tar fasta på hälsofrämjande i allmänhet på arbetsplatsen, hälsofrämjande interventioner och medarbetarens livsstil, utmaningar i det kontinuerligt föränderliga arbetslivet och produktiviteten, samt hälsofrämjande interventioner sett ur ett internationellt perspektiv. Jag förhåller mig kritisk till huruvida bakgrunden blev för kompakt och tungläst. I dagens arbetsliv betonas hälsofrämjande och stödjande interventioner lyfts högt upp på organisationens agenda, trots det upplevs en saknad av kunskap och stöd för dessa, varför jag ansåg det viktigt att utförligt förklara de teman som uppkom.

Forskningsetiska delegationen (2012) poängterar att de använda metoderna bör vara förenliga med vetenskaplig forskning och basera sig på metodlitteratur. Metoderna som

använts i min studie har genomgående beskrivits i metodkapitlet och är forskningsbaserade. I studien har använts metodlitteratur skriven av Backman (1998), Denscombe (2014), Jacobsen (2010), Patel & Davidson (2011) och Tuomi & Sarajarvi (2009).

Forskningstemat, syftet och avsikten har preciserats, avgränsats och motiverats grundligt i ett tidigt skede av forskningen. Under forskningens gång har jag sedan varit medveten och konsekvent om det perspektiv och de ramar jag valt att använda. Medvetenhet betonas i forskningen och gör forskningen etiskt korrekt. I idéplan skedet gjordes en överskådlig och diger litteraturöversikt av tidigare forskning. Genom litteraturöversikten blev jag medveten om tidigare forskning och forskningsresultat vilket gav mig en vidare inblick i temat och motiverade ytterligare för vidare forskning.

Forskningsetiska delegationen (2012) betonar omsorgsfullt och välplanerat arbete, forskaren skall i sin forskningsprocess vara ärlig och hederlig. Vidare menas det att man bör ta hänsyn till andra forskares arbete och de resultat de kommit fram till (Forskningsetiska delegationen 2012). Jag har i min studie rapporterat utförligt varje skede. Jag har förhållit mig kritisk till den kunskap jag funnit och i framförandet inte lämnat bort eller förvrängt information jag fått. I min studie har jag använt mig av korrekta källhänvisningar och konsekvent refererat till författare och härmed visat hänsyn till originalverk. Jag anser min studie i detta anseende vara etiskt försvarbar.

Mitt syfte med forskningen var att kartlägga livsstilsinterventionens betydelse för främjandet av hälsa hos individer i arbetslivet och arbetshälsan. Avsikten var att diskutera företagshälsovårdens roll i implementeringen och genomförandet av en intervention hos företagshälsovårdsklienter. Temat var givet av uppdragsgivaren, medan metoden var fri. Jag valde att göra en kvalitativ litteraturstudie för att få en djupare kunskap och ökad förståelse kring temat. Då man använder sig av litteraturstudie bör man som forskare vara observant och mycket kritisk till det man läser och samtidigt hålla en öppenhet för ny kunskap. Att göra en litteraturstudie föll som ett naturligt val då jag ville få en vid förståelse som inkluderade både ett finländskt och ett nordiskt perspektiv under en längre tidsperiod. Det hade varit intressant att göra en studie var

man följt upp en pågående intervention och evaluerat olika skedena samt resultat, detta kunde dock inte förverkligas eftersom sådana interventioner är fleråriga. Även en intervjustudie hade varit intressant att utföra med tanke på att få mera djup i svaren, detta var tyvärr inte möjligt eftersom uppdragsgivarens klientel är litet och samplet hade därmed varit för litet för att säkra integritet och anonymitet samt forskningens reliabilitet och validitet.

Sökningen gjordes manuellt, var jag gick igenom de artiklar och forskningar som sökorden gav. Med hjälp av mina inklusions- och exklusionskriterier granskade jag och kom fram till de artiklar som medtogs. Denna del av forskningsprocessen var mycket tidskrävande och lade stor tyngd på konsekvens, noggrannhet samt objektivitet. Jacobsen (2010:177) betonar dokumentation under hela forskningsprocessen, genom detta minimerar man risken för medveten eller omedveten datareduktion. Då sökorden gav ett ytterst digert material att granska och då granskningen gjordes manuellt bör jag förhålla mig kritisk till huruvida jag klarat av att få med alla relevanta forskningar som kunde ha givit väsentlig kunskap. Jag gick igenom abstrakten till artiklarna och forskningarna en gång, de artiklar som medtogs på basen av abstraktet lästes igenom även de en gång. Genomläsningen var noggrann och mödosam, vilket talar för att det slutliga material som togs med i studien var väsentligt och följde inklusionskriterierna.

I analyskedet bör man som forskare betona ärlighet och hederlighet och ta med alla resultat som uppkommer, inte förvränga materialet eller lämna bort information. Enligt Jacobsen (2010:272) bör man vara öppen och tydlig och förklara de val man gjort, vilket är en förutsättning för att en studie kan anses vara valid och reliabel. Vidare betonar Jacobsen (2010:177-178) de risker som finns då man spjälkar upp material och plockar fram citat. Jag har medvetandegjort detta och ser kritiskt på huruvida jag klarat av att lyfta fram de mest väsentliga citat ur mitt material. I min forskningsprocess har jag analyserat, evaluerat och spjälkat upp materialet ett flertal gånger. Jag har kategoriserat materialet i undergrupper för att sedan sammanföra det till huvudgrupper. I processen bör man vara kritisk och systematisk så att man minimerar risken att något väsentligt omedvetet faller bort. Jag är medveten om riskerna och har i mitt arbete genom noggrann dokumentation minimerat detta. Jag har under processen varit noggrann och öppen för ny information, vilket ger resultaten tillförlitlighet.

Mitt syfte var att kartlägga livsstilsinterventionens betydelse för främjandet av hälsa hos individer i arbetslivet och arbetshälsan. Utgående från mitt material gjorde jag en kartläggning, resultatet kom mera allmänt att tangera interventionernas betydelse för arbetshälsan istället för specifikt livsstilsinterventionernas betydelse. Man kan fråga sig om sökorden var för många eller hade ett för brett perspektiv eftersom kartläggningen kom att i huvudsak inkludera interventioner i allmänhet. Samtidigt påvisar resultaten det som många forskningar antydde, flera specifika forskningar kring temat och kring kostnadseffektiviteten av liknade interventioner är önskvärt och välkommet.

Genom att kategorisera mina resultat i underkategorier och därefter sammanföra till större helheter uppstod en diskussion kring de forskningsfrågor jag ställt. Jag anser att analysen och svaren som uppkom är belysande, innehållsrika och svarar på de centrala forskningsfrågor jag ställt. Mervärde ger de grundligt förklarade kategorierna som ytterligare förklarar resultaten. Under analysprocessen har jag grundligt dokumenterat och förklarat tillvägagångssätten vilket ger resultaten trovärdighet.

Att begränsa tiden att gälla mellan år 2006 och år 2016 var ett medvetet val som gjordes dels för att begränsa materialet men också för att jag var intresserad över relativt ny forskning. Sökningarna gav inte resultat i alla årgångar, utan är publicerade under åren 2007, 2010, 2011, 2012, 2014, 2015 och 2016, vilket kan ses som en brist. Trots detta anser jag forskningsresultaten försvarliga och tillförlitliga i och med en utförlig och noggrann planering och utförd analys.

Avsikten var att diskutera företagshälsovårdens roll i implementeringen och genomförandet av en intervention hos företagshälsovårdsklienter. Jag ville få vidare kunskap och framförallt belysa företagshälsovårdens roll i implementeringen av en livsstilsintervention, vilket jag anser att jag gjort. Jag har lyft fram företagshälsovården som en viktig part och belyst vilka resurser och kunskap de borde inneha för att kunna stöda och fungera korrekt i hälsofrämjande interventioner. Jag är medveten om uppdragsgivarens ställning och att de vill påvisa ett visst resultat för att öka intresse för interventioner gjorda av företagshälsovården. I och med min medvetenhet, anser jag att

jag som forskare har varit mera observant på objektiviteten under processens gång och därmed inte låtit uppdragsgivarens eller mina förutfattade meningar färga resultatet. Jag anser att den forskning jag gjort är relevant och till nytta för att lyfta fram, belysa och förklara företagshälsovårdens roll som hälsofrämjande part i arbetslivet i implementeringen och under en hälsofrämjande livsstilsinterventions gång.

KÄLLOR

Addley K., Boyd S., Kerr R., McQuillan P., Houdmont J. & McCrory M. 2014. The impact of two workplace-based health risk appraisal interventions on employee lifestyle parameters, mental health and work ability: results of a randomized controlled trial. *Health Education Research*. January 17.

Arena Ross, Arnett Donna K., Terry Paul E., Isaac Fikry, Mosca Lori, Braun Lynne, Roach Jr William H., Pate Russel R, Sanchez Eduardo, Carnethon Mercedec & Whitsel Laurie P.. 2014. The role of worksite health screening, a policy statement from the American heart association. *American heart association*. 139:719-734.

Aust et al. 2010. When workplace interventions lead to negative effects: Learning from failures. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010:38:106-119. Tillgänglig: http://sjp.sagepub.com/content/38/3_suppl/106.full.pdf+html . Hämtad 6.7.2016.

Backman Jarl. 1998. *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bäckman Monika. 2015. *En hälsofrämjande livsstilsmottagning nu och i framtiden – sett ur livsstilssköterskors perspektiv*. Arcada, University of Applied Sciences, hälsofrämjande. Tillgänglig: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/97756/Backman_Monika.pdf.pdf?sequence=1 . Hämtad 5.7.2016

Christensen et al. 2011. Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers – a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2011; 11:671. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3175468/> . Hämtad 6.7.2016.

Christensen et al. 2012. Weight loss among female health care workers- a 1-year workplace based randomized controlled trial in the FINALE-health study. *BMC Public Health*. 2012; 12:625. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487739/> . Hämtad: 6.7.2016.

Cook Royer F., Billings Douglas W., Hersch Rebekah K., Back Anita S. & Hendrickson April. 2007. A field test of a web-based workplace health promotion program to improve dietary practice, reduce stress, and increase physical activity: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. June 9(2).

Denscombe Martyn. 2014. *Forskningshandboken för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. 3:1 uppl. Lund: Studentlitteratur. 488 s.

Eklöf Therese & Ståhl Karin. 2012. *Hälsokultur på arbetsplatsen, en kvalitativ studie kring förutsättningar för ett promotivt arbete inom kost och hälsa*. Göteborgs Universitet, Institutet för kost- och idrottsvetenskap. 38 s.

Elo Satu, Kääriäinen Maria, Kanste Outi, Pölkki Tarja, Utriainen Kati & Kyngäs Helvi. 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*. 2014:1-10.

ENWHP 2007. European Network for Workplace health promotion. Tillgänglig: <http://www.enwhp.org/workplace-health-promotion.html> Hämtad 10.4.2016.

Eriksson Malin. 2012. Socialt kapital och hälsa - förklaringsmodeller och implikationer för hälsofrämjande interventioner. *Socialmedicinsk tidskrift*. 4-5/2012. Tillgänglig: <http://www.socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/890/715> . Hämtad 6.7.2016.

ETENE 2007. Terveiden edistämisen eettiset haasteet - ETENE julkaisuja 19. Sosiaali- ja terveysministeriö valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, 2007. Helsingfors. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tillgänglig: <http://www.etene.fi/julkaisut/2008> . Hämtad 20.4.2015.

Finlex 2001. Lag om företagshälsovård 1383/2001. Finlex®, internetservice som innefattar juridisk dokumentation och ägs av justitieministeriet. <http://www.finlex.fi/> . Hämtad 10.2.2016.

Finlex 2002. Lag om arbetarskyddet 738/2002. Finlex®, internetservice som innefattar juridisk dokumentation och ägs av justitieministeriet. <http://www.finlex.fi/fi/> . Hämtad 26.1.2016.

Finlex 2013. Statsrådets förordning om principerna för god företagshälsovårdspraxis, företagshälsovårdens innehåll samt den utbildning som krävs av yrkesutbildade personer och sakkunniga 708/2013. Finlex®, internetservice som innefattar juridisk dokumentation och ägs av justitieministeriet. <http://www.finlex.fi/fi/>. Hämtad 10.2.2016.

Fischer K John, Deeds Sigrid, Siebel Roderick & Allen Jefferey. 1997. Strengthening health promotion in Australian workplaces. *Australian Health Review*. Vol 20. No 1.

Forskningsetiska delegationen 2012. Tillgänglig: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf .Hämtad 15.4.2016.

Halonen Kristiina. 2015. Työterveyshuollon mahdollisuudet henkilöstöriskienhallinnassa - Muutoksessa työterveyshuollon mahdollisuus. Luentomateriaali 29.4.2015. Työterveyslaitos.

Hanson Anders. 2010. *Salutogent ledarskap - för hälsosam framgång*. Stockholm: Fortbildning AB. 211 s.

Helldán A. et al. 2013. *Suomalaisen aikuisväestön terveystietäminen ja terveys, kevät 2013*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. ISBN 978-952-302-050-4

Heikkurinen Niina-Maria. 2011. *Työikäisten naisten liikuntaaktiivisuus, kestävyyskunto ja koettu työkyky*. Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos. Tillgänglig: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/26737/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-2011040610598.pdf?sequence=1> . Hämtad 6.7.2016

Hotakainen Hanna. 2016. *Rokka-ryhmä: Miesten ruokailutottumukset ja kokemukset ravitsemusinterventiosta*. KYAMK University of Applied Sciences, terveyden edistäminen. Tillgänglig: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/113013/Hanna_Hotakainen.pdf?sequence=1 . Hämtad 5.7.2016

Hultberg Annemarie. 2007. Ett hälsosammare arbetsliv - Vägledning för goda psykosociala arbetsförhållanden. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2/2007.

Jacobsen Dag Ingvar. 2010. *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. 2:1 uppl. Lund: Studentlitteratur. 327 s.

Jakobsen et al. 2015. Physical exercise at the workplace prevents deterioration of work ability among healthcare workers: cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2015; 15:1174. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4658806/> . Hämtad: 6.7.2016.

Janhunen S. & Nikkonen M. 2001. *Laadulliset tutkimus menetelmät hoitotieteessä*. Juva: WSOY. ISBN951-0-25669-2

Juutti Pauli & Vuorela Antti. 2015. *Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi*. 5 uppl. Juva: PS-kustannus. 172 s.

Kettunen et al. 2014. 12-Mo intervention of physical exercise improved work ability, especially in subjects with low baseline work ability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014 Apr; 11(4):3859-3869. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4025014/> Hämtad: 6.7.2016.

Kivistö S., Kallio E. & Turunen G. 2008. *Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:33*. ISBN 978-952-00-2648-6.

Kouwenhoven-Pasmooij Tessa A, Djikanovic Bosiljka, Robroek Suzan J. W., Helmhout Pieter, Burdorf Alex, Hunink Myriam M.G.. 2015. Design and baseline characteristics of the PerfectFit study: a multicenter cluster-randomized trial of a lifestyle intervention in employees with increased cardiovascular risk. *BioMed Central Public Health*. 15:715.

Lammi Marjaana. 2010. *Työhyvinvointi ja tukimusnäyttö – terveyttä edistävien fyysisten ja psyykkisten toimintatapojen vaikuttavuus*. Satakunnan ammattikorkeakoulu, terveyden edistämisen koulutusohjelma. Tillgänglig: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24806/lammi_marjaana_2010.pdf?sequence=1 . Hämtad 5.7.2016

Leander Heli. 2015. *Liikettä työpäivään – työyksiköiden liikuntaluotsitoiminnan kehittäminen*. Laurea-ammattikorkeakoulu, terveyden edistämisen koulutusohjelma.

Tillgänglig:

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/89918/Liiketta%20tyopaivaan_Leander.pdf?sequence=1. Hämtad 5.7.2016

Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2004. *Etiikka hoitotyössä*. Juva: WSOY. ISBN 551-0-27936-6

Litmanen Terhi. 2012. *Methods to improve well-being at work*. Haaga-Helia, University of Applied Science. Tillgänglig:

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/75920/Terhi_Litmanen.pdf?sequence=1 .

Hämtad 5.7.2016

Lien Smedsröd Mirjam. 2012. *Vellykket livstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdigheter og evne til selvregulering*. Nordic School of Public Health NHV. Tillgänglig:

<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:713660/FULLTEXT01.pdf> . Hämtad: 1.7.2016.

Lippke Sonia, Fleig Lena, Wiedermann Amelie U & Schwarzer Ralf. 2015. A computerized lifestyle application to promote multiple health behaviors at the workplace: Testing its behavioral and psychological effect. *Journal of Medical Internet Research*. October 17(10).

Luxemburgdeklarationen 2007. Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Tillgänglig: http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf . Hämtad 10.4.2016.

Menckel, Ewa & Österblom Lars. 2000. *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen. Om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet. 147 s.

Nilsson Eva. 2013. *Leder hälsoprofilbedömning till bättre hälsa? Jämförelse av personalgrupp med ett års intervall*. Uppsala Universitet. 20 s.

Nutbeam & Harris 2005. *Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories*. McGraw-Hill Australia Pty Ltd.

Omondi Heli & Rehn Maija. 2012. *Työhyvinvointi terveystalalla – Systemaattinen kirjallisuuskatsaus*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, University of Applied Sciences, terveyden edistämisen koulutusohjelma. Tillgänglig:

<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43756/The%20Oppari.pdf?sequence=1> .

Hämtad 5.7.2016

Patel, Runa & Davidsson, Bo. 2011. *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. 4:1 uppl. Lund: Studentlitteratur. 149 s.

Reijonsaari et al. 2012. The effectiveness of physical activity monitoring and distance counseling in an occupational setting – Results from a randomized trial (CoAct). *BMC Public Health*. 2012;12:344. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3507818/> . Hämtad 6.7.2016.

Rullán Alejandra, Garcia Jimenia, Alvarez Marghel, Talavera Juan O., Chu YiFang & Clark Patricia. 2014. Effects of a comprehensive health and wellness program on administrative employees of a corporation in Mexico. *Community Medicine & Health Education*. 4:4.

Sarvimäki & Stenbock-Hult. 2014 i boken Health Literacy. Ringsberg K, Olander E, Tillgren P. (red.) Health literacy. Teori och praktik i hälsofrämjande arbete. Lund: Studentlitteratur, 2014.

SHM 2001. Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2001:5. Edita Prima Oy. Tillgänglig: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-7169.pdf . Hämtad 20.4.2015.

SHM 2011. Ett socialt hållbart Finland 2020 - Strategi för social- och hälsovårdspolitiken. Helsingfors. Social- och hälsovårdsministeriet. Tillgänglig: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-15325.pdf . Hämtad 20.4.2015.

Sillanpää Juuso. 2012. *Organisaation X työhyvinvoinnin edistäminen kuntokartoituksia ja interventioita kehittämällä*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali-, terveysterveyden- ja liikunta-ala. Tillgänglig: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44060/YAMK%20opinnaytetyo%202012.pdf?sequence=1> . Hämtad 5.7.2016

Sorensen Glorian, Stoddard Anne, Hunt Mary Kay, Hebert James –r., Ockene Judith K., Spitz Avrunin Jill, Himmelstein Jay & Hammond Kathrine. 1998. The effects of a health promotion – health protection intervention on behavior change: The wellworks study. *American Journal of Public Health*. 88:11.

STM 2016. Social- och hälsovårdsministeriet. Tillgänglig: <http://stm.fi/etusivu>. Hämtad 20.2.2016.

Stokols Daniel, Pelletier Kenneth R & Fielding Jonathan E. 1996. The ecology of work and health: research and policy directions for the promotion of employees health. *Health Education Quarterly*. Vol.23 (2). 137-158 s.

Sundström Linda. 2014. *Viktiga faktorer för förändringsprocessen gällande hälsofrämjande livsvanor*. Arcada, University of Applied Sciences, hälsofrämjande. Tillgänglig: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85745/Sundstrom_Linda.pdf?sequence=1. Hämtad 5.7.2016

Taimela et al. 2007. The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomized controlled trials. *Occupational and Environmental Medicine*. 2008 Apr; 65(4): 236-241. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564865/>. Hämtad 6.7.2016

THL 2016. Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/fi/>. Hämtad 20.2.2016.

Tillgren et al. 2014 i boken Health Literacy. Ringsberg K, Olander E, Tillgren P. (red.) Health literacy. Teori och praktik i hälsofrämjande arbete. Lund: Studentlitteratur, 2014.

Tones, K & Tilford, S. 2001. Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity. 3:e upplagan. Nelson Thornes Ltd, Cheltenham. ISBN 9780748745272.

TTL 2016. Arbetshälsoinstitutet. Tillgänglig: <http://www.ttl.fi/fi/sivut/default.aspx>. Hämtad 20.2.2016.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 11 uppl. Vanda: Tammi. 182 s.

Uitti, J et al. 2014. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Sosiaali- ja työterveys-ministeriö. Työterveyslaitos. Helsinki. ISBN 978-952-261-358-5

UKK 2016. UKK-institutet. Tillgänglig: <http://www.ukkinstituutti.fi> . Hämtad 23.2.2016.

Vartiainen, E et al. 2013. Lihavuus laskuun - hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma 2012 - 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. ISBN 978-952-245-947-3.

WHO 1986. Ottawa Charter for health promotion. An International Conference on Health Promotion, November 17-21, 1986. Ottawa. Tillgänglig: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Hämtad 21.1.2016

WHO 2004. World Health Organization. Global Strategy on diet, physical activity and health. Tillgänglig: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf . Hämtad 21.1.2016.

WHO 2015. Occupational and work-related diseases. Tillgänglig: http://www.who.int/occupational_health/activities/occupational_work_diseases/en/ . Hämtad 21.1.2016.

Willman, Anna & Gustafsson, Barbro. 2015. *Hälsofrämjande omvårdnad. Bekräftande vägledning för att skapa sin egen hälsa*. 1:1 uppl. Lund: Studentlitteratur. 280 s.

BILAGOR

Bilaga 1. Litteratursökning – tidigare forskningar

Databas	Sökord	Träffar	Exkludering	Val
Ukk-instituutet	Työterveys, terveyden- edistäminen	30 st.	28 st. orelevanta, 2 st. icke tillgängliga	0 st.
TTL (arbets- hälsoinstitutet)	Interventio, työterveys	8 st.	8 st. orelevanta	0 st.
THL (institutionen för hälsa och välfärd)	Interventio, työterveys, elämäntapa	33 st.	33 st. orelevant	0 st.
Google Scholar (engelska)	Workplace health, health interventions, lifestyle change, occupational health, worker	70 st.	17 st icke tillgängliga i fulltext, 34 st orelevanta på basen av titel, 12 st böcker eller citat	7 st.
Google Scholar (svenska)	Arbetshälsa, hälsofrämjande interventioner, livsstils- förändring, företags- hälsovård, arbetstagare	9 st	3 st icke tillgängliga i fulltext, 1 st orelevant på basen av titel, 2 st. böcker	3 st.
Pub Med	Workplace health, health interventions, lifestyle changes, occupational health, worker	28 st.	26 st. Orelevanta på basen av titeln	2 st.

Bilaga 2. Sökningsresultat

Databas	Sökord	Träffar	Inkl. på basen av titel el. fulltext	Av alla sökord i databasen inkl. på basen av abstrakt	Av alla sökord i databasen inkl. på basen av arbete (efter genomläsning)
Cinahl	Occupational health <i>or</i> health promotion <i>or</i> lifestyle intervention	387	5	4	0
Cinahl	Workplace <i>or</i> employee <i>or</i> occupationalhealth & wellbeing	2340	13		
Medic	Työterveys <i>or</i> elämäntapa <i>or</i> elämäntapamuutos	78	5	1	1
Medic	Terveystiedon edistämisen interventio <i>or</i> terveyden edistäminen <i>or</i> työntekijä	73	5		
Medic	Osallinen <i>or</i> työterveyshuolto <i>or</i> työpaikka	60	6		
DiVa	Arbetshälsa	20	4	11	1
DiVa	livsstilsintervention	1	0		
DiVa	Livsstil	744	8		
DiVa	hälsofrämjande intervention	6	0		
DiVa	hälsofrämjande	842	8		
DiVa	Arbetsplats	856	0		
DiVa	Arbetsstagare	342	0		
DiVa	Delaktighet	2626	1		
DiVa	företagshälsovård	74	2		
Theseus	Arbetshälsa	98	25	16	8
Theseus	livsstilsintervention	5	0		
Theseus	Livsstil	848	24		
Theseus	hälsofrämjande intervention	238	18		
Theseus	hälsofrämjande	543	29		
Theseus	Arbetsplats	884	20		
Theseus	Arbetsstagare	615	23		
Theseus	Delaktighet	856	20		
Theseus	företagshälsovård	83	15		
Theseus	Lifestyle intervention <i>or</i> health promotion	44	7		
Theseus	Lifestyle involvement <i>or</i> occupational health	242	21		
Theseus	Workplace <i>or</i>	238	21		

	occupationalhealth <i>or</i> health promotion <i>or</i> lifestyle				
SveMed+	Arbetshälsa	4	0	4	2
SveMed+	livsstilsintervention	3	0		
SveMed+	Livsstil	483	7		
SveMed+	Hälsofrämjande intervention	0	0		
SveMed+	hälsofrämjande	15	5		
SveMed+	Arbetsplats	212	6		
SveMed+	Arbetsstagare	0	0		
SveMed+	Delaktighet	9	0		
SveMed+	företagshälsovård	26	2		
PubMed	Occupational health <i>or</i> occupational health & wellbeing <i>or</i> lifestyle	592	10	13	6
PubMed	Health promotion <i>or</i> workplace <i>or</i> employee	2105	14		

Bilaga 3. Artikelöversikt

Artikel	Författare & årtal	Metod	Material	Nyckelord
Viktiga faktorer för förändringsprocessen gällande hälsofrämjande livsvanor	Sundström Linda, 2014	Kvalitativ intervju, halvstrukturerade, öppna frågor	Tio informanter som deltagit i Aslak-rehabilitering	Hälsofrämjande, Förändringsprocessen, Salutogenes, Empowerment, Hälsoaktionsmodellen
En hälsofrämjande livsstilsmottagning nu och i framtiden – sett ur livsstilssköterskors perspektiv	Bäckman Monika, 2015	Semistrukturerade intervjuer och enkäter	Livsstilssköterskor som jobbar i ö-samhällen	Hälsofrämjande, hälsofrämjande livsstil, lifestyle changes, health promotion, Ålands Hälso- och sjukvård
Työhyvinvointi terveysalalla – systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Omondi Heli & Rehn Maija, 2012	Systematisk litteraturstudie	7 st. forskningar	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, työhyvinvointi, terveysala, satunnaistettu kontrolloitu koe, vaikuttavuus
Rokka-ryhmä. Miesten ruokailutottumukset ja kokemukset ravitsemusinterventiosta	Hotakainen Hanna, 2016	Dagbok, observation, intervju	6 st. män i arbetsför ålder	Mies, terveys, ravitsemus, elämäntavat, ruokapäiväkirja
Liikettä työpäivään - työyksiköiden liikuntaluotsitoiminnan kehittäminen	Leander Heli, 2015	Internetbaserad kartläggning, fokusgrupp intervju	94 st. internetbaserade kartläggningar, förfrågningar och 7 st. intervjuer med utnämnda "motions piloter"	Työyhteisöliikunta, fyysinen aktiivisuus, liikkumattomuus, työhyvinvointi
Methods to improve well-being at work	Litmanen Terhi, 2012	Intervju	4 st. arbetsgivare	Well-being, psychological well-being, method, model, work
Työhyvinvointi ja tutkimusnäyttö. Terveyttä edistävien fyysisten ja psyykkisten	Lammi Marjaana, 2010	Litteraturstudie	37 st. studier	Työhyvinvointi, psyykinen terveys, fyysinen terveys, näyttöön perustuva toiminta

toimintatapojen vaikuttavuus				
Organisaation X työhyvinvoinninedistäminen kuntokartoituksia ja interventioita kehittämällä	Sillanpää Juuso, 2012	Situationsbeskrivning	24 st. av organisationens arbetstagare	Työhyvinvointia edistävät interventiot, fyysinen aktiivisuus, kuntokartoitus
Työikäisten naisten liikunta-aktiivisuus, kestävyyskunto ja koettu työkyky	Heikkurinen Niina-Maria, 2011	Frågeformulär	127 st. till riskgrupp tillhörande kvinnor	Liikunta, fyysinen kunto, suorituskyky, työkyky
The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomised controlled trials	Taimela S., Malmivaara A., Justén S., Läärä E., Sintonen H., Tiesko J. och Aro T., 2007	Randomiserad kontrollerad studie	1341 st. arbetstagare från byggnads, service och underhålls branschen	
12-Mo intervention of physical exercise improved work ability, especially in subjects with low baseline work ability.	Kettunen O., Vuorimaa T. och Vasankari T., 2014	Situationsbeskrivning	371 st. män och kvinnor	Cardiorespiratory fitness, exercise, work ability
Physical exercise at the workplace prevents deterioration of work ability among health workers: cluster randomized controller trial	Jakobsen M.D., Sundstrup E., Brandt M., Jay K., Aagaard P. och Andersen L.L., 2015	Randomiserad kontrollerad studie	200 st. Kvinnor tillhörande vårdpersonal	Musculoskeletal disorders, occupational health, health care, strength training, back pain
Weight loss among female health care workers – a 1-year workplace based randomized controlled trial in the FINALE-health study	Christensen J.R., Overgaard K., Carneiro I.G., Holtermann A. och Søgaard K., 2012	Randomiserad kontrollerad studie	98 st. överviktiga kvinnor tillhörande vårdpersonal	
Vellykket livsstilsendring handler om utvikling av motivasjon, ferdigheter og evne til selvregulering	Lien Smedsrød Mirjam, 2012	Intervju	14 st. personer, varav 8 st män, i åldern 23 till 68 år	Atferdsendring, overvekt, intervensjoner, livsstil, behandling

When workplace interventions lead to negative effects: Learning from failures	Aust B., Rugulies R., Finken A. och Jensen C., 2010	Frågeformulär	231 st. individer tillhörande sjukhuspersonal	Interpersonal relations, intervention studies, occupational health, organizational innovation, stress, psychological, workplace
Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers – a randomized controlled trial	Christensen j.r., Faber A., Dorte E., Overgaard K., Holtermann A. och Søgaard K., 2011	Randomiserad kontrollerad studie	98 st. överviktiga kvinnor tillhörande vårdpersonal	
The effectiveness of physical activity monitoring and distance counseling in an occupational setting – Results from a randomized controlled trial (CoAct)	Reijonsaari K., Vehtari A., Kahilakosi O-P., van Mechelen W., Aro T. och Taimela S., 2012	Randomiserad kontrollerad studie	544 st. individer, varav 64% kvinnor med medelåldern 43 år	Physical activity, health behavior, physical activity intervention, lifestyle intervention, distance counseling, work productivity, outcomes, randomized controlled trial
Socialt kapital och hälsa - förklaringsmodeller och implikationer för hälsofrämjande interventioner	Eriksson Malin, 2012	Artikelöversikt		

Bilaga 4. Underkategorierna

Dimension	Enligt teoretiska referensramen	Enligt analysresultat
<p>Livsstilsinterventionens betydelse för arbetshälsan</p>	<p>En hälsofrämjande arbetsmiljö innefattar en känsla av sammanhang dvs. meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet. (Hultberg 2007). Genom att stärka känslan av sammanhang i arbetet ökas drivkraften och arbetsengagemang, som resulterar i ökad produktivitet, energi samt arbets- och livsglädje (Hultberg 2007). Man bör inneha ett holistiskt perspektiv då man ser på medarbetaren och arbetshälsan (Juutti& Vuorela 2015). En intervention mot förbättrad livsstil hänför sig inte bara till arbetsplatsen och den enskilda individen, utan till alla dess arenor och människor i hens omgivning (Eklöf&Ståhl 2012 och Hultberg 2017). Fysisk hälsa, social samhörighet och vitalitet hör samman, en medarbetare med god arbetshälsa mår bra på alla dessa plan och klarar av att i positiv bemärkelse prestera och vara produktiv både för sig själv och hela organisationen (Juutti&Vuorela 2015).</p>	<p>Interventionen upplevs som något positivt som ökar tron på sig själv och bidrar till en vilja att sträva vidare, samtidigt stärker en positiv upplevelse en annan och inverkar härmed indirekt på upplevda arbetshälsan (Heikkurinen 2011, Sundström 2014 och Omondi&Rehn 2012). Interventionen är som en nyckel till förändring och bidrar till empowerment, medvetenhet, förklaringar och ny kunskap som direkt korrelerar till ökad hanterbarhet och begriplighet (Lammi 2010, Sundström 2014 och Omondi&Rehn 2012). En livsstilsintervention bygger på samarbete, struktur, målsättningar, utveckling och kontinuerlig evaluering (Aust et al. 2010, Hotakainen 2016, Leander 2015, Litmanen 2012 och Omondi&Rehn2012). En livsstilsintervention utförd på arbetsplatsen är heltäckande och resultaten hänför sig inte endast till arbetsplatsen eller livsstilen utan påverkar individen på flera olika plan och arenor (Christensen et al. 2011, Christensen et al. 2012, Heikkurinen 2011, Hotakainen 2016, Litmanen 2012, Sundström</p>

		2014 och Omondi&Rehn2012). Arbetshälsans betydelse ökar med ökad arbetsbelastning, varför interventioner som stöder medarbetarens hälsa och orkande borde prioriteras högt (Leander 2015 och Omondi&Rehn 2012).
Företagshälsovårdens roll i implementeringen av en intervention	Omgivningen och arbetsmiljön ses som ett medel för att skapa förutsättningar för god hälsa och hälsofrämjande (Menckel & Österblom 2000). Arbetsplatsen är en optimal hälsofrämjande arena var det finns tillgång till information om medarbetaren, vilket betyder att man kan lyfta fram de befintliga resurserna i arbetsgemenskapen och stöda dessa under interventionen (Fischer et al. 1997).	Att få kunskap, råd, bekräftelse och uppmuntran lyfts fram som viktigt under implementeringen av en intervention (Bäckman 2015 och Sundström 2014). Genom motiverande samtal och aktivt lyssnande medvetandegör och fungerar vårdpersonalen eller företagshälsovården som ett bollplank som stöder och vägleder under processens gång (Aust et al. 2010, Bäckman 2015, Hotakainen 2016, Lammi 2010, Leander 2015, Lien Smedsröd 2012 och Sundström 2014). Företagshälsovården ses som en viktig ansvarstagande resurs, en trygg interpersonell relation (Christensen et al. 2011, Eriksson 2012, Hotakainen 2016, Leander 2015, Litmanen 2012 och Reijonsaari et al. 2012). Företagshälsovården identifierar de tillhörande riskgrupp och stöder under implementeringen, var och en är i slutändan ansvarig för den egna hälsan (Kettunen et al. 2014, Lammi 2010 och Taimela et al. 2007).
Medarbetarens delaktighet i interventionen	Klienten är en aktiv, beslutsfattandedeltagare vars kunskap och bidrag bör uppmärksammas under interventionen (Uitti et al. 2014, Eklöf &Ståhl 2012). Genom medarbetarens delaktighet skapas engagemang i arbetsgemenskapen och tillförs arbetstillfredsställelse. (Eklöf &Ståhl 2012). Delaktighet är en betydande del av en lyckad förändring, d.v.s. man bör involvera medarbetare i skapande av	En intervention går ut på att deltagarna är aktiva, har ett ansvar, en inre motivation och en vilja att sträva framåt, var stärkande av självförtroende och empowerment lyfts fram som väsentliga (Bäckman 2015, Hotakainen 2016, Lien Smedsröd 2012, Sillanpää 2012 och Sundström 2014). Interventionen innebär ihärdighet, acceptans, en känsla av stolthet och att man prioriterar sig själv med stöd från interpersonella relationer (Bäckman 2015, Leander 2015, Lien Smedsröd 2012, Litmanen

	<p>tydliga, realistiska, gemensamma mål för arbetsgemenskapen (Hultberg 2007). Inte bara medarbetares delaktighet är betydande, även arbetsgivarens och organisationens delaktighet är ytterst viktig för att nå framgång med en intervention (Sorensen et al. 1998).</p>	<p>2012 och Sundström 2014). För en lyckad intervention bör man tro på sig själv, värdesätta sig själv, sina resurser och framtiden och sätta jaget i fokus (Hotakainen 2016, Lien Smedsröd 2012 och Sundström 2014). Delaktighet innebär att man har insikt, man värderar sina attityder och känslor och hittar styrkorna i sig själv (Hotakainen 2014, Litmanen 2012 och Sundström 2014). Under interventionen pågår en kontinuerlig utveckling och evaluering av jaget vilket bidrar till ökad självinsikt (Lammi 2010 och Lien Smedsröd 2012)</p>
--	---	---

Bilaga 5. Huvudkategori 1: Fokus på individen

Huvudkategori	Nyckelord	Underkategori
Fokus på individen	Jaget i fokus, individcentrerat, god hälsa, flexibla interventioner, medarbetaren i centrum, holism, arbetshälsa, arbetsförmåga, fysisk aktivitet, friska och produktiva medarbetare, utvecklan, framtidssyn, resurser, empowerment, möjliggöra, autonomi, feedback, belöna, arbetsgivarens ansvar, möjliggöra, utvärdera, tillfredställelse, öppen kommunikation, leva hälsosamt, möjliggöra hälsosamma val, stöd, balans, riktade interventioner, identifiera riskgrupp, ökad arbetsförmåga, hälsofrämjande arena, delaktighet, samarbete, arbetsfördelning, närvarande	Livsstilsinterventionens betydelse för arbetshälsan
	Kunskap, råd, strategier, bekräftelse, uppmuntran, stöd, empowerment, motiverande samtal, ge verktyg, vägledning, aktiv lyssnande, planering, uppföljning, individuella verktyg, självkontroll, eget ansvar, möjliggöra, identifiera riskgrupp, medvetandegöra, förståelse, rollfördelning, stöd, bli sedd och hörd, tillit, normer, ömsesidighet	Företagshälsovårdens roll i implementeringen av en intervention
	Vilja till eget ansvar, självförtroende, empowerment, självbestämmande, inre motivation, ihärdighet, stolthet, känsla av kompetens, kontroll, positivt tänkande, acceptera utmaningar, acceptera sig själv, realist, egenmakt, självförtroende, värdesätta sig själv, aktiv, hitta resurser, insikt, övertygelse, värderingar, förväntningar, attityder, känslor, drift,	Medarbetarens delaktighet i interventionen

	<p>starkt jag, individen i fokus, holism, egenvilja, tro på sig själv, etik, individualitet, respekt för individen, självsäkerhet, styrkor, delaktighet, egen motivation, vilja, motståndskraft, självsäkerhet, självkritik, självforskning, självevaluering, hantera sina känslor, värdefullt liv, leda sig själv, personlig tillväxt, mod, känsla av kontroll</p>	
--	---	--

Bilaga 6. Huvudkategori 2: Trygghet vs otrygghet

Huvudkategori	Nyckelord	Underkategori
Trygghet vs Otrygghet	<p>Trygghet vs det okända, förklaring och kunskap, hanterbarhet och begriplighet, medvetenhet, ökat samarbete, målsättning, evaluering, tidskrävande, stöd, struktur, resurser, omgivningens stöd, resurser, kommunikation, engagemang, struktur, målsättning, fokus, arbetsgivarens ansvar att stöda och möjliggöra, hälsouppföljning, välbefinnade, empowerment, flerdimensionella interventioner, livsstilsinterventioner på arbetsplatsen att rekommendera, arbetsfördelning, målgrupp hälsofrämjande arena</p>	<p>Livsstilsinterventionens betydelse för arbetshälsan</p>
	<p>Kunskap, råd, strategier, bekräftelse, uppmuntran, att bry sig, stöd, empowerment, stärka, ge verktyg, lyssna, motivera, medvetandegöra, bollplank, motiverande samtal, vägledning, engagerande, aktivering, evaluering, utveckling, företagshälsovården viktig, interpersonella relationer, förmedla, möjliggöra, ansvar, hälsouppföljningen betydelsefull, tidigt ingripande, internet baserade interventioner, identifiera riskgrupp, kontroller, trygghet, uppmuntran</p>	<p>Företagshälsovårdens roll i implementeringen av en intervention</p>
	<p>Svårighet att finna balans, plikter, negativa känslor, tro på vad man gör, positivt tänkande, acceptera utmaningar, acceptera sig själv, rädsla, obehag, starkt jag, motivation, insikt, väckelse,</p>	<p>Medarbetarens delaktighet i interventionen</p>

	osäkerhet, hitta resurser, begriplighet och hanterbarhet, ansvar, egenmakt, insikt, förståelse, etik, bli sedd och hörd, långsiktighet, accepterande, ansvar, valfrihet, flexibilitet, trygghet, balans, respekt, jämlikhet, belöning, stöda orkande och kunnande, tro på sig själv vs sviktande tro, erfarenhet, kontroll över sitt liv	
--	--	--

Bilaga 7. Huvudkategori 3: Framtidstro

Huvudkategori	Nyckelord	Underkategori
Framtidstro	Positiva upplevelser, positiv spiral, snöbollseffekt, ökad tro på sig själv, viljan att sträva framåt, nyckel till förändring, långvarig intervention, ökad produktivitet, fysiska aktivitetens påverkan på arbetshälsan, arbetsplatsen som hälsofrämjande arena, positiv inverkan individuellt och i grupp, positiv attityd, resurser, utvecklan, individ, framtidssyn, mentala välbefinnande, kontinuerlig utveckling, kostnadseffektivitet, stress, utamattning, deltagande	Livsstilsinterventionens betydelse för arbetshälsan
	Medla, arbeta för, möjliggöra, uppföljning, företagshälsovården viktig, etik, stöd och motivator, hälsuppföljning, strategi, planering, teamwork, social omgivning, feedback, medvetandegöra, kunsakpspridare, resurs, insikt, kommunikation, ansvar, förväntningar, tillit, normer, ömsesidighet, förebilder, social delaktighet	Företagshälsovårdens roll i implementeringen av en intervention
	Stress, brist på viljestyrka, interpersonella relationer, förtroende i sig själv, framtidstro, insikt, attityd, känslor, mål, strävan, tro, positiva upplevelser, hitta resurser, begriplighet och hanterbarhet, etik, långsiktighet, acceptans, samhörighet, teamanda, individen i fokus, utvecklan, autonomitet, bli tagen på allvar, realistiska förväntningar, belöning, bli sedd, motståndskraft, självkänedom, självsäkerhet, makt, kontroll, möjlighet	Medarbetarens delaktighet i interventionen

	till påverkan, kommunikation, problemhantering, motivation, kunskap, målsättning, planering, fokus på framtiden	
--	---	--