



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap

---

# Hälsokontroller och beteendeförändring hos byggarbetare – en intervjustudie.

Anna Boutzas

2016

Uppsats, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp  
Folkhälsovetenskap  
Hälsopedagogiska programmet  
Folkhälsovetenskap, teori, metod, examensarbete 30hp  
Handledare: Maria Lennernäs Wiklund  
Examinator: Ola Westin

---

## **Abstract**

Boutzas, A. (2017). Health surveillance and behavior change among construction workers - an interview study. Bachelor thesis in Public Health Science. Department of Occupational and Public Health Science. Faculty of Health and Occupational Studies University of Gävle, Sweden.

The incidence of illness among construction workers is higher than average in other industries, because of accidents and other conditions at work. One of the most important resources to prevent injury and maintain health in the workplace, is the occupational health care. The aim of this qualitative study was to describe the construction workers experiences of their occupational health and work environment and about whether occupational health check-ups have had any significance for their behavior change.

Five male construction workers who had underwent a health check and after that performed a behavior change, was recruited via an occupational care center. Data was collected by face to face and telefon interviews, that were subsequently transcribed and analysed by thematic analyse. The tematic analyse resulted in four main themes: "enabling factors for good health of the construction workers professional", "restricted factors to the good health of the construction worker's occupation", "benefits of occupational health promotion" and "concrete results of occupational health check-ups".

The construction workers experienced their occupational health and work environment as both positive and negative. The positive about work was the social contact with colleagues and employers, the negative was that the work environment contributed to poor health due musculoskeletal of injury and stress. Health check-ups contributed to behavior change and pontential prevention of diseases among construction workers.

The health check-ups was considered as being meaningful and enabled a change in behavior after understanding that they must change their lifestyle to avoid disease. Further research is needed on how to improve construction workers occupational health through occupational health services.

**Keywords:** Public health, occupational health, construction workers, health check-ups, behavioral change.

## Sammanfattning

Högskolan i Gävle, Sverige  
Akademin för hälsa och arbetsliv  
Hälsopedagogiska Programmet VT 14

**Titel:** Hälsokontroller och beteendeförändring hos byggarbetare – en intervjustudie.

**Författare:** Anna Boutzas

**Kurs:** Folkhälsovetenskap, teori, metod, examensarbete 30hp

Förekomsten av ohälsa är mer vanligt i byggarbetabranschen än i andra branscher, p.g.a. arbetsolyckor och övriga förhållanden i arbetet. En av de viktiga resurserna till att förebygga skada och upprätthålla hälsa i arbetslivet, är företagshälsovård. Syftet med denna kvalitativa intervjustudie var att beskriva byggarbetares upplevelser om deras arbetshälsa/arbetsmiljö och om vad företagshälsovårdens hälsokontroller har haft för betydelse för deras beteendeförändring.

Fem byggarbetare som genomgått en hälsokontroll via företagshälsovård och åstadkommit en potentiell beteendeförändring som förbättrat hälsan, intervjuades. Den tematiska analysen av intervjuerna resulterade i fyra huvudteman: ”möjliggörande faktorer till en god arbetshälsa i byggarbetarens yrke”, ”begränsade faktorer till god arbetshälsa i byggarbetarens yrke”, ”konkreta resultat av företagshälsovårdens hälsokontroller” och ”fördelarna med företagshälsovårdens hälsofrämjande arbete”.

Studiens resultat visar att byggarbetare upplevde sin arbetshälsa/arbetsmiljö som både positivt och negativt. Det positiva med arbetet var den sociala kontakten med kollegor och arbetsgivare och det negativa var arbetsmiljön som bidragit till sämre hälsa p.g.a. av muskuloskeletal skador och stress. Hälsokontroller bidrog till beteendeförändring som kan förebygga sjukdomar bland byggarbetarna.

Hälsokontrollen upplevdes som meningsfull då ett gott bemötande möjliggjorde en beteendeförändring samtidigt som en ökad insikt av att förbättra sin egen hälsa skett, efter negativa provsvar. Vidare forskning behövs om hur byggarbetares arbetshälsa kan förbättras genom företagshälsovårdens insatser.

**Nyckelord:** Folkhälsa, företagshälsovård, byggarbetare, hälsokontroll, beteendeförändring.

## **Förord**

Jag vill tacka de fem byggarbetarna som deltog i studien och företagshälsovården som lät mig använda deras kunder och lokaler till mitt uppsatsskrivande. Utan dem hade inte studien varit möjlig att genomföra. Jag vill även tacka min handledare Maria Lennernäs för all hjälp under uppsatsens gång. Ett stort tack riktas även till Emelie Mälstam som varit ett stöd under analysfasen.

Gävle, januari, 2017

*Anna Boutzas*

## Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Arbetshälsa och arbetsmiljö.....	<b>1</b>
<b>Hälsofrämjande arbete</b> .....	<b>2</b>
<i>Health promotion</i> .....	2
<i>Health literacy</i> .....	3
<b>Teorier och modeller av hälsobeteenden</b> .....	<b>3</b>
<i>Theory of planned behavior</i> .....	3
<i>Social Cognitive Theory</i> .....	4
<i>Self Efficacy</i> .....	5
<b>Företagshälsovård</b> .....	<b>5</b>
<i>Hälsokontroll</i> .....	6
<b>Byggarbetsbranschen</b> .....	<b>6</b>
<i>Tidigare internationell forskning om arbetshälsa och hälsofrämjande interventioner inom bygg- och anläggningsbranschen:</i> .....	7
<b>Problemformulering</b> .....	<b>9</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>9</b>
<b>Frågeställningar</b> .....	<b>9</b>
<b>Metod</b> .....	<b>10</b>
Design.....	10
Urvalsmetod.....	10
Datainsamling och frågeinstrument.....	10
Genomförande.....	11
Dataanalys.....	11
Etiska överväganden.....	13
<b>Resultat</b> .....	<b>13</b>
Deltagare i studien.....	13
Tematisk analys.....	14
Möjliggörande faktorer till en god arbetshälsa i byggarbetarens yrke.....	14
Begränsande faktorer till god arbetshälsa i byggnadsarbetarens yrke.....	16
Konkreta resultat av företagshälsovårdens hälsokontroller.....	17
Fördelarna med företagshälsovårdens hälsofrämjande arbetet.....	19
<b>Diskussion</b> .....	<b>21</b>
Resultatdiskussion.....	21
Metoddiskussion.....	24
Förslag till fortsatt forskning.....	26
Slutsats.....	26
<b>Källförteckning</b> .....	<b>27</b>

**Bilaga 1: Information och samtycke till deltagande i intervjustudie**

**Bilaga 2: Intervjufrågor**

## Bakgrund

### Arbetshälsa och arbetsmiljö

År 1946 definierades hälsa, enligt Världshälsoorganisationen som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom (WHO 1986). Att ha ett betalt arbete, är för de flesta människor en källa till ekonomisk säkerhet, status, välbefinnande och hälsa (Lundberg & Cooper 2011). Politiken har som målsättning att majoriteten ska följa arbetslinjen och kunna försörja sig genom eget arbete. Den fysiska och psykosociala arbetsmiljön har stor betydelse för utvecklingen av hälsa och är grundläggande för det positiva inom arbetet för hälsa och livskvalitet, som till exempel trivsel och arbetsförmåga, enligt Josephson, Vingård, Voss & Stark (2002). Med arbetshälsa menas relationen mellan hälsa och arbete. Potential till handling och upplevelse av välbefinnande, är förutsättningar för en god hälsa. Arbetsförmågan baseras på arbetets fysiska och psykiska krav och individens tillgång till hälsostatus och goda resurser. En god arbetshälsa är alltså en bred uppfattning av arbetsförmåga, som innefattar individens möjlighet till handling och att kunna utföra sina arbetsuppgifter med en känsla av välbefinnande (Josephson et al. 2002).

Enligt Statens Folkhälsoinstitut (2005) påverkas människors hälsa av arbetsmiljön, anställningsformer och möjliggörande till samverkan mellan arbetsliv och fritid. Arbetsmiljön påverkar inte endast enskilda individers hälsa och välbefinnande, utan även verksamheternas utveckling och tillväxt. Det finns olika arbetsmiljöfaktorer som innefattar individers arbetsförhållanden. Dessa arbetsmiljöfaktorer handlar om tekniska eller fysiska faktorer (förebyggande eller orsaka olyckor, som t.ex. skyddsanordning och maskiner), biologiska faktorer (mikroorganismer och smittor), kemiska faktorer (kemikalier, explosiva och giftiga ämnen), fysikaliska faktorer (klimat, buller och vibrationer), ergonomiska faktorer (tidskrav, tunga lyft, upprepande ensidigt arbete och arbetsställningar), psykosociala faktorer (diskriminering, våld, sexuella trakasserier och socialt stöd), organisatoriska förhållanden (kontroll, prestationskrav, handlingsutrymme, arbetets fördelning angående plats och tid, ledarskap och utvecklingsmöjligheter) och systematiska faktorer (planering av systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM) och samarbete med företagshälsovård. Majoriteten av arbetsmiljöfaktorerna har en negativ påverkan på hälsan och bör elimineras, andra arbetsmiljöfaktorer har visat positiva effekter och bör därför optimeras. Arbetsmiljöfaktorer baseras på tre grundläggande indikatorer, dessa är självskattad ohälsa, förteckningar av belastningsbesvär och krav/kontroll/stöd. Andra indikatorer innefattar belastning, arbetsolycksfall, sjukdomar, SAM-index och rehabåtgärder (Statens Folkhälsoinstitut 2005).

## Hälsofrämjande arbete

### *Health promotion*

Hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet och en förutsättning för social och ekonomisk utveckling. Hälsopromotion erkänns alltmer som en väsentlig del av hälsoutvecklingen. Det är en process att göra det möjligt för människor att ta kontrollen över och förbättra sin hälsa. Genom investeringar och åtgärder, har hälsopromotion visat tydliga effekter på hälsans bestämningsfaktorer, för att skapa den största hälsovinsten för människor, bidra till att minska ojämlikhet i hälsa och mänskliga rättigheter och för att bygga upp ett socialt kapital. Det slutliga målet med hälsopromotion är att öka den förväntade hälsan, och för att minska klyftan i förväntad hälsa mellan länder och grupper. Forskning och fallstudier från hela världen visar övertygande bevis för att hälsofrämjande är effektivt. Hälsofrämjande strategier kan utveckla och förändra och människors livsstil, och har en inverkan på de sociala, ekonomiska och miljömässiga förhållandena, som påverkar hälsan. Hälsofrämjande är en praktisk metod för att uppnå större jämlikhet i hälsa (WHO 1997).

Enligt O'Donell (2016) erbjuder hälsofrämjande program fördelar som kan förbättra hälsan, livskvalitet, känsla av gemenskap, bidra till att attrahera och behålla duktiga medarbetare och öka produktiviteten, vilket på lång sikt, besparar mätbara sjukvårdskostnader. Ur ett folkhälsoperspektiv är hälsopromotion på arbetsplatsen en av de mest kostnadseffektiva sätten att förbättra hälsan hos befolkningen. Först är de inriktade på de faktorer som kan förhindra åttio procent av alla sjukdomar relaterat till tobaksbruk, fysisk inaktivitet och nutrition. För det andra kan koncentrationen av en stor grupp i en relativt stabil omgivning vid en arbetsplats, göra det möjligt att ingripa på en stor grupp människor i komplexa hälsokampanjer, i en stödjande gemenskap över en längre tid och på så sätt tillåta människor att gå igenom de kognitiva, emotionella och beteendemässiga processer som är nödvändiga för att genomföra långsiktiga beteendeförändringar. O'Donell (2016) anser även att program inom hälsopromotion som sätts in i ett tidigt skede, kan förebygga cancer, motverka eller behandla hjärtsjukdomar och diabetes, hjälpa människor genom de svåraste tider av sina liv och ge dem en anledning att vilja leva. Hälsopromotion har även blivit den viktigaste delen i en organisation när det kommer till att utveckla en känsla av gemenskap, vilket gjort vissa organisationer till den mest populära platsen i staden att arbeta på. Hälsopromotion har även eliminerat årliga ökningarna i sjukvårdskostnader och premier för personalhälsoplaner, under flera år. Konceptet är enastående, men det flesta program inom hälsopromotion, uppnår inte sin potential i verkligheten. Detta beror på att program inom hälsopromotion utförts på ett felaktigt sätt. En minoritet av program inom hälsopromotion på arbetsplatser, följer standard för bästa praxis, som krävs för att göra en betydande inverkan på befolkningens hälsa och kostnadsförändringar i organisationer. Konceptet är fast, men arbetet om hur man motiverar varje arbetsgivare att genomföra ett program för hälsopromotion, och att följa standarder för bästa praxis i detta, bör utvecklas. (O'Donell 2016).

### *Health literacy*

Health literacy, eller hälsokunskap, definieras som de kognitiva och sociala färdigheter som ökar motivation och människors förmåga att få tillgång till, förstå och använda information på ett sätt som främjar och upprätthåller en god hälsa. Genom att förbättra människors tillgång till hälsoinformation och deras förmåga att använda den effektivt, gör hälsokunskap avgörande för egenmakt. Hälsokunskap definieras som hälsoutbildning och individens beteendeorienterade kommunikationsförmåga och behandlar de miljömässiga, politiska och sociala faktorer som påverkar hälsan. Hälsoinformation syftar inte bara till att påverka enskilda livsstilsbeslut, men också öka medvetenheten av bestämningsfaktorerna för hälsan och uppmuntra individuella och kollektiva åtgärder, som kan leda till en ändring av dessa bestämningsfaktorer. Hälsoinformation sker därför genom metoder som går utöver informationsspridning och innebär samverkan, delaktighet och kritisk analys. Sådan hälsoutbildning leder till hälsokunskap, vilket leder till personliga och sociala fördelar, genom att möjliggöra effektiva samhälleliga insatser genom att bidra till utvecklingen av det sociala kapitalet (WHO 2016).

### **Teorier och modeller av hälsobeteenden**

Inom det hälsofrämjande arbetet används verktyg som härstammar från teorier och modeller av hälsobeteenden. Förekomsten av hälsobeteenden varierar mellan sociala grupper. I västvärlden är till exempel rökning vanligare bland dem från socioekonomiskt missgynnade grupper. Detta kan tyda på att interventioner, för att ändra beteendemönster, bör fokusera på hälsans bestämningsfaktorer (socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade förhållanden, levnads- och arbetsvillkor, sociala nätverk, individuella levnadsvillkor, t.ex. tobak, alkohol, kost och motion samt grundläggande faktorer som t.ex. kön, ålder och arv). Men sådana faktorer är ofta omöjliga att ändra på och kräver politiskt ingripande på nationell eller internationell nivå (t.ex. förändring i inkomstfördelningen). Detta är en anledning till varför en avsevärd mängd forskning och interventioner har fokuserat på mer modifierbara faktorer som antas förmedla sambandet mellan sociodemografiska faktorer och hälsorelaterade beteenden. En viktig uppsättning av sådana faktorer är de tankar och känslor de enskilda associerar med den särskilda hälsorelaterade beteendet. Dessa är ofta kallad hälsokognitioner. Även om forskning undersöker betydelsen av individuella hälsokognitioner (t.ex. förväntade utfall), utgör huvuddelen av forskningen inom detta område, modeller som inkluderar uppsättningar av hälsokognitioner som antas att kombinera på olika sätt för att bestämma beteende. Dessa modeller kallas sociala kognitioners modeller (Conner 2010). Nedan beskrivs ett urval av de teorier som tillämpas inom hälsopromotion.

### *Theory of planned behavior*

Theory of planned behavior (TPB), har utvecklats av socialpsykologer och har använts i stor utsträckning för att förstå hälsobeteenden. Teorin anger de faktorer som avgör en individs beslutsfattande av ett specifikt beteende. TPB representerar en persons motivation, medvetna plan eller beslut att anstränga sig till att utföra beteendet. Upplevd



beteendekontroll (PBC) innebär en persons förståelse att resultatet av beteendet ligger inom hans/hennes kontroll och förtroende för att han/hon kan utföra ett visst beteende. I TPB, bestäms avsikten av en individs beteende av tre faktorer: attityder, subjektiva normer och PBC. Med attityder menas individens egna övergripande utvärderingar av beteendet som upplevs positiva eller negativa för individen. Subjektiva normer är en persons föreställningar om huruvida andra tycker han/hon bör engagera sig i beteendet. PBC antas påverka både avsikter och beteende, eftersom vi sällan tänker göra saker som vi vet att vi inte kan och eftersom tron om att vi kan lyckas ökar ansträngning och strävan vilket mer sannolikt leder till bra resultat (Ajzen 1991).

TPB har resulterat i ett antal interventioner som syftar till att förändra beteenden. Hill, Abraham & Wright (2007) använde till exempel en randomiserad kontroll studie för att testa effektiviteten av en TPB- baserad broschyr utformad för att uppmuntra studenter att åtminstone genomföra ett ytterligare fysiskt träningspass i veckan, jämfört med en kontrollgrupp. Gruppen med tillgång till broschyren, jämfört med kontrollgruppen, ökade inte bara rapporterad motion utan också avsikt, attityder, subjektiva normer, och PBC. Analysen visar att interventionen av motion delvis förmedlas via avsikt och upplevd beteendekontroll (Hill, Abraham & Wright 2007).

### *Social Cognitive Theory*

Albert Banduras Social Cognitive Theory, betonar hur kognitiva-, beteendemässiga-, personliga-, och miljömässiga faktorer samverkar för att påverka motivation och beteende. Enligt Bandura är mänskligt välbefinnande, resultatet av samspelet mellan alla dessa tre faktorer som kommer till uttryck i hans triadiska determinism modell. Det finns många faktorer som spelar en roll i mänskligt beteende. De påverkande faktorerna är inte av samma styrka och uppträder inte samtidigt. Till exempel, påverkas anställdas beteendemässiga faktorer och kognitiva faktorer av miljöfaktorer (organisationsstrategier) (Bandura 1989).

Social kognitiv teori består av fyra processer av förverkligande mål: självobservation, självutvärdering, självreaktion och "self-efficacy". Dessa komponenter är kopplade till varandra, var och en har en effekt på motivation och måluppfyllelse.

Självobservation innebär att uppmärksamma sitt egna beteende vilket kan informera och leda till motivation. Den kan användas för att bedöma ett framsteg mot måluppfyllelse samt motivera beteendeförändringar. Självutvärdering jämför en individs nuvarande prestanda med dennes önskade prestanda eller mål. Människor får tillfredsställelse när de uppnår uppsatta mål. När individer uppnår dessa uppsatta mål, är det mer sannolikt att fortsätta att utöva en hög nivå av ansträngning, eftersom låg prestanda inte längre kommer att ge tillfredsställelse. Själv reaktion innefattar reaktioner av en prestation vilket kan vara motiverande. Om de framsteg som gjorts anses acceptabla, uppstår en känsla av "self-efficacy", d.v.s. upplevd självkänsla, med sikte att fullfölja prestationen, och kommer att vara motiverade för att uppnå sitt mål. En negativ självutvärdering kan också vara motiverande i sig genom att en önskan att arbeta hårdare under förutsättning att målet, anses värdefullt. Självreaktion tillåter också en person att omvärdera sina mål

i samband med sina färdigheter. Om en person har uppnått ett mål, är det troligt att omvärdera och höja standarden (mål) och om en person inte har uppnått målet, är det troligt att omvärdera och sänka standarden (målet) till ett realistiskt mål. Upplevd självkänsla avser människors bedömningar om deras förmåga att utföra särskilda uppgifter. Uppgiftsrelaterat självkänsla ökar ansträngning och uthållighet mot utmanande uppgifter, därför ökar sannolikheten för att de kommer att slutföras (Bandura 1989).

### *Self Efficacy*

Tankarna angående self-efficacy är en viktig aspekt av mänsklig motivation och beteende samt inverkan av åtgärder som kan påverka ens liv. Self-efficacy är vad en individ tror att han eller hon kan utföra med hjälp av sina kunskaper under vissa omständigheter. Self-efficacy anses även som version av självkänsla. Den grundläggande principen bakom self-efficacy teorin är att individer är mer benägna att delta i aktiviteter där de har hög self-efficacy och mindre benägna att engagera sig i dem med låg self-efficacy. Bandura (1977) beskriver fyra informationskällor som individer använder sig av för att bedöma deras effektivitet. Dessa är prestandaresultat (prestationsförmåga), erfarenheter, verbal övertalning och fysiologisk återkoppling (emotionell upphetsning). Dessa komponenter hjälper individer att avgöra om de tror att de har förmågan att utföra specifika uppgifter. Personer med höga nivåer av self-efficacy ser svåra uppgifter som utmaningar att bemästra, snarare än hot som bör undvikas (Bandura 1977).

### **Företagshälsovård**

Enligt Landsorganisationen i Sverige (2013) är Företagshälsovård (FHV), en av de viktiga resurserna för att förebygga skada och upprätthålla hälsa i arbetslivet. En viktig uppgift för dagens företagshälsovård är att arbeta hälsopromotivt genom att motivera och stimulera beteendeförändringar för ökad hälsa hos individer. Detta arbete grundas bland annat på de ovan redovisade teorier om bettendepåverkan. Redan på 40-talet i Sverige, byggdes företagshälsovård upp inom olika bruksföretag och på 1970- och 80-talet nådde den sin storhetstid. I början av 1990-talet förändrades FHV:s arbete markant, då statsstödet avskaffades. Företagshälsovård säljs idag på en öppen marknad med fri konkurrens. Stora förhoppningar associeras till att FHV ska kunna vara en viktig samhällelig resurs för förebyggande och rehabilitering av ohälsa (Bjurvald, Menckel, Schærström, Schelp & Unge 2014). Företagshälsovård har oftast företagsläkare, allmänläkare, företagssköterskor och hälsopedagoger som resurser på plats.

Företagshälsovård har även samarbetsavtal med olika leverantörer och annan personal som behövs inom företagshälsovård som till exempel psykologer och arbetsmiljöingenjörer. Genom att öka hälsa och välbefinnande bland de anställda, kan företagshälsovård komma att hjälpa olika företag att minska kostnader och optimera produktiviteten bland personalen och arbetar för att förebygga arbetsrelaterad ohälsa genom att säkra miljön på arbetsplatsen och underlätta för anställda med sjukfrånvaro att smidigt återvända till sitt arbete (Landsorganisationen i Sverige 2013). Dock har inte mycket forskning utförts i Sverige, angående hur företagshälsovård kan bidra till

minskad frånvaro på grund av arbetsrelaterad sjukdom eller förbättring av anställdas arbetsförmåga. Soares, Jacobs, Schmidt, Sjöström och Antonsson (2012) beskriver hur arbetsmiljön kan bidra och ge goda hälsoeffekter bland arbetstagare. Resultatet visade att arbetet mot en god arbetsmiljö, var starkt beroende av ett effektivt samarbete mellan företagshälsovård och kundföretag, och var starkt korrelerade med en kontinuerlig dialog och kontakt. Kundföretagen bör ha en väl strukturerad arbetsmiljö för hälsa och säkerhetshantering för en effektiv användning av företagshälsovård. Samarbeten mellan företagshälsovård och kundföretag har ofta lett till att företagshälsovård gradvis förskjutits från en medicinsk inriktning till en mer proaktiv strategi. Flera av de deltagande kundföretagen i studien höll denna strategi, att arbeta mer förebyggande och fokusera på "att behandla organisationen", inte endast individen, vilket resulterade i verkställande åtgärder inom arbetsmiljön för kundföretagen (Soares et al. 2012).

### *Hälsokontroll*

Hälsokontroll är den vanligaste tjänsten inom företagshälsovård, som inkluderar bl.a. läkarintyg, rehabilitering, ryggvård, hälsoprofil, hälsosamtal om livsstil (t.ex. kost, träning och stresshantering), allergitester, alkoholscreening, drogtester, konditionstest, vaccinationer och utvärdering av arbetsmiljöfrågor (Landsorganisationen i Sverige 2013).

### **Byggarbetsbranschen**

Enligt branschorganisationen Sveriges företagshälsor (2016), är det vanligaste arbetsmiljöproblemen i industri- bygg- och transportsektorerna, i kronologisk ordning: brister i den fysiska arbetsmiljön (t.ex. damm, belysning och buller), brister i ergonomi (som orsakat smärta i leder och axlar), stress, konflikter (t.ex. relation till kollegor och partners), utsatthet för hot, våld eller mobbning, oklar organisation/ofullkomlig struktur, brister i ledarskap (närmsta chef), obalans i livspusslet (t.ex. jobb, fritid och familj), ohälsosamma levnadsvanor (t.ex. kost, motion, sömn, alkohol och droger), icke arbetsrelaterade medicinska (somatiska) problem och icke arbetsrelaterade psykiska problem (Sveriges företagshälsor 2016).

I Sverige är ca en kvarts miljon anställda inom bygg- och anläggningsindustrin, enligt Arbetsmiljöverket (2013). Branschen domineras av småföretag med omkring tre fjärdedelar av personal och de större företagen som Peab, NCC och Skanska, där de anställda består av ca 11 %. Arbetare i bygg- och anläggningsbranschen utsätts ofta för fysiskt krävande arbetsuppgifter. Hit hör bland annat tunga lyft och obekväma arbetsställningar. Höga fysiska arbetskrav ökar risken för utveckling av muskuloskeletala symptom (MSD). Sjukfrånvaron bland byggarbetare är högre än i andra branscher, p.g.a. arbetsolyckor och övriga förhållanden i arbetet. Även förekomsten av övervikt och fetma i bygg- och anläggningsbranschen är högre än i den allmänna vuxna befolkningen. Både MSD och ett högt BMI (en matematisk formel som visar sammanhanget mellan en persons vikt och längd, för att ta reda på om en person är överviktig eller underviktig) är negativt associerat med flera arbetsrelaterade resultat, men är också förknippade med varandra. Eftersom båda faktorerna är mycket vanliga

bland byggarbetare, kan dessa bidra till hög risk att utveckla hälsoproblem och tillhörande negativa arbetsrelaterade utfall jämfört med arbetare i andra branscher och den allmänna befolkningen. Detta understryker vikten av att minska bördan av övervikt och fetma i denna grupp av arbetstagare. Enligt Arbetsmiljöverket (2013) har endast ett tiotal svenska studier utförts i bygg och anläggningsbranschen inom arbetsmiljöarbete. De flesta studier som utförts inom området handlar mest om risker med arbetet än om arbetsmiljöarbetet som kan åtgärda dessa risker. I dessa studier är det främst risken av olyckor som beskrivs medan endast ett fåtal berör hälsofrågor. Av de cirka åttio funna fallstudier inom bygg och anläggningsbranschen, återfinns endast en minoritet av arbetsmiljöarbete bland småföretag, trots att dessa dominerar branschen. Gynnsamma effekter på arbetsrelaterade resultat, inklusive sjukfrånvaro, produktivitet och arbetsförmåga, har rapporterats till följd av förebyggande åtgärder inriktade på hälsosam livsstil. Följaktligen kan genomförandet av arbetsplatsprogram som riktar sig till livsstilsfaktorer vara en lovande strategi för att förbättra arbetstagarnas hälsa och andra resultat som är relevanta för arbetsgivare (Arbetsmiljöverket 2013).

*Tidigare internationell forskning om arbetshälsa och hälsofrämjande interventioner inom bygg- och anläggningsbranschen:*

Som nämnts tidigare, är förekomsten av både övervikt och muskuloskeletal sjukdomar (MSD) i byggbranschen, hög. Många interventioner angående arbetsmiljö syftar till att förebygga och minska dessa hälsoproblem, men det är fortfarande oklart hur dessa interventionsprogram ska utformas. Syftet med studien från Viester, Verhagen, Proper, van Dongen, Bongers och van der Beek (2012), var att systematiskt utveckla en skraddarsydd intervention för att förebygga och minska övervikt och MSD bland byggnadsarbetare och föreslå en utvärderingsstudie avseende dess (kostnads) effektivitet. Deltagarna i undersökningen bestod av kollektivanställda i ett stort byggföretag i Nederländerna. Interventionsprogrammet inriktades på att förbättra fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor. Programmet bestod av en skraddarsydd rådgivning ansikte mot ansikte eller via telefon, med instruktioner för fysisk aktivitet och konstruerat underlag för intervention (översikt av företagets hälsofrämjande anläggningar, midjemått, stegräknare, BMI, kalori guide, recept och kunskapstest). Utvecklingen av interventionen inom byggbranschen, ledde till ett hälsoprogram anpassat till byggarbetares behov. Studiens slutsats tyder på att arbetsgivare kan införliva denna metod i sitt vanliga förebyggande arbete inom byggarbetsbranschen och hjälpa beslutsfattare att avgöra vilka delar av interventionen som kan användas bäst (Viester et al, 2012).

Studien från Dong, Wang och Largay (2015), bidrar till forskning om arbetsskador för enskilda byggnadsarbetare i USA, under en tolvårsperiod. Metoden bestod av datainsamling från en internationell longitudinell kohortstudie med 512 deltagare, där arbetsexponering och hälsobeteenden undersöktes, för att identifiera arbetsskador. Resultatet visar en skillnad för branscher som främst domineras av arbetsplatsexponeringar, då arbetsskador i konstruktionsarbeten förekom 18 procent

oftare, än i icke konstruktionsarbeten. Fyra arbetsrelaterade riskfaktorer: yrke inom byggarbetsbranschen, jobbrelaterade fysiska ansträngningar, flera jobb per år och långa arbetstider, stod för den förhöjda procentandelen av skador i byggarbetsbranschen. Resultaten tyder också på att rökning, fetma/övervikt och droger som kokain, direkt eller indirekt, ökar risken för arbetsskador. Resultatet av studien visar att arbetsplatsen kan integrera skadeförebyggande och hälsofrämjande för att det ska vara effektivare än separata program, i syfte att förbättra arbetstagarnas säkerhet och hälsa (Dong, Wang & Largay 2015).

Syftet med studien från Alavinia, van den Berg, van Duivenbooden, Elders och Burdorf (2009), var att utvärdera den relativa betydelsen av individuella egenskaper, livsstilsfaktorer, arbetsrelaterade riskfaktorer och arbetsförmåga av kort (<2 veckor), måttlig (2-12 veckor), och lång (> 12 veckor) varaktighet av sjukfrånvaro. 5867 sjukskrivna holländska byggarbetare, följdes upp. Det viktigaste i studien var att undersöka varaktigheten av sjukfrånvaro, som registrerats av företagshälsovård. Resultatet visar att anledningar till sjukskrivning var ålder, övervikt, rökning, manuell materialhantering, brist på jobbstyrning, lungbegränsning och en sämre arbetsförmåga. Övervikt, rökning, manuell materialhantering och bristande kontroll över arbetet, förblev viktiga riskfaktorer för måttlig och långvarig sjukskrivning. Studiens slutsats visar att en mängd förebyggande åtgärder på arbetsplatsen riktade till rökning, fetma, fysisk belastning, psykosociala arbetsfaktorer samt arbetsförmågan, kan bidra till en minskning av förekomsten av sjukskrivning (Alavinia et al, 2009).

Syftet med från Viester, Verhagen, Bongers, & Beek (2015) var att undersöka effekterna av en hälsofrämjande intervention på en arbetsplats i Nederländerna, angående muskuloskeletal symptom, fysisk funktion, arbetsförmåga, arbetsprestationer och sjukfrånvaro. I en randomiserad kontrollerad studie, valdes 314 byggnadsarbetare ut till en interventionsgrupp (n=162), som fick personlig coaching, skraddarsydd information och material samt en kontrollgrupp (N=152), som fick vanlig vård. Resultatet av studien visar att interventionen ledde till förbättringar. Även om interventionen förbättrade fysisk aktivitet, kost, och viktrelaterade resultat, så förbättrades inte muskuloskeletal symptom eller andra arbetsrelaterade åtgärder (Viester et al, 2015).

Studien från Addley, Boyd, Kerr, McQuillan, Houdmont & McCrory (2014) undersökte hälsoriskbedömningar (HRA), som är en vanlig typ av hälsofrämjande program på arbetsplatser i Amerika. Studien var en randomiserad kontrollerad studie, som undersökte effekterna av två HRA interventioner angående livsstilsparametrar, psykisk hälsa och arbetsförmåga, i ett brittiskt sammanhang. 180 anställda randomiserades till tre olika grupper: Grupp A (HRA som kompletterats med hälsofrämjande och utbildningsverksamhet), grupp B (endast HRA) och grupp C (kontrollgrupp, ingen intervention). Efter tolv månader, jämfördes livsstilsförändringar inom psykisk hälsa och arbetsförmåga. I jämförelse med kontrollgruppen, visades det sig att grupp A var 29,2 (95% CI: 9.22-92.27) gånger mer benägen att rapportera en upplevd förändring i

livsstilsbeteende och Grupp B 4,4 gånger (95% CI: 1,65 till 11,44). Sammanfattningsvis var deltagandet i HRA, associerat med en ökad chans för upplevd livsstils- och beteendeförändring. Chansen för en upplevd livsstils- och beteendeförändring, ökades ytterligare i HRA-gruppen som kompletterats med hälsofrämjande och utbildningsverksamhet. Ingen livsstils- eller beteendeförändring skedde i kontrollgruppen. Studiens resultat ger preliminära bevis för att HRA och HRA med komplettering av hälsofrämjande och utbildningsverksamhet, i synnerhet kan bidra till att brittiska anställda gör positivt hälsosamma livsstilsförändringar (Addley et al, 2014).

### **Problemformulering**

På grund av arbetsolyckor och övriga förhållanden i arbetet är sjukfrånvaro mer vanligt i byggarbetsbranschen än i andra branscher. Även övervikt och fetma förekommer oftare i bygg- och anläggningsbranschen än i den allmänna vuxna befolkningen. Gynnsamma effekter på arbetsrelaterade resultat, inklusive sjukfrånvaro, produktivitet och arbetsförmåga, har rapporterats till följd av förebyggande åtgärder inriktade på hälsosam livsstil. Studier inom byggarbetsbranschen har för det mesta fokuserat på att beskriva risken av olyckor och inte så mycket på arbetsmiljön eller hälsofrågor. Därför fokuserar denna studie på att beskriva byggarbetares självupplevda arbetshälsa och arbetsmiljö, för att förstå hur arbetet påverkar dem positivt och negativt, och (om) vad företagshälsovården bidragit med, som en förebyggande åtgärd. En förutsättning för ett framgångsrikt hälsopromotivt arbete inom företagshälsovård är kunskap om och förståelse av byggarbetares självupplevda arbetssituation och hälsa. Mer kunskap om vilka hälsofrämjande insatser som fungerar bäst vad gäller positiva beteendeförändringar för att främja hälsan bland byggarbetare behövs.

### **Syfte**

Syftet är att beskriva byggarbetares upplevelser om deras arbetshälsa och arbetsmiljö och om vad företagshälsovårdens hälsokontroller har haft för betydelse för deras beteendeförändring.

### **Frågeställningar**

Vilka upplevelser har byggarbetare om sin arbetshälsa och arbetsmiljö?

Har hälsokontrollen bidragit med en positiv beteendeförändring bland byggarbetare?

Har hälsokontrollen förbättrat byggarbetarnas hälsa?

Vilka upplevelser har byggarbetare av företagshälsovårdens hälsokontroller?

## **Metod**

### **Design**

En kvalitativ forskningsintervju med induktiv ansats användes som metod. Induktion innebär att man utgår från observationer i verkligheten för att kunna dra generella slutsatser inom en teoretisk referensram (Hartman 2004, s.155). Det krävs många och upprepande studier för att skapa en teori.

### **Urvalsmetod**

Undersökningen genomfördes via ett privatägt företag som arbetar med företagshälsovård, vars kunder domineras av bygg- och anläggningsarbetare. Studien vill belysa företagshälsovårdens betydelse för en beteendeförändring till en bättre hälsa bland byggarbetare. Urvalet samlades in utefter ett avsiktligt kriterium. Ett avsiktligt kriterium minskar variationen av deltagare vilket möjliggör en mer specifik undersökning, eftersom man arbetar med deltagare som ger relevant information till studiens ämne, enligt (Yin 2013). Deltagarna valdes utifrån profession inom bygg- och anläggningsbranschen, som genomgått en hälsokontroll via företagshälsovård och åstadkommit en potentiell beteendeförändring, som förbättrat hälsan. Studiens genomförande godkändes av företagshälsovårdens VD. För att få tag på relevanta deltagare, alltså personer som gjort en beteendeförändring via företagshälsovården, letades dessa personer upp i register av personal på företagshälsovården. Personerna togs fram av företagshälsovården själva för att inte lämna ut information om kunden till författaren utan deltagarens godkännande. Ett missivbrev (Bilaga 1) från företagshälsovården skickades ut till deltagarna med information om studien och om deltagarna godkände att bli kontaktade av författaren. Femton personer kontaktades. En person tackade nej och sju personer var intresserade att delta i studien och godkände att bli kontaktade av författaren. Av de sju personer som svarade, genomfördes två pilotstudier och fem intervjuer. Resterande personer svarade inte.

### **Datainsamling och frågeinstrument**

Data samlades in med en halvstrukturerad intervju med bygg- och anläggningsarbetare. Enligt Hartman (2004) betyder en halvstrukturerad intervju att frågorna kommer ställas i ordning men att den intervjuade har möjlighet att formulera sig fritt. För att utesluta att intervjun inte lämnar det intressanta området, användes en intervjuguide (Bilaga 2) (Ibid.). Intervjuguiden utvecklades av författaren med hjälp av idéer från andra liknande studier. Två pilotstudier genomfördes för att testa frågeformulärets lämplighet och undersökningens procedur (Olsson & Sörensen 2011). Under pilotstudierna upptäcktes att vissa frågor upplevdes upprepande. Eftersom deltagarna gav relativt korta svar i början av intervjun, behölls ändå de upplevda upprepade frågorna, eftersom deltagarna gav mer utförliga svar ju längre intervjun pågick. Pilotstudierna skedde via telefon och spelades in med en inspelnings app på mobiltelefon. Totalt genomfördes fem intervjuer. Två intervjuer skedde i ett fikarum på deltagarnas arbetsplats, två intervjuer skedde på företagshälsovårdens anläggning och en intervju fördes via telefon. Telefonintervjun spelades in via en inspelnings APP på mobiltelefon. Resterande intervjuer spelades in via en ”diktafon APP” för mobiltelefon, för att dokumentera orden som sägs och inte gå

miste om eller tappa bort data (Hartman 2004). För att fånga upp de intervjuades beteende, som till exempel minspel, fördes anteckningar i en intervjujournal (Ibid). Varje deltagare intervjuades separat och intervjuerna varade i 15-30 minuter. Individerna svarade på frågor om arbetshälsan på arbetsplatsen och vilka besvär/sjukdomar de har/haft och om de har gjort en beteendeförändring till följd av företagshälsovård och vad de uppfattade motiverade till beteendeförändring. Intervjuerna transkriberades ordagrant av intervjuaren.

### Genomförande

När deltagarna godkänt att bli kontaktade ringde författaren upp deltagarna för att boka in intervjuer. En del av deltagarna upplevde att det var svårt att få tid över till intervjun då de arbetade under dagarna. Därför anpassade forskaren sig efter detta och besökte två deltagare under arbetstid. För att kunna genomföra dessa två intervjuer under arbetstid, kontaktade författaren deltagarnas chefer för ett godkännande av intervju under arbetstid. Chefen godkände intervjuer under arbetstid, vilket var avgörande för att intervjuerna skulle kunna genomföras. En deltagare hade tidsmässigt svårt att mötas ansikte mot ansikte, då personens arbetstider varierade, därför genomfördes intervjun via telefon. Två av deltagarna upplevde inga problem med att ta sig tid för intervjun. Dessa två intervjuer skedde på företagshälsovården efter arbetstid.

### Dataanalys

Efter att intervjuerna transkriberats, analyserades dessa med en induktiv tematisk analys. En tematisk analys går ut på att skapa ett index av centrala teman och underteman ur den transkriberade texten (Bryman 2008).

Tabell 1. Exempel på tematisk analys av fem intervjuer med manliga byggarbetare.

Citat	Koder	Teman
<i>"Arbetskamraterna man har på firman gör att det kan bli lite roligare.. sen har vi också bra arbetsgivare som lyssnar på oss och litar på oss till hundra procent så ja"</i>	Social kontakt	Möjliggörande faktorer till en god arbetshälsa i byggarbetarens yrke
<i>"Det är så förbannat slitsamt det sliter på kroppen, knäna och axlarna, det märker man på de som jobbat länge och är lika gamla som mig de ser ut som gamla gubbar"</i>	Slitsamt arbete	Begränsade faktorer till god arbetshälsa i byggarbetarens yrke
<i>"För det första så drack</i>	Åtgärder	Konkreta resultat av



<p><i>jag ingenting innan vi tog nya prover så att det är inga konstigheter jag menar jag vet ju att jag inte behöver dricka om jag inte vill men å andra sidan så tycker man om att göra det. Sånt gör man ju på helger eller så va. Men det har jag slutat med efter jag var på hälsokontroll och det syntes i den andra provtagningen”</i></p>		<p>företagshälsovårdens hälsokontroller</p>
<p><i>”Ajaja vart kanonbra bemött tyckte jag. Trevlig personal som ja vi pratade inte bara om själva testet utan vi pratade om allt möjligt och det uppskattar jag”.</i></p>	<p>Fördelar</p>	<p>Fördelarna med företagshälsovårdens hälsofrämjande arbete</p>

Analysen följde Brauns och Clarkes (2006) sex olika steg i en tematisk analys. Det första steget handlar om att bekanta sig med data. Data lästes igenom ett antal gånger för att få en överblick om vad som hade sagts, samtidigt som mening och mönster letades fram. Först lästes data en gång, sedan lästes det en gång till samtidigt som anteckningar om det övergripande innehållet skrevs ner. I steg två i en tematisk analys tas koder fram ur data. Efter en bekantskap med texten och en första lista med idéer om intressanta data, lästes texten igenom en tredje gång, samtidigt som koder skrevs ned. Koder identifierar särdragen av data och hänvisar till det mest grundläggande segmentet, eller element av rådata eller information som kan bedömas på ett betydelsefullt sätt om fenomenet. Alla koderna färgglades baserat på samma innehåll och sorterades till olika grupper av koder, enligt exempel i tabell 1. En lång lista med olika koder identifierades utifrån datauppsättningen. I steg tre togs teman fram med hjälp av koderna. Teman är en tolkningsanalys av data. I denna fas sorterades olika koder till potentiella teman. Koderna analyserades och det övervägdes hur de olika koderna kan kombineras för att bilda ett övergripande tema. Vissa teman bildade huvudteman och vissa underteman. I steg fyra kontrollerades hur teman fungerade i förhållande till koderna och hela data mängden. Denna fas omfattar två nivåer av att granska och förfinas de funna temana. Granskning av teman gjordes på så sätt att teman lästes igenom för att överväga att de bildade ett sammanhängande mönster. Här upptäcktes att vissa underteman till olika huvudteman hörde ihop. Därav omarbetades teman och underteman till endast nya huvudteman. Sedan kontrollerades giltigheten av enskilda teman i förhållande till datamängden och att den tematiska kartan speglar de betydelser

som var uppenbara i datamängden som helhet. För att säkerhetsställa att den tematiska kartan speglas på ett korrekt sätt, lästes hela datauppsättningen igen för två ändamål. Den första är, såsom diskuterats, för att fastställa om teman passade in i förhållande till datamängden. Det andra är att koda ytterligare uppgifter inom teman som har missat i tidigare kodningssteg. Eftersom den tematiska kartan avspeglades korrekt, gick analysen vidare till nästa fas. I steg fem definierades och förfinades de teman som lades fram för analys. Med "definiera och förfina" menas att identifiera "väsen" av vad varje tema handlar om och om i vilken del av data varje tema fångar. För varje enskild tema, skrevs en detaljerad analys. De teman som presenterades, skrevs alltid med hänsyn i förhållande till forskningsfrågorna, för att få ett bredare övergripande om vad data berättade. I fas sex, när uppsättningen av de genomarbetade teman var klara, började arbetet med att presentera data på ett sätt som övertygar läsaren om meriter och giltigheten av analysen (Braun & Clarke 2006).

### **Etiska överväganden**

Enligt Hermerén (2011), kräver ett väl genomfört forskningsprojekt, att urvalet av försökspersoner görs vetenskapligt utifrån grundläggande etiska frågor som frivillighet, integritet, konfidentialitet och anonymitet. Deltagarna kontaktades därav i förväg via mail och telefon, med förfrågan om deltagande och information om studien, deltagarna lämnade även ett informerat samtycke. För att uppfylla samtyckeskrauet, fick deltagarna själva bestämma om de ville delta i studien och informerades om att uppgifter som samlas in om de enskilda personerna, endast får användas i forskningsändamål, enligt nyttjandekrauet. För att ta hänsyn till konfidentialitetskrauet, behandlades uppgifter som lämnades av deltagarna, konfidentiellt och förvarades ifrån obehöriga, vilket deltagarna tagit del av och skrivit under via missivbrevet (Bilaga 1). Åtgärder vidtogs för att få deltagarna att känna sig obesvärade, så som val av plats för intervjun (Hermerén 2011).

## **Resultat**

### **Deltagare i studien**

Deltagarna bestod av fem män i åldrarna 44, 45, 46, 53 respektive 55år. En var kranförare, tre var byggelektriker och en var arbetsledare/montör. Två personer hade arbetat i branschen i fem år, en i sex år, en i 33 år och en i 38 år. Samtliga deltagare kom i kontakt med företagshälsovården via sin arbetsgivare.

Tabell 2. Respondenternas yrke, ålder, antal år de arbetat i bygg- och anläggningsbranschen och hur de kom i kontakt med företagshälsovården.

Respondent	Yrke	Ålder	Antal år i branschen	Kontakt med företagshälsovård via arbetsgivare?
R1	Kranförare	46år	5	Ja
R2	Byggelektriker	45år	12	Ja
R3	Byggelektriker	44år	6	Ja
R4	Byggelektriker	55år	38	Ja
R5	Arbetsledare/ Montör	53år	33	Ja

### Tematisk analys

Fyra huvudteman som identifierades i den tematiska analysen kommer att presenteras. Dessa är ”möjliggörande faktorer till en god arbetshälsa i byggarbetarens yrke”, ”begränsade faktorer till god arbetshälsa i byggarbetarens yrke”, ”konkreta resultat av företagshälsovårdens hälsokontroller” och ”fördelarna med företagshälsovårdens hälsofrämjande arbete”. Temat ”möjliggörande faktorer till en god arbetshälsa i byggarbetarens yrke” handlar om vad som upplevs som positivt i byggarbetarnas yrke, alltifrån trivsel i arbetet, bra arbetsuppgifter, bra arbetskollegor, bra arbetsgivare, bekväma arbetstider, det rörliga arbetet, omväxlande arbete. Temat ”begränsade faktorer till god arbetshälsa i byggarbetarens yrke” handlar om vad som upplevs är mindre bra i byggarbetarnas yrke, d.v.s. arbetsmiljön i stort, så som slitsamma arbetsställningar, led- och muskelbesvär, damm, kyla, buller blåst, smuts, tunga arbetslyft och permanenta skador. Temat ”konkreta resultat av företagshälsovårdens hälsokontroller” handlar om de beteendeförändringar deltagarna gjort för att förbättra sin hälsa via företagshälsovården samt om företagshälsovårdens förebyggande och behandling av sjukdomar. Temat ”fördelarna med företagshälsovårdens hälsofrämjande arbete” handlar om företagshälsovårdens betydelse då deltagarna uppgett att de aldrig hade sökt sjukvård någon annanstans om de inte skickats till företagshälsovården via sin arbetsgivare, att företagshälsovården förebyggt ohälsa och att det är värt för arbetsgivare att skicka sina anställda på företagshälsovård för att förebygga ohälsa, som de sparar pengar på i längden i form av sjukfrånvaro, att företagshälsovården ger personerna ett slags kvitto på hälsan vilket upplevdes positivt av deltagarna eftersom det gav ett lugn då de fick reda på att deras hälsa var god, uppföljning av hälsan i form av att prover tas, mål sätts och återbesök bokas, har bidragit till bättre hälsa bland deltagarna och även bemötandet har upplevts som väldigt positivt och personligt.

### Möjliggörande faktorer till en god arbetshälsa i byggarbetarens yrke

Det finns flera faktorer som bidrar till en god arbetshälsa för byggarbetarna. Deltagarna upplevde att de trivs bra på arbetet då de känner sig nöjda med arbetskollegor, arbetsgivare och arbetsuppgifter. På en byggarbetsplats är den sociala kontakten viktig för arbetarna då den tillför en känsla av gemenskap och en vilja att gå till arbetet. Trivseln ökar på arbetsplatsen då byggarbetarna arbetar med kollegor de tycker om och

kommer bra överens med, det gör arbetet roligare. Att ha en arbetsgivare som ser, lyssnar och litar på en, ökar självkänslan och drivet i arbetet. En god kontakt med arbetsgivaren gav byggarbetarna även en känsla av självständighet, vilket ökar ambitionen för arbetet. Trivs man bra på jobbet så påverkar detta även välmåendet positivt i privatlivet.

*”Det positiva är ju att det är socialt eftersom man träffar folk. Arbetskamraterna man har på firman gör att det kan bli lite roligare.. sen har vi också bra arbetsgivare som lyssnar på oss och litar på oss till hundra procent så ja” R2*

Byggarbetarna arbetar oftast från sju på morgonen till fyra på eftermiddagen. Detta upplevs som positivt av byggarbetarna då det finns tid över till annat på kvällen. Att få komma hem relativt tidigt på eftermiddagen och spendera tid med sin familj så att man inte går miste om kvalitets tid med sina barn är en bidragande faktor till val av yrke. En av deltagarna arbetade under olika arbetstider beroende på vilka byggen som tilldelas, men trivdes bra med detta ändå och beskrev att ”om man inte trivs med olika arbetstider så bör man byta jobb”, men att detta inte var ett alternativ då personen aldrig trivts så bra med sitt nuvarande arbete då personen föredrar omväxlande arbetstider.

*”Att få komma hem till familjen i tid jamen alltså mot andra jobb, det är 7-16 och det är därför jag fick tummen loss och hoppade tillbaks till el för innan jobbade jag i butik och det är en skillnad, då jobbade jag till 8 på kvällen och helger och sen när man får barn så vill vara hemma så man inte missar något, så det är det, de bekväma tiderna”. R3*

Det positiva med arbetsuppgifterna är att de är omväxlande och bidrar till att man rör på sig. Byggarbetarna beskriver att arbetsuppgifterna är varierande och att den ena dagen inte är den andra lik, vilket är positivt då tiden går fort samtidigt som arbetet anses stimulerande när man inte arbetar med samma moment varje dag. Samtliga deltagare anser att den största fördelen med arbetet är att få motion via arbetet och att de inte skulle föredra ett stillasittande jobb. Ett rörligt arbete upplevs som stimulerande när man får arbeta med kroppen, även om det innebär tunga moment.

*”Det är bra att arbeta med kroppen istället för att sitta ner och dubbelklicka på en data, eh ja sittande jobb nej det är inget för mig. Så ja tiden går snabbare när man gör något. Det är stimulerande att få arbeta med kroppen men det är klart att många moment är ju jobbiga, här om dagen skulle jag borra igenom två våningar och efter det var jag helt färdig liksom så det är mycket fysiskt alltså och mycket liksom med armarna hela dagen och stå på stegar alltså det är tufft. Men liksom tiden går då och det är schyst. Det positiva är att dagarna går snabbt och man har mycket att göra och just för el det är så många olika moment det kan vara allt möjligt från himmel och jord och det är det som är lite häftigt kanske i jämförelse mot andra yrken som kanske är väldigt likadant. Så det är allt från det lilla pilliga till stora grejer”. R3*

## **Begränsande faktorer till god arbetshälsa i byggnadsarbetarens yrke**

Arbetsmiljön upplevs som negativ då det är påfrestande både fysisk och psykiskt. Dagligen utsätts byggarbetarna för slitage i form av krävande arbetsställningar och av yttre påfrestningar som damm, kyla, buller och blåst. Arbetet beskrivs även som mycket stressigt och farligt.

Byggarbetarna arbetar i slitsamma arbetsställningar som innebär att man hamnar i positioner med armarna ovanför huvudet då arbetet ofta innebär att stå och skruva i tak eller nere på mark/golv, som medför stor belastning på knän. De tunga arbetsställningar sliter på leder och muskler som har bidragit till permanenta skador i framförallt axlar och knän. Byggarbetarna arbetar även ofta i svåra väderförhållanden som innebär att arbeta i extrem kyla då de ofta arbetar utomhus, eller inne i kalla, blåsig och ouppvärmade byggnader. Trots att byggarbetarna har skyddsutrustning i form av kläder och hörselskydd anses detta som ett stort problem. Buller är även dagligt förekommande i arbetet och detta har lett till sämre hörsel.

*”Det är så förbannat slitsamt det sliter på kroppen, knäna och axlarna, det märker man på de som jobbat länge och är lika gamla som mig de ser ut som gamla gubbar, det är tur att jag gjort annat emellan”. R3*

*”Ja det är jävligt skitigt och slitsamt. Framför allt är det förbannat skitigt och kallt blåsigt och jävligt beroende på vilken årstid det är och vilka jobb du har just då va så att det är inget chilljobb, jag har ju mina skador eftersom jag har hållit på i så pass många år, jag är ju nästan helt döv på ena örat och och lite sånna saker, ont i kroppen ont i knäna och allt det där så att, det är klart att man tar stryk så är det”. R5*

På senare år upplevs allting ha blivit mycket sämre, framförallt upplevs att alla kostnader pressas. Detta har bidragit till mer stress då mer saker ska göras på kortare tid. Detta har bidragit till en pressad arbetsdag med mycket stress och ”deadlines” vilket byggarbetarna upplever har bidragit till sämre tillvaro på arbetet och att man på grund av det, har svårt att koppla av hemma vilket i vissa fall har lett till ett sämre humör och dåliga sömnvanor. Kostnader pressas även på så sätt att billig arbetskraft satts in. Billig arbetskraft består oftast av personer från utlandet som ibland inte kan språket, varken svenska eller engelska, vissa personer saknar även utbildning. Detta har bidragit till sämre kommunikation mellan byggarbetarna och sämre kunskap inom arbetet. Detta upplever byggarbetarna som extremt farligt då personer kommit till skada på grund av dålig kommunikation och okunskap.

*”Jo men du har ju ett stressmoment också, det har man ju, man har ju deadlines överallt och de blir ju kortare och kortare, satt det brukar bli så två tre veckor innan, vi har ju alltid besiktnings när vi är klara då brukar det bli, då sover man dåligt, då snurrar det ju, men det vet man ju om, det blir så, humöret kan bli lite halvrisigt då när stressen ökar men det är någonting man lär sig leva med höll jag på att säga men det*

*gör man ju aldrig. Under de sista åren så har ju byggtiderna pressats mer och mer och mer så man har inte kul på samma sätt som man hade förr”. R2*

*”Det negativa på de 20 åren som jag var borta så har det blivit mycket sämre med allting tycker jag, ja det är miljön det är alltså jättedammigt smutsigt bullrigt farligt det är de tre grejerna som blivit sämre faktiskt på 20 år det är bara för att det är så mycket arbetskraft utomlands ifrån som inte kan svenska eller engelska och det gör ju sitt jobb bra det är inte deras fel det är anlita ren för de kanske inte går efter alla regler och om vi säger att det är asbest i en vägg så kanske de bara river den fast det är jättefarligt så det kommer mycket damm det är det jättenegativa och de skador och miljön i överhuvudtaget det är ingen lätt miljö det är livsfarligt egentligen och så och det har blivit mycket mycket värre så det är hemskt tycker jag det är högt uppe ifrån tycker jag och ner de ska hitta de billigaste ju. Och all arbetskraft har ju inte utbildning för sitt jobb och de kör de bara på och liksom och det här med det farliga de kan ju bara köra på och riva så står man själv på en stege det är livsfarligt så det är det som är det super negativa man vill inte dö på jobbet.” R3*

På grund av det slitsamma och stressiga arbetet beskriver två byggarbetare även ett missnöje med valet av yrke. Det upplevs att det inte blev mycket bättre än så här i arbetslivet, då man hellre hade arbetat med något annat om man hade möjlighet och utbildning inom någon annan bransch.

*”Det blev vad det blev, det blev inte bättre än så här i skolan liksom. Man klarar sig ju bra ändå men jag kanske inte skulle ha gjort samma val idag som man gjorde då, det tror jag inte, man kan väl säga så här jag hetsar ju mina ungar till att de ska plugga ordentligt så de kan välja vad de vill. Jag var ju inte riktigt där då på det sättet. Det sliter på axlar och så det gör det, det börjar ju kännas så att de tär tungt emellanåt och det börjar ju kännas. Som sagt jag skulle ju inte vilja att mina ungar, min son, eller ja han får ju välja vad han vill, men han ska ha möjlighet att välja vad han vill, det ska finnas så pass mycket betyg på han så att han kan välja det han vill”. R2*

### **Konkreta resultat av företagshälsovårdens hälsokontroller**

Hälsokontrollen bidrog till beteendeförändring och förebyggande av sjukdomar. Hälsokontrollen var en början på att ta eget initiativ till att förändra sitt beteende till en bättre hälsa. Även sjukdomar som deltagarna inte visste om att de hade, behandlades eller förebyggdes.

Vid hälsokontrollen upptäcktes höga halter av blodfetter och övervikt hos två av deltagarna. En person uppmanades att gå ner i vikt och lägga om sin kost. Mål sattes upp till ett återbesök som skulle äga rum fyra veckor senare. Till denna hälsokontroll sattes målet att personen skulle gå ner 4 kg. Vid återbesöket hade personen gått ner 6kg och tappat tio centimeter runt magen. Detta åstadkom personen i fråga genom en hälsosammare kost samt med motion. Blodprover togs även igen under återbesöket och där visade sig att de tidigare höga halterna av blodfetter låg på en normal nivå. Personen

uppgav även att en fortsatt viktminskning har skett efter sista hälsokontrollen. Den andra personen med påvisade höga halter av blodfetter och övervikt, har inte följts upp genom återbesök. Under hälsokontrollen rekommenderades dock personen till att gå ner i vikt genom att motion och en hälsosam kost. Personen har inte börjat motionera på grund av Melanderska sjukdomen, som är en sjukdom som begränsar rörligheten i fötter och händer. Däremot beskriver personen att hälsokontrollen ”kickade igång” honom till att ändra sin kost till det bättre. Personen upplever att den ändrade kosten bidragit till mer energi och en känsla av en lättsammare kropp, på grund av en viktminskning på ett par kilon. Detta har inspirerat honom till att även börja motionera.

”Det var ganska lätt att ändra om kosten jag behövde bara någon som kickade igång mig”. R4

En deltagare upplevde att han inte behövde någon hjälp av företagshälsovården innan han kom dit, då han själv upplevde att ha en god hälsa eftersom han ansåg sig ta hand om sin hälsa genom kost och träning. Dock var han medveten om att kosten inte alltid sköttes och att han borde gå ner några kilon runt magen. Under hälsokontrollen påvisades en aning för högt sockervärde samt en avvikelse på EKG-testet. På grund av det avvikande resultatet på EKG-testet skickades personen i fråga till ett hjärtcentrum för en närmre utredning. Där visade det sig att hjärtat hade en extra nervbana, vilket gör att hjärtat får rundgång som kan leda till en hjärtinfarkt. För att förhindra en hjärtinfarkt brändes den extra nervbanan till hjärtat bort på hjärtcentrum. På grund av en aning högt sockervärde och övervikt, särskilt kring buken, rekommenderade läkaren en viktnedgång. Detta gav personen en motivation till att förbättra sin kost. Efter hälsokontrollen lades kosten om och en viktnedgång på fem kilo blev resultatet.

*”Jag tyckte inte att ja behövde någon hjälp, glasögon hade jag ju redan och synen var risig det visste jag ju men i övrigt så trodde jag inte att det skulle vara något mer än så. Men det var ju när resultatet kom på EKG då drog de ju iväg mig till heart center och grejer och allt sånt där va, det skickade remiss till heart center så fick jag åka dit och så fick jag ju göra en utredning där också för att de hittade ju avvikelse på ekg därå så att. Det vart ju, jag hamnade på karolinska till sist för att globen skickade vidare i sin tur och jag hade en extra nervbana i hjärtat som man brände av här på huddinge i våras”.*  
R2

Även en annan person visade ett högt sockervärde under hälsokontrollen. Det höga sockervärdet visade en gräns till förmodad diabetes. På grund av det höga sockervärdet följdes personen upp ytterligare två gånger för att mäta blodsockernivåerna, för att fastställa om det verkligen rörde sig om diabetes. Alla tre blodproverna visade samma höga sockervärden. Detta antydde att personen i fråga förmodligen hade fått diabetes. Företagshälsovårdens läkare skrev av den anledningen en remiss till en vårdcentral för utredning av diabetes med en så kallad glukosbelastning som inte kan erbjudas via företagshälsovården. Personen utreddes och en diabetes diagnos fastställdes. Efter

beskedet om diabetes ändrade personen sin kost helt och uteslöt bland annat det ”älskvärda godiset” helt. Detta resulterade i en viktne­dgång på fem kilo.

Under hälsokontrollen upptäcktes ett för högt levervärde bland en av deltagarna. Läkaren misstänkte en överkonsumtion av alkohol, vilket bekräftades av deltagaren. Deltagaren själv visste om att han överkonsumerade alkohol. Deltagaren beskrev att han föredrar att dricka alkohol och att det är en stor del av hans sociala liv då han och hans vänner gärna ses på helger för umgänge samtidigt som de konsumerar alkohol. Deltagaren berättar dock att detta inte är något han måste göra utan endast något han får tillfred­ställelse av då det medför en slags avkoppling och gemenskap. Deltagaren följdes upp genom en återkallelse och målet var att minska på alkoholkonsumtionen för att få ett bättre resultat på levervärdena. Deltagaren beskriver att han fick en tankeställare när han ”svart på vitt” fick reda på att hans alkoholkonsumtion påverkar hans lever negativt. Efter den första hälsokontrollen slutade personen helt att dricka alkohol fram tills återbesöket. Nya blodprover på återbesöket togs och då visade sig levervärdena normala. Personen har efter återbesöket förändrat sitt alkoholbeteende och dricker numera väldigt sällan.

*”Ja det är klart att man får en tankeställare det får man ju men den tankeställaren hade jag ju liksom innan. Men nu kanske man får det svart på vitt då. För det första så drack jag ingenting innan vi tog nya prover så att det är inga konstigheter jag menar jag vet ju att jag inte behöver dricka om jag inte vill men å andra sidan så tycker man om att göra det. Sånt gör man ju på helger eller så va. Men det har jag slutat med efter jag var på hälsokontroll och det syntes i den andra provtagningen”. R5*

### **Fördelarna med företagshälsovårdens hälsofrämjande arbetet**

Samtliga deltagare beskriver hälsokontrollen som ett hälsofrämjande arbete. Hälsokontrollen var betydelsefull då ett gott bemötande möjliggjorde en beteendeförändring, ett uppvaknande skedde efter negativa provsvar, sjukdomar förebyggdes och behandlades, som annars inte skulle upptäckt och en känsla av lugn infanns efter att fått hälsan ”svart på vitt”.

Innan hälsokontrollen fanns inga specifika önskemål om hjälp via företagshälsovården. Känslan av att man ”borde göra något” åt vikten, överkonsumtion av alkohol, förbättra kost och ökad motionen, infanns dock. Deltagarna befann sig i en medelålder och fann sig själva därför i ”riskzonen” för sämre hälsa, därav önskades en check angående prostata. Deltagarna beskriver sig själva som personer som aldrig uppsöker vård, trots en insikt om att det förmodligen behövs då de kommit upp i medelåldern. Inställningen till att bli kallad till en hälsokontroll via arbetsgivaren upplevdes till en början som besvärligt. Efter hälsokontrollen upplevdes det hela som väldigt positivt. Eftersom deltagarna annars inte hade sökt vård, upplevdes företagshälsovården som viktig då diabetes annars inte skulle upptäckts, hjärtinfarkt inte hade förebyggts, att motiveringen för viktne­dgång inte skett lika snabbt eller inte alls, samt att alkoholproblem inte hade åtgärdats.



*”Nej det hade jag aldrig sökt för jag har alltid tänkt att så här har jag alltid haft att det är nog såhär det ska vara man ska nog höra i örat när hjärtat börjar slå när man tränar och springer det förvinner efter några kilometer, lite så, jag har ju reagerat på att det slogvåldigt hårt och lät i öronen på mig när jag sprang men det har alltid varit så sen brukade jag alltid säga att första kilometern är värst, så var det men jag hade aldrig sökt hjälp för det, det hade jag inte gjort, det var jättetur att de upptäckte det för det jag hade var ju inge bra de gick ju in och tittade och det var då de brände av nerven och då sa ju läkaren att den här är inge bra den tar vi bort satt det var ju jättebra. Den här nerven gör ju så att man får rundgång och då kan man få hjärtstillestånd till sist. Och det här måste jag haft hela livet det tror jag, jag vet inte för att för mig har det ju varit normalt.” R1*

*”Det kom fram jag tycker att det är jättebra annars hade jag inte fått reda på diabetes. Det kan komma upp grejer man inte vill veta men det är jättebra att få veta det innan det är för sent, det kostar ju ännu mer för företaget om en person blir sjuk än att hejda sjukdomar så det är jättebra. Så företagshälsovården hjälper företagen att hitta åtgärder till sjukdom innan det är försent. Jag tycker man ska göra detta vartannat år. Det tjänar företaget på” R3*

Förutom att förebyggande av sjukdomar och motivering av beteendeförändring till en bättre hälsa, upplevdes hälsokontrollen även som positiv då de fick ”ett kvitto på hälsan”, att ”man fick det svart på vitt”, att hälsan i övrigt var bra. Detta gav deltagarna ett lugn inför den framtida hälsan inför nästa kallelse till hälsokontroll. En känsla av att resultatet av hälsan var positiv då ”det kunde varit mycket värre”, beskrivs. Hälsokontrollen beskrivs även som ”något alla borde gå på” för att säkerhetsställa att man har en god hälsa.

*”Jamen det är ju det hela det är ju hela genomgången. Det kunde ju varit värre oavsett om det är en nerv eller vad som helst liksom med alla blodprover och allt sånt där det kunde ha varit något betydligt värre. Jag hade lite förhöjt korttidssocker och lite för högt långtids men det kunde varit mycket värre egentligen jag menar det är nu sker, saker och ting börjar hända man börjar bli gammal höll jag på att säga men förfallet kommer ju och man försöker bromsa det. Jag tror detta är bra jag tycker det är jättebra jag tycker det är jättebra att firman gör det, det är ju jag vet inte hur många år sen vi gjorde nått sånt här sist”. R4*

*”Det var också bra att få veta att allt annat med min hälsa var superbra. Alla värden inom allt var bra. Det positiva var att min vikt är hälsosam till skillnad från hur det brukar vara i denna bransch där de flesta är överviktiga. Just för att få ett kvitto och se hur det ser ut”. R3*

Bemötandet upplevdes som positivt. Ett personligt bemötande gav en känsla av tillförlitlighet och var avgörande för en beteendeförändring. Även en engagerad

personal som brydde sig och som lyssnade utan att döma personerna var avgörande för hur pass mottaglig personerna blev till att ta tag i sin hälsa. Mötet var naturligt och fick personerna att slappna av och beskrevs som ”inga konstigheter och ”helt utan problem”. Det ansågs viktigt för att personen i överhuvudtaget skulle slappna av och berätta sina problem. Personalens bemötande bör ha en balans mellan en ”mjuk” framtoning för att få personen att känna sig väl bemött för att öppna upp sig och en ”hård” framtoning för att få personerna att ta tag i sin hälsa.

*”Ajaja vart kanonbra bemött tyckte jag. Trevlig personal som ja vi pratade inte bara om själva testet utan vi pratade om allt möjligt och det uppskattar jag”. R1*

*”Det är bara säga att annars dör du. Bemötandet är jätteviktigt. Man måste röra på sig utanför jobbet. Många tror att man tränar för att man rör på sig på arbetet men så är det inte man måste träna utanför jobbet för att orka med”. R3*

## **Diskussion**

### **Resultatdiskussion**

Syftet var att beskriva byggarbetares upplevelser om deras arbetshälsa och arbetsmiljö och om vad företagshälsovårdens hälsokontroller har haft för betydelse för deras beteendeförändring. Resultatet visar att det finns flera faktorer som bidrar till en god arbetshälsa för byggarbetarna. Deltagarna upplevde att de trivs bra på arbetet då de känner sig nöjda med arbetskolllegor, arbetsgivare, arbetstider och arbetsuppgifter. Arbetsmiljön upplevs dock som negativ då det är påfrestande både fysisk och psykiskt. Hälsokontrollen bidrog till beteendeförändring och förebyggande av sjukdomar och samtliga deltagare beskriver hälsokontrollen som ett hälsofrämjande arbete.

Det första temat ”Möjliggörande faktorer till en god arbetshälsa i byggarbetarens yrke” och det andra temat ”Begränsande faktorer till god arbetshälsa i byggnadsarbetarens yrke” svarar på första forskningsfrågan: Vilka upplevelser har byggarbetare om sin arbetshälsa och arbetsmiljö? Enligt Josephson et al. (2002) innebär en god arbetshälsa en bred uppfattning av arbetsförmåga, som innefattar individens möjlighet till handling och att kunna utföra sina arbetsuppgifter med en känsla av välbefinnande. Resultatet visar att deltagarna upplever sin arbetshälsa och arbetsmiljö som både positiv och negativ. Arbetet beskrivs som positivt då det är rörligt och omväxlande, men även negativt då arbetet innebär tunga och slitsamma lyft som sliter på muskler och leder, samtidigt som arbetet utförs under svåra yttre påfrestningar som buller, kyla, blåst och damm. Enligt Arbetsmiljöverket (2010) utsätts arbetare i bygg och anläggningsbranschen ofta för fysiskt krävande arbetsuppgifter så som tunga lyft och obekväma arbetsställningar. Sjukfrånvaron bland byggarbetare är högre än snittet bland övriga yrken, p.g.a. arbetsolyckor och övriga förhållanden i arbetet (Ibid.). Detta stärks av tidigare forskning från Dong, Wang och Largay (2015), där resultaten tyder på skillnader för branscher som främst domineras av arbetsplatsexponeringar, då

arbetsskador i konstruktionsarbeten skedde 18 procent oftare än i icke konstruktionsarbeten. Arbetsförslitningar i byggarbetsbranschen verkar alltså även vara ett faktum i denna studie. Arbetet kring lyckade interventioner angående muskuloskeletala symptom, fysisk funktion, arbetsförmåga, arbetsprestationer och sjukfrånvaro, på byggarbetsplatser verkar svåra att genomföra, enligt Viester et al. (2015).

Arbetsmiljön, anställningsformer och möjliggörande till samverkan mellan arbetsliv och fritid, påverkar människors hälsa (Statens Folkhälsoinstitut 2005). Arbetsmiljön påverkar inte endast enskilda individers hälsa och välbefinnande, utan även verksamheternas utveckling och tillväxt (Ibid.). Resultatet tyder på att byggarbetarna upplever att alla kostnader pressas, vilket bidragit till mer stress då mer saker ska göras på kortare tid. Detta har påverkat deltagarnas privatliv i form av sömnbrist och irritation p.g.a. stress. Resultatet tyder på en sämre hälsa bland byggarbetarna, då förutsättningarna för en god hälsa är potential till handling och upplevelse av välbefinnande i arbetet, enligt Josephson et al. (2002). Resultatet av studien visar dock en känsla av välbefinnande på arbetsplatsen då deltagarna upplever trivseln som väldigt hög p.g.a. god relation och kommunikation med arbetskolligor och arbetsgivare, vilket bidragit till en känsla av gemenskap och en vilja att gå till arbetet, vilket även ökade välmående i privatlivet.

Det tredje temat ”Konkreta resultat av företagshälsovårdens hälsokontroller” besvarar forskningsfrågorna: Har hälsokontrollen bidragit med en positiv beteendeförändring bland byggarbetare? Har hälsokontrollen förbättrat byggarbetares hälsa i den undersökta gruppen? Enligt Arbetsmiljöverket (2013), kan genomförandet av arbetsplatsprogram som riktar sig till livsstilsfaktorer vara en lovande strategi för att förbättra arbetstagarnas hälsa och andra resultat som är relevanta för arbetsgivare. Tidigare forskning inom byggarbetsbranschen och hälsofrämjande insatser, visar att anledningar till sjukskrivning bland byggarbetare var ålder, övervikt, rökning, manuell materialhantering, brist på jobbstyrning, lungbegränsning, och en sämre arbetsförmåga (Alavinia et al. 2009). Studiens slutsats pekar i riktningen att en mängd förebyggande åtgärder på arbetsplatsen riktade till rökning, fetma, fysisk belastning, psykosociala arbetsfaktorer samt arbetsförmågan, kan bidra till en minskning av förekomsten av sjukskrivning (ibid.). Hälsofrämjande intervention inom byggarbetsbranschen har även visat förbättrad fysisk aktivitet, kost, och viktrelaterade resultat (Viester et al. 2015). Resultatet av denna studie visar att hälsokontrollen bidrog till beteendeförändring och förebyggande av sjukdomar. Hälsokontrollen var i denna studie en början på att ta eget initiativ till att förändra sitt beteende till en bättre hälsa. Resultatet visar att bekräftade höga halter av blodfetter, höga sockervärden och diabetes motiverat deltagarna till att ändra sitt beteende kring kostintag, som lett till en omlagd kost och ökad motion, vilket resulterat i viktnedgång. Resultatet visar även en minskad alkoholkonsumtion och bättre levervärden samt en möjlig förhindrad hjärtinfarkt, till följd av uppföljning efter hälsokontrollen. Resultatet belyser att uppföljning kring hälsobeteendet och att ha uppsatta mål varit viktiga faktorer för en lyckad beteendeförändring. Enligt Azjens

(1991) Theory of planned behavior, är de avgörande faktorerna för ett visst beteende, själva avsikten och den upplevda beteendekontrollen att engagera sig i ett visst beteende. Theory of planned behavior representerar en persons motivation, medvetna plan eller beslut som viktiga för att anstränga sig till att utföra beteendet (ibid.). Detta stärks även inom forskning av Theory of planned behavior, där resultat av studien från Hill, Abraham och Wright (2007) visat att interventionen av ökad motion delvis förmedlats via avsikt och upplevd beteendekontroll. Resultatet av denna studie visar även att hälsokontrollerna har följts upp via återbesök angående diabetes, avvikande resultat av EKG, alkoholproblem och viktminskning, detta verkar ha varit avgörande för en lyckad intervention. Detta stärks av forskning från Soares et al. (2012), som visar att förbättring av anställdas arbetsförmåga och arbetet mot en god arbetsmiljö, är starkt beroende av ett effektivt samarbete mellan företagshälsovård och kundföretag, och starkt korrelerade med en kontinuerlig dialog och kontakt.

Det fjärde temat "Fördelarna med företagshälsovårdens hälsofrämjande arbetet" besvarar den sista forskningsfrågan: Vilka uppfattningar har byggarbetare av företagshälsovårdens hälsokontroller? Hälsoinformation syftar till att påverka enskilda livsstilsbeslut och att öka medvetenheten av bestämningsfaktorerna för hälsan och uppmuntra individuella och kollektiva åtgärder, som kan leda till en ändring av dessa bestämningsfaktorer (WHO 2016). Resultatet visar att deltagarna upplever hälsokontrollen som ett hälsofrämjande arbete, då ett gott bemötande och ett "uppvaknande" efter negativa provsvar, möjliggjorde en beteendeförändring. Banduras (1989) teori, Social Cognitive Theory, betonar hur olika faktorer (kognitiva, beteendemässiga, personliga, och miljömässiga) samverkar för att bestämma motivation och beteende. Social Cognitive Theory består av fyra processer av förverkligande mål: självobservation, självutvärdering, självreaktion och "self-efficacy". Dessa processer handlar om beakta sig själv och att jämföra nuvarande prestanda med önskat mål, vilket kan leda till motivation. Även effekter av en prestation kan vara motiverande och om dessa framsteg anses acceptabla, uppstår en känsla av "self-efficacy" med sikte att fullfölja prestationen, och kommer att vara motiverade för att uppnå sitt mål (Ibid.). Enligt Bandura (1977) har personer med hög självkänsla, lättare att ta sig an utmaningar. Resultatet av studien visar att deltagarna upplevde att ett personligt bemötande vid besöket på företagshälsovården, gav en känsla av tillit och var avgörande för en beteendeförändring. En engagerad personal som brydde sig och som lyssnade utan att döma personerna var avgörande för hur pass mottaglig personerna blev till att ta tag i sin hälsa. Deltagarna upplevde att företagshälsovården var viktig då exempelvis diabetes inte annars skulle upptäckts, potentiell hjärtinfarkt inte hade förebyggts och att motiveringen för viktnedgång och minskad alkoholkonsumtion inte skett lika snabbt eller inte alls. Hälsopromotion är en väsentlig del av hälsoutvecklingen, det är en process som gör det möjligt för människor att ta kontrollen över och förbättra sin hälsa, enligt WHO (1997). Hälsopromotion är inriktat på de faktorer som kan förhindra åttio procent av alla sjukdomar relaterat till tobaksbruk, fysisk inaktivitet och nutrition och kan även erbjuda en stödjande gemenskap över en längre tid och på så sätt tillåta människor att gå igenom de kognitiva, emotionella och beteendemässiga processer som

är nödvändiga för att genomföra långsiktiga beteendeförändringar (O'Donnell 2016). Resultatet visar att sjukdomar förebyggdes och behandlades, som deltagarna upplevde annars inte skulle upptäckts. Deltagarna uppgav även att känsla av lugn uppstod efter att, ”svart på vitt”, fått svar på att hälsan i övrigt var god, vilket i sig var motiverande att ta tag i det som var mindre bra, för att förbättra hälsan. Att motivation och förutsättningar för lyckad beteendeförändring ökar med hjälp av hälsofrämjande arbete, stärks av forskning från Addley et al. (2014).

### **Metoddiskussion**

Studien beskriver bygg- och anläggningsarbetares upplevelser av deras arbetshälsa och arbetsmiljö och vad företagshälsovårdens hälsokontroller har haft för betydelse för deras beteendeförändring. En kvalitativ metod valdes för att besvara syftet eftersom kvalitativa metoder enligt Olsson & Sörensen (2011), bygger på människors upplevelser av olika ting och deras verklighetssyn. Syftet med kvalitativa metoder är att undersöka hur respondenter beskriver, förklarar och tolkar olika fenomen i deras livsvärld (Ibid.). Alternativet hade varit att använda enkäter och en statistisk analys av data, detta valdes bort eftersom enkäter innehåller färdigställda frågor och syftet med studien var att dokumentera deltagarnas upplevelser uttryckta med egna ord.

Enligt Yin (2013) möjliggör ett avsiktligt kriterium, en mer specifik undersökning när man arbetar med deltagare som har möjlighet att uppge information som är mest relevanta för studiens syfte. Urvalet stämde överens med syftet, då deltagarna arbetade i bygg- och anläggningsbranschen, utfört en hälsokontroll och åstadkommit en beteendeförändring, dokumenterad av företagshälsovården. Detta gav rik information till studiens syfte. På grund av forskarens vetskap om att urvalet skedde utifrån ett avsiktligt kriterium, alltså personer som genomgått en förmodad beteendeförändring, kan resultatets tolkning ha vinklats. Enligt Kvale och Brinkman (2009), kan forskaren identifiera sig så pass starkt med deltagarna och tolkar och rapporterar allting utifrån deltagarnas perspektiv, vilket leder till att forskaren misslyckas med att upprätthålla en professionell distans som är viktig för att uppnå en hög vetenskaplig kvalitet. Eftersom forskaren själv inte letade fram uppgifter om deltagarnas potentiella beteendeförändring eller om uppgifter kring hälsokontrollen, visste inte forskaren om deltagarnas bakgrund eller om de hade genomgått en beteendeförändring, bara att en eventuell beteendeförändring kan ha åstadkommit, vilket stärker resultatets trovärdighet. Eftersom studien utfördes under en kort tidsperiod valdes fem deltagare till studien ut, då fyra var ett kriterium. Om fler deltagare valts ut till studien, hade förmodligen resultatet varit mer generaliserbart till att gälla gruppen byggarbetare. Samtliga deltagare uppgav däremot likartad information om såväl arbetshälsa, arbetsmiljö och hälsokontrollen, vilket tyder på att ett större urval förmodligen inte skulle påverkat resultatet. Enligt Sohlberg och Sohlberg (2013), är det vanligt att resultaten av intervjustudier generaliseras utöver de fall som studerats eftersom de skildrar förhållanden eller mekanismer som även kan iakttas i andra sammanhang. Tillförlitligheten av resultatet kan därför anses som god.

Intervjuerna skedde på antingen arbetsplats och på företagshälsovården, vilket kan ha lett till att deltagarna inte känt sig avslappnade att uppge korrekt information om arbetshälsan och arbetsmiljön på arbetet eller om hälsokontrollen på företagshälsovården. Dock upplevde inte deltagarna att detta var ett problem, vilket stärker tillförlitligheten. En intervjuguide (Bilaga 2) användes under intervjuerna. Även två pilotstudier genomfördes. Enligt Olsson och Sörensen (2011), bör pilotstudier genomföras eftersom detta förbereder studien genom att testa frågeinstrumentet och undersökningens genomgång. Tillförlitligheten och trovärdigheten stärktes alltså ytterligare av intervjuguiden och pilotstudierna, eftersom dessa gav forskaren en inblick i att intervjuguiden mätte det som avsågs att mätas och att pilotstudierna gav forskaren en inblick i hur intervjun bör genomföras. En intervjujournal fördes under samtalen för att fånga upp deltagarnas beteenden i form av t.ex. minspel eller suckar. En diktafon och intervjujournal användes för att kunna presentera så utförlig information från intervjuerna som möjligt, vid transkriberingen av data. Någon form av inspelning (t.ex. diktafon), kan i vissa fall leda till att människor känner sig nervösa, vilket kan leda till mer medvetna svar som forskaren upplevs tros vilja ha (Bryman 2011). Deltagarna informerades dock i början av intervjun, att inspelning kommer ske, detta upplevde inte personerna som ett problem, därför överväger fördelarna med en inspelad intervju, denna specifika nackdel.

Författaren genomförde analysprocessen enligt Braun och Clarke (2006), för att stärka tillförlitligheten av studien. Enligt Rienecker och Jörgenssen (2014) ska en bra analys leda till en tolkning som är korrekt och viktig. En tematisk analys genomfördes och under steg fyra då teman kontrollerades för att se hur dessa fungerade i förhållande till koderna och hela data mängden, upptäcktes att vissa underteman till olika huvudteman hörde ihop. Av den anledningen omarbetades teman och underteman till endast nya huvudteman. För att verifiera giltigheten av de nya temana, kontrollerades de enskilda teman i förhållande till datamängden så att den tematiska kartan speglar de betydelser som var uppenbara i datamängden som helhet. För att säkerhetsställa att den tematiska kartan speglas på ett korrekt sätt, lästes hela datauppsättningen igen för två ändamål. Den första är, såsom diskuterats, för att fastställa om teman passade in i förhållande till datamängden. Det andra är att koda ytterligare uppgifter inom teman som har missat i tidigare kodningssteg. Eftersom den tematiska kartan avspeglades korrekt, gick analysen vidare till nästa fas. Detta stärker dataanalysens giltighet ytterligare. Andra forskare hade förmodligen med stor sannolikhet kommit fram till andra teman under dataanalysfasen. Om fler forskare hade analyserat resultaten på varsitt håll, för att se om sammanställningen av samtliga analyser överensstämte, hade studiens tillförlitlighet stärkts (Olsson & Sörensen 2011).

I studien tillämpades de grundläggande etiska kraven (frivillighet, integritet, konfidentialitet och anonymitet), som krävs för ett väl genomfört forskningsprojekt, enligt Hermerén (2011). Deltagarna kontaktades t.ex. i förväg via mail och skrev under ett informerat samtycke (Bilaga 1) och uppgifter som lämnades av deltagarna,

förvarades ifrån obehöriga. På grund av att studien tog hänsyn till de etiska kraven, gav intervjuerna intrycket av att deltagarna verkade obesvärade.

### **Förslag till fortsatt forskning**

Studien har bidragit till en ökad förståelse av byggarbetares upplevelser om deras arbetshälsa och arbetsmiljö. Vidare forskning behövs om hur arbetsmiljöfaktorer, som t.ex. belastningsergonomi, skall åtgärdas på byggarbetarnas arbetsplats, för att åstadkomma en ökad arbetshälsa. Vad krävs av arbetsgivaren för en bättre arbetsmiljö? Hur upprätthåller man en god arbetsmiljö i byggarbetsbranschen?

Studien har även belyst vad företagshälsovårdens hälsokontroller har haft för betydelse för beteendeförändring. Urvalet bestod av personer som gjort en beteendeförändring med hjälp av företagshälsovården. För att ytterligare belysa vad företagshälsovårdens hälsokontroller har för betydelse för beteendeförändring, krävs mer forskning på personer som inte gjort en beteendeförändring. På så sätt kan forskning belysa varför personer inte gjort en beteendeförändring vilket kan visa vad som krävs för att genomföra en sådan lyckad beteendeförändring med hjälp av företagshälsovården. Vad behöver företagshälsovården/arbetsgivaren utveckla för att främja hälsan bland arbetstagare?

Exempel på fortsatt forskning kan vara en interventionsstudie med kontrollgrupp, alltså en grupp som varit på en hälsokontroll och en grupp som inte varit på en hälsokontroll (kontrollgrupp), eller grupp som har åstadkommit en beteendeförändring via företagshälsovården och en grupp som inte har åstadkommit en beteendeförändring efter kontakt med företagshälsovården. Denna studie hade även kunnat bli enkätundersökning till kunder från olika företagshälsovård. Denna studie hade även kunnat delats upp i två olika intervjustudier med endast en undersökning om byggarbetares arbetshälsa och arbetsmiljö eller endast en undersökning av hälsokontrollens betydelse för beteendeförändring.

### **Slutsats**

Resultatet visar att arbetshälsan och arbetsmiljön upplevs som både positiv och negativ bland byggarbetare. Det som upplevs som positivt i byggarbetarnas arbete är det sociala som påverkar arbetshälsan positivt, då kontakt med kollegor och arbetsgivare är bra vilket ger en känsla av tillhörighet. Studiens resultat visar att byggarbetarnas kontakt med företagshälsovård ledde till att de deltagande fyra personerna fått förslaget att lägga om sin kost p.g.a. övervikt, höga halter av blodfetter och blodsockervärde. Uppföljning av besöket vid företagshälsovården ledde även till en minskad riskfylld alkoholkonsumtion, behandling av diabetes och förhindrat en möjlig hjärtinfarkt. Resultatet tyder på att företagshälsovårdens hälsokontroll och livstilsråd hade stor betydelse för att en beteendeförändring bland de medverkande byggarbetarna, skulle ske. Ett personligt och motiverande samtal, var avgörande för att personer skulle få insikt och ta tag i sin hälsa. Fortsatt forskning om hur hälsofrämjande arbete implementeras på byggarbetsplatser behövs.

## Källförteckning

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*, 29(2), ss. 247-258.  
<http://dx.doi.org/10.1093/her/cyt113>

Alavinia, S., van den Berg, T., van Duivenbooden, C., Elders, L., & Burdorf, A. (2009). *Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers*. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(5), ss. 325-333. <http://www.jstor.org/stable/40967796>

Arbetsmiljöverket. (2013). *Systematiskt arbetsmiljöarbete – syfte och inriktning, hinder och möjligheter i verksamhetsstyrningen Del II: Hur SAM genomförs i branscherna (Rapport 2013:12)*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.  
<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapsammanstallningar/systematiskt-arbetsmiljoarbete-del2-kunskapsammanstallningar-rap-2013-12.pdf>

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), ss. 179-211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), ss. 191-215. DOI: 10.1016/0146-6402(78)90002-4

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist*, 44(9), ss. 1175-1184. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.9.1175>

Bjurvald, M., Menckel, E., Schærström, A., Schelp, L., & Unge, C. (2014). *Hälsofrämjande på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter i svenska rapporter*. (Rapport 2004:32). Sundsvall: Statens folkhälsoinstitut.  
<http://www.anhoriga.se/Global/AFA/Rapporter/halsoframjandearbetsplatser.pdf>

Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). ss. 77-101.  
<http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Johanneshov: TPB

Conner, M. (2010). Cognitive determinants of health behavior. In *Handbook of Behavioral Medicine* (ss. 19-30). Springer New York.



Dong, X., Wang, X., & Largay, J. (2015) *Occupational and non-occupational factors associated with work-related injuries among construction workers in the USA*. International Journal Of Occupational & Environmental Health, 21(2), ss. 142. DOI: <http://dx.doi.org/10.1179/2049396714Y.0000000107>

Hartman J (2004). *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Hermerén, G. (2011). *God Forskningsssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.  
<https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed>

Hill, C., Abraham, C., & Wright, D. B. (2007). Can theory-based messages in combination with cognitive prompts promote exercise in classroom settings?. *Social Science & Medicine*, 65(5), ss. 1049-1058.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.04.024>

Josephson, M., Vingård, E., Voss, M & Stark, S. (2002). *HAKul-Lägesrapport 2002*. Stockholm: Karolinska Institutet.  
[http://ammuppsala.se/sites/default/files/hakul/Arbetsvillkor\\_1.5\\_arsrapport.pdf](http://ammuppsala.se/sites/default/files/hakul/Arbetsvillkor_1.5_arsrapport.pdf)

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Landsorganisationen i Sverige. (2013). *Företagshälsovård – en handledning från LO och LO-förbunden*. Stockholm: LO-tryckeriet.  
[http://www.foretagshalsor.se/sites/default/files/fsf/Foretagshalsovard/lo\\_fhv-handledning\\_webb.pdf](http://www.foretagshalsor.se/sites/default/files/fsf/Foretagshalsovard/lo_fhv-handledning_webb.pdf)

Lundberg, U. & Cooper, C.L. (2011). *The science of occupational health: stress, psychobiology, and the new world of work*. Chichester: Wiley-Blackwell. Sidor 163

O'Donnell, P. (2016). *My last lecture*. American journal of health promotion, 30(8), ss. 588–593. DOI: 10.1177/0890117116671802

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Rienecker L., & Jörgenssen P.S. (2014). *Att skriva en bra uppsats*. Lund: Samfundslitteratur och Liber.

Soares, M, Jacobs, K, Schmidt, L, Sjöström, J, & Antonsson, A. (2012). How can occupational health services in Sweden contribute to work ability?. *CINAHL*, 41(1), ss. 2998-3001. DOI: 10.3233/WOR-2012-0555-2998

Sohlberg, P. & Sohlberg, B. (2013). *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod*. Stockholm: Liber.

Sveriges företagshälsor. (2016). *Expertpanel – arbetshälsa, maj 2016* (Rapport 2016:1). [http://www.foretagshalsor.se/sites/default/files/fsf/Filer/expertpanel\\_2016\\_.pdf](http://www.foretagshalsor.se/sites/default/files/fsf/Filer/expertpanel_2016_.pdf)

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Hälsa i arbetslivet -kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010* (Rapport 2011:03). Öresund: Statens folkhälsoinstitut. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12593/R2011-03-Halsa-i-arbetslivet.pdf>

Viester, L., Verhagen, E. A., Bongers, P. M., & van der Beek, A. J. (2015). The effect of a health promotion intervention for construction workers on work-related outcomes: results from a randomized controlled trial. *International archives of occupational and environmental health*, 88(6), ss. 789-798. DOI: 10.1007/s00420-014-1007-9

Viester, L., Verhagen, E. A., Proper, K. I., van Dongen, J. M., Bongers, P. M., & van der Beek, A. J. (2012). VIP in construction: systematic development and evaluation of a multifaceted health programme aiming to improve physical activity levels and dietary patterns among construction workers. *BMC Public Health*, 12(1), ss. 89-103. DOI: 10.1186/1471-2458-12-89

World Health Organization. (1986). The Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1997). The Jakarta Declaration: on leading health promotion into the 21st century. *Fourth International Conference on Health Promotion*, Jakarta.

World Health Organization (WHO). (2016). Health literacy. The solid facts. *World*. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)

Yin, R.K. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1

### Information och samtycke till deltagande i intervjustudie

Vår praktikant som studerar hälsopedagogiska programmet på högskolan i Gävle, läser sin sista termin där ett examensarbete inom folkhälsovetenskap ingår. Examensarbetets syfte är att beskriva byggarbetares uppfattningar om vad företagshälsovårdens hälsokontroller har haft för betydelse för en beteendeförändring.

Vi kontaktar nu dig som varit kund hos oss på företagshälsovården och utfört en hälsokontroll som bidragit till beteendeförändring, för en intervju. Din medverkan kan bidra till att förstå vilka åtgärder inom företagshälsa som fungerar bäst vad gäller positiva beteendeförändringar.

Intervjun tar ca 30 minuter och kan ske på valfri plats. Ett väl genomfört forskningsprojekt kräver att urvalet av försökspersoner görs vetenskapligt utifrån grundläggande etiska frågor som frivillighet, integritet, konfidentialitet och anonymitet. För att uppfylla samtyckeskrauet, får du som deltagare själv bestämma om du vill delta i studien och välja att avbryta din medverkan när som helst. De uppgifter som samlas in får endast användas i forskningsändamål, enligt nyttjandekrauet. För att ta hänsyn till konfidentialitetskrauet, kommer uppgifter som lämnas av dig som deltagare behandlas konfidentiellt och förvaras ifrån obehöriga. Du som deltagare förblir anonym och endast författare och handledare har tillgång till materialet.

*Anna Boutzas*  
*Student arbetsliv och hälsa*  
*Tel: 0702922445*  
[hhp14abs@student.hig.se](mailto:hhp14abs@student.hig.se)

*Maria Lennernäs*  
*Handledare*  
*Tel: 070-250 64 69*  
[maria.lennernas@hig.se](mailto:maria.lennernas@hig.se)

### Samtycke till deltagande av intervjustudie

Härmed intygar jag att jag har tagit del av information om studien, förstått min rätt till att vara anonym i studien och mitt frivilliga deltagande. I och med detta ger jag mitt samtycke till deltagandet i intervjustudien.

.....  
Underskrift, datum

.....  
Telefonnummer, epost

## Bilaga 2

### Intervjufrågor

1. Kan du berätta om dig själv och ditt arbete?
  - Ålder?
  - Hur länge har du arbetat i branschen?
  - Vad är positivt/negativt med ditt arbete
  - Upplever du att arbetet påverkar din hälsa? Hur?
2. Beskriv hur du kom i kontakt med företagshälsovården?
3. Vad hade du för uppfattningar av hälsokontrollen innan du utförde den?
  - Hur uppfattade du att hälsokontrollen skulle gå till?
  - Fanns det något du kände att du ville få hjälp med?
4. Hade du hälsoproblem innan du utförde hälsokontrollen? Är det något du vill berätta om?
5. Beskriv kort hur hälsokontrollen på företagshälsovården gick till och hur du upplevde den?
6. Hur upplever du att du blev bemött under hälsokontrollen?
7. Upplever du att du fick hjälp med du ville ha hjälp med?
8. Har du efter hälsokontrollen fått besked om att du behöver göra några förändringar för att förbättra hälsan? I så fall, vilka förändringar har du gjort?
9. Hur var din inställning till att göra dessa förändringar?
10. Vad anser du att företagshälsovårdens hälsokontroll bidrog med, för din beteendeförändring?
  - Har hälsokontrollen följts upp?
  - Hade du gjort samma beteendeförändring om du hade inte gjort en hälsokontroll och/eller fått uppföljande stöd?
11. Vad var det mest positiva med hälsokontrollen?
12. Vad var mindre bra med hälsokontrollen och upplever du att finns något som företagshälsovården bör utveckla?

13. Om du inte blivit motiverad av företagshälsovården till någon slags beteendeförändring, vad tycker du krävs av företagshälsovården för att du ska lyckas med en sådan förändring?

14. Skulle du rekommendera en hälsokontroll via företagshälsovård till andra?

15. Finns det något annat du vill tillägga om företagshälsovården?