



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap

---

Upplevelser av välmående och rutiner i  
vardagslivet efter deltagande i en  
hälsofrämjande intervention  
En intervjustudie med individer 18–54 år

Marie Johnsson

VT 2017

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp  
Folkhälsovetenskap C  
Hälsopedagogiska programmet  
Folkhälsovetenskap. Teori, metod och examensarbete

Handledare: Emelie Mälstam  
Examinator: Maria Lennernäs Wiklund

---



## Abstract

Johnsson, M. (2017). *Experiences of well-being and routines after participating in a health promotion intervention*. Bachelor thesis in public health science. Department of Occupational and Public Health Science. Faculty of Health and Occupational studies. University of Gävle, Sweden.

*The purpose* of this study was to examine how individual's experiences of well-being and routines in their daily life after participating in a health promotion intervention as a resource for return to work or studies. A qualitative *method* was used in this empirical study. Semi-structured interviews were used to gather data. The *samples* in this study was four men and two women aged 18-54 years. The interviews were documented with sound-recording and all data was transcribed verbatim and analyzed by a thematic analysis. *The main result* was about the experiences the individuals received from having participated in a health promotion intervention as a resource of returning to work or study. All individuals experienced increased well-being after participating in the health promotion intervention. Several of them have improved health issues, used various tools for routines and how they deal with problems and improved habits in their everyday life. The individuals have had a changed vision of the future, a sense of increased future opportunities and more involvement in their life situation. The results also showed that there were shortcomings in the health promotion intervention based on the perspective of the individuals. *The conclusion* that can be drawn is that the health promotion intervention was perceived as positive in terms of improved well-being, creating new effective routines and better knowledge acquisition. There were experiences of shortcomings within the intervention. Once the intervention was completed and the individuals were to maintain new habits and routines, there seemed to be some setbacks. Despite this, the intervention has reduced the ill-health of the individuals, which is significant for both society and public health. This means that the health promotion interventions and similar interventions are worth investing in to reduce the ill-health that is present in society.

Keywords: *Health promotion intervention, public health, physical and psychical ill-health, routines, unemployment, well-being.*

Högskolan i Gävle  
Akademin för hälsa- och arbetsliv  
Hälsopedagogiska programmet

## Sammanfattning

**Titel:** Upplevelser av välmående och rutiner efter deltagande i en hälsofrämjande intervention

**År:** 2017

**Författare:** Marie Johnsson

**Kurs:** Folkhälsovetenskap. Teori, metod och examensarbete.

*Syftet* med studien var att undersöka individers upplevelser av välmående och rutiner i vardagslivet efter att ha deltagit i en hälsofrämjande intervention som ett hjälpmedel för att komma ut i arbetslivet eller börja studera. En kvalitativ *metod* användes i denna empiriska studie. Semi-strukturerade intervjuer användes för att samla in data. Urvalet i studien var fyra män och två kvinnor i åldern 18–54 år. Intervjuerna spelades in med ljudupptagning och all data transkriberades ordagrant och analyserades med en tematisk analys. *Resultatet* handlade om vilka erfarenheter informanterna fick av att ha deltagit i en hälsofrämjande intervention som ett hjälpmedel för återgång till arbete, praktik eller studier. Samtliga informanter upplevde ett ökat välmående efter att ha deltagit i den hälsofrämjande interventionen. Flera av dem har fått förbättrade hälsobeteenden och olika verktyg för rutiner, problemlösning samt förbättrade vanor i det vardagliga livet. Informanterna har fått en förändrad syn på framtiden, en känsla av ökade framtidsmöjligheter och mer delaktighet i sin livssituation. Resultatet visade samtidigt att det fanns brister i den hälsofrämjande interventionen utifrån informanternas perspektiv. *Slutsatsen* för studien var att informanternas upplevelser av den hälsofrämjande interventionen var positiv när det gäller ett förbättrat välmående och skapande av nya goda rutiner samt ny kunskapsinhämtning. Det fanns erfarenheter av brister kring interventionen och det framtida livet när interventionen var avslutad och deltagarna skulle försöka upprätthålla de nya vanorna och rutiner de skapat. Trots det så har intervention minskat informanternas ohälsa vilket är betydande för både samhället och folkhälsan. Det gör att den hälsofrämjande interventionen och liknande interventioner är värd att satsa på för att minska på den ohälsa som finns i samhället.

Nyckelord: *Arbetslöshet, fysisk och psykisk ohälsa, folkhälsa, hälsofrämjande intervention, rutiner, välmående.*

## Förord

Jag vill börja med att tacka alla informanter i studien som har gjort detta examensarbete möjligt. Tack för ert engagemang och era erfarenheter ni har förmedlat. Jag vill även rikta ett stort tack till projektledarna för den hälsofrämjande interventionen Sara och Caroline som har stöttat och hjälpt mig under den här tiden. Sedan vill jag tacka alla som har ställt upp för mig under mitt examensarbete. Min familj och mina vänner, tack för ert engagemang och uppmuntran under den här tiden. Jag hade inte klarat det utan er! Till sist vill jag rikta ett extra stort tack till min handledare, Emelie, för all stöttning och alla råd du gett mig under processen med mitt examensarbete.

Marie Johnsson  
Gävle, 9 juni 2017

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Perspektiv på hälsa och hälsofrämjande .....	1
Hälsofrämjande interventioner .....	2
Livskvalitet, välbefinnande och arbetslöshet.....	3
Syfte.....	5
Frågeställning .....	5
Metod.....	5
Studiedesign .....	5
Urval och urvalsmetod.....	6
Datainsamling.....	7
Genomförande .....	7
Analysmetod.....	7
Forskningsetiska överväganden.....	9
Resultat .....	9
Upplevelser av ökat välmående.....	9
Förbättrade hälsobeteenden i vardagslivet .....	10
Verktyg för rutiner, problemhantering och bättre vanor .....	11
En förändrad syn på framtiden .....	12
Den hälsofrämjande interventionens utvecklingsmöjligheter .....	13
Diskussion .....	14
Resultatdiskussion .....	14
Metoddiskussion.....	16
Slutsats och vidare forskning.....	19
Referenser	
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

## Inledning

Att ha ett arbete är en viktig och central del i en individs liv. Arbete möjliggör att både individer och samhällen utvecklas på både personliga och ekonomiska plan (Aronsson 2012). Idag är det dock många individer som av olika anledningar står utanför arbetsmarknaden. Det är även många individer som får en negativ påverkan på sin psykiska hälsa då de är utan sysselsättning (Falkstedt & Hemmingsson 2011). Denna studie fokuserade på att undersöka hur de individer som är utan sysselsättning/arbetslösa upplevde sitt välmående efter att de har deltagit i en hälsofrämjande intervention. Denna hälsofrämjande intervention är en del av de arbetsmarknadspolitiska åtgärder som har startats för att minska arbetslösheten samt den ohälsa som dessa individer visar. Bakom den hälsofrämjande interventionen står en kommun i Västernorrland och deras förvaltning för arbetsmarknad, vuxenutbildning och integration som tillsammans med Samordningsförbundet i Västernorrland finansierar interventionen (Samordningsförbunden i Västernorrland u.å.). Interventionens målgrupp är individer i arbetsför ålder som på grund av fysisk eller psykisk ohälsa har problem att utföra dagliga aktiviteter samt där det medför svårigheter att klara av praktik eller anställning. Grunden i interventionen är fem moduler: fysisk aktivitet, kognitiva färdigheter, kartläggning och samtal, kost och sömn. Deltagarna får under sitt deltagande i interventionen regelbundna individuella samtal med hälsovägledare, utöva konditions- och styrketräning, delta i sömnskola samt gå på föreläsningar och workshops inom ämnen som berör interventionens alla moduler. Målsättningen med denna hälsofrämjande intervention är att konceptet ska ge effekter på individnivå genom att viktiga livsstilsförändringar påbörjas och därmed resulterar i positiva effekter på hälsan och arbetsförmågan. Denna studie är viktig för att få en fördjupad förståelse för hur de som deltar i dessa typer av interventioner upplever det stöd de får samt om interventionen kan vara hälsofrämjande, kan öka individers välmående och vara ett hjälpmedel till att komma ut i arbete eller studier efter en tid som arbetslös.

## Bakgrund

### Perspektiv på hälsa och hälsofrämjande

*Hälsa* är ett begrepp som kan definieras på flera sätt. Begreppet hälsa har länge setts utifrån ett traditionellt biomedicinskt synsätt men med åren har begreppet fått ett mer holistiskt synsätt (Medin & Alexandersson 2001), vilket kommer tillämpas i denna studie. Inom ett holistiskt synsätt definieras hälsa utifrån exempelvis individens upplevelser av meningsfullhet, känsla av sammanhang och välbefinnande på olika sätt (ibid.). Världshälsoorganisationen, WHO definierade 1948 hälsa på följande sätt ”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej blott frånvaron av sjukdom eller handikapp” (svensk översättning ur Pellmer, Wramner & Wramner 2012, s. 12). En utveckling av begreppet har dock kommit sedan dess vilken inrymmer att människors hälsa kan bero av möjligheten att realisera vitala mål (Medin & Alexandersson 2001). I det holistiska hälsobegreppet finns flera dimensioner (Andersson & Ejlertsson 2009). Den fysiska dimensionen är nära kopplad till kroppsliga symtom samt att ha tillräckligt med fysiska förutsättningar för att kunna förverkliga sina vitala mål eller

uppleva hög känsla av fysiskt välbefinnande. Det psykiska välbefinnandet inkluderar både en affektiv - känslorienterad – komponent och en kognitiv – intellektuellt orienterad – komponent. Det sociala välbefinnandet har tre delar, självständighet/autonomi, interpersonella relationer och förmåga till ansvar (ibid.).

Begreppet *folkhälsa* står för en befolknings hälsotillstånd avseende både nivå och fördelning (Andersson & Ejlertsson 2009). Med andra ord ska en god folkhälsa innebära en så bra hälsa som möjligt hos befolkningen samt att den ska vara jämnt fördelad. Ett *folkhälsoarbete* definieras i denna studie som allt arbete som görs inom ramen för det sjukdomsförebyggande och det hälsofrämjande arbetet. Interventioner inom sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete ska vara befolkningsinriktade, inriktade på utsatta grupper och fokusera på att förbättra människors hälsa samt inkludera en ökad jämlikhet i hälsa (ibid.). Begreppet *hälsofrämjande* myntades på 1970-talet (Lalonde 1974) och 1986 kom Ottawa Charter (1986) som definierar hälsofrämjande som en process av möjliggörande för individer, grupper eller samhällen att ta kontroll över, och förbättra sin hälsa. Detta menas kunna ske genom främjandet av goda förutsättningar och strukturer i samhället och människors livsmiljöer. Det innefattar även att människor ser sig själva som aktiva och delaktiga i processen att både definiera egna resurser och använda dem för att förverkliga sina ambitioner, tillfredsställa sina behov och uppfatta meningsfullhet (ibid.).

### Hälsofrämjande interventioner

Det finns olika typer av interventioner. Socialstyrelsen (u.å.) definierar intervention som *”en undersökning där deltagarna utsätts för en intervention, det vill säga någon åtgärd som prövas, oftast behandling eller förebyggande åtgärd”*. Wisenthal och Krupa (2013) beskriver att det har skett ett paradigmskifte kring hälsofrämjande interventioner. Förut låg fokus på individen ur ett medicinskt/kliniskt synsätt till att nu fokusera på ett mer holistiskt tillvägagångssätt. Ett holistiskt tillvägagångssätt innebär att se till helheten, både den fysiska och psykiska aspekten ska tas hänsyn till (ibid.). En stor del av de hälsofrämjande interventioner som finns idag är för individer som har någon form av psykisk ohälsa. I en metaanalys av Hadlaczy, Hökby, Mlkrchian, Carli och Wasserman (2014) visar att effekten av hälsofrämjande interventioner för individer med psykisk ohälsa är positiv. Dessa hälsofrämjande interventioner ger en ökad kunskap om psykisk ohälsa, minskar den negativitet som finns gentemot individer med psykisk ohälsa samt är ett hjälpmedel till individerna vid beteendeförändring (ibid.). Vidare skriver Wisenthal och Krupas (2013) om en hälsofrämjande intervention där individer med psykisk ohälsa i form av depression fick lära sig att utveckla färdigheter kring coping, det vill säga förmågan att hantera stressfyllda och känslomässigt krävande situationer. De fick även lära sig att skapa rutiner i vardagen samt andra arbetsrelaterade färdigheter för att kunna möta de krav som krävs för att återgå i arbete. Genom att individerna själva fick delta aktivt i interventionen ökade dessutom deras självförtroende, kapacitet och återhämtningen av depressionen gick snabbare då fokus låg på individen och inte på sjukdomen (ibid.).



Hälsofrämjande interventioner på arbetsmarknadsenheter blir allt vanligare. En metaanalys med 47 kvantitativa studier av experimentell eller kvasi-experimentell design (Liu, Huang & Wang 2014) visade att resultatet av dessa hälsofrämjande interventioner bidrog till bättre hälsa hos individerna samt ökade möjligheter för återgång i arbetslivet. En effektiv hälsofrämjande intervention bör enligt Liu, Huang och Wang (2014) innehålla socialt stöd, främja måluppfyllelse, förbättra individernas självkänsla och öka deras självförtroende samt tips och råd till individerna i deras arbetssökande. Detta är även något som Brenninkmeijer och Blonk (2012) har undersökt. Deras hälsofrämjande intervention innehöll komponenter som aktiv inlärningsprocess som innefattade gruppdiskussion, rollspel och andra övningar där individerna kunde förbättra sin kompetens och kunskap i sitt arbetssökande. En annan komponent i interventionen var att skaffa strategier för att klara av hinder och motgångar. En tredje komponent innefattade socialt stöd, både mellan individerna i interventionen men också från personalen som höll i interventionen. Den sista komponenten innefattade personalens kunskaper i den hälsofrämjande interventionen och hur individerna värderade och respekterade dem. Resultatet visade att individerna var nöjda med interventionen och positiva till återgång i arbetslivet. Sex månader efter interventionen hade individerna börjat arbeta igen (ibid.).

Limm et. al. (2015) utvärderade effekten av fysisk aktivitet och motiverande samtal. Deltagarnas livskvalitet och mentala hälsa mättes innan och efter interventionen. Under interventionen fick deltagarna regelbundet utöva fysisk aktivitet samt ta del av motiverande samtal av professionella hälsocoacher. De motiverande samtalen var individuella och tillsammans med de professionella hälsocoacherna fick deltagarna berätta om sina hälsovanor i syfte att uppnå en ökad motivation till en beteendeförändring. Deltagarna fick även diskutera hälsoproblem och andra ämnen tillsammans i grupp. Det utfördes även praktiska övningar, som till exempel anordna en frukost som skulle vara billig och hälsosam eller att göra en utflykt till någon park med motionsspår. Resultatet av interventionen hade positiva effekter på deltagarnas hälsorelaterade livskvalitet och mentala hälsa (ibid.).

### Livskvalitet, välbefinnande och arbetslöshet

Begreppet hälsa har många gånger förknippats med begrepp som välbefinnande och livskvalitet (Andersson & Ejlerthsson 2009). I den här studien innebär livskvalitet de faktorer som påverkar en individs hälsa, välmående och tillfredsställelse i livet vilket innefattar flera faktorer så som psykosociala faktorer, relationer, arbets- och hemliv samt ekonomi. Vidare kan livskvalitet benämnas utifrån vilka faktorer som gör livet värt att leva (Brülde 2003). Enligt Brülde (2003) är livskvalitet ett värde, det kan vara av instrumentellt värde eller ett finalt värde. Instrumentellt värde är ett medel, till exempel pengar, medan ett finalt värde är ett mål, till exempel lycka. Brülde (2003) menar att frånvaron av negativa finala värden och en närvaro av positiva finala värden är det som gör livet värt att leva. Livskvalitet beror därför på hur stor del av de finala värdena som är positiva respektive negativa (ibid.). I Carlier et. al. (2013) studie där syftet var att ta reda på vilken effekt en återanställning hade på arbetslösa individer och deras livskvalitet samt självskattad hälsa visade på positiva effekter. De individer som under studien blev

återanställda hade tre gånger större chans att förbättra sin hälsa och livskvalitet i jämförelse med de individer som fortsatte att vara arbetslösa. Studien visade även att arbetslöshet påverkade livskvalitet och självskattad hälsa mer hos de yngre åldersgrupperna i jämförelse med de äldre. Effekten av en återanställning var därför högre hos den yngre åldersgruppen (ibid.)

I en kunskapsöversikt av Falkstedt och Hemmingsson (2011) indikerar flera studier att det finns ett samband mellan arbetslöshet och en lägre grad av välbefinnande, en sämre hälsa och en högre dödlighet än individer med en sysselsättning. En förklaring till varför arbetslösa kan ha en sämre hälsa menar Falkstedt och Hemmingsson (2011) är den så kallade "arbetslöshetseffekten". Att vara arbetslös kan ge effekten att individens välbefinnande och hälsa försämras. Det kan även vara så att individer med en sämre hälsa i högre grad drabbas av arbetslöshet. Detta kallas för "selektionseffekt" och kan ske både genom att en sämre hälsa ökar riskerna för utstötning till arbetslöshet och en nedsatt hälsa ökar risken för utestängning i arbetslöshet. Sambandet mellan arbetslöshet och en lägre grad av välbefinnande kan även vara när "arbetslöshetseffekten" och "selektionseffekten" är verksamma tillsammans. Detta ger negativa effekter på hälsan och ökar sannolikheten för framtida arbetslöshet (ibid.). I en metaanalys av ett stort antal artiklar om arbetslöshet och hälsa har McKee-Ryan, Song, Wanberg och Kinicki (2005) sett att ju längre tid en individ varit utan arbete desto sämre var den psykiska hälsan, livskvaliteten och den självskattade hälsan.

Vidare har Fors och Brülde (2012) undersökt hur arbetslöshetens effekter på människors livstillfredsställelse och välbefinnande kan förklaras. Välbefinnande definieras utifrån hur en person mår och känner sig på det hela taget medan livstillfredsställelse definieras utifrån hur en person värderar sitt liv som helhet. Individers välbefinnande påverkas enligt Christiansen och Matuska (2006) positivt när det finns en struktur av dagliga rutiner och en känsla av regelbundenhet. Resultatet från Fors och Brülde (2012) visade att arbetslösheten har stor negativ påverkan på livstillfredsställelse och välbefinnande. Detta kan bero på att individer har en föreställning om vad ett "bra" liv bör innehålla, så som arbete, god ekonomi och kärlek. Saknas någon av dessa delar tenderar individer att vara mindre tillfreds med livet. Resultatet från studien visar även att lägre välbefinnande påverkas mer av individernas självförtroende och lägre inkomst snarare än på en lägre aktivitetsnivå på grund av arbetslösheten. Personer som är arbetslösa tenderar att ha en mindre aktiv fritid i jämförelse med förvärvsarbetande, samtidigt visade resultatet i studien att det inte fanns något samband mellan socialt umgänge med vänner och arbetslöshet. Det kan tyda på att individer utan arbete är mer ensamma än förvärvsarbetande då de går miste om de arbetsplatsrelationer som förvärvsarbetare får under arbetstid (ibid.).

Enligt Hammarström och Janlert (2005) är arbetslöshet ett stort folkhälsoproblem som påverkar stora grupper av människor. Sveriges riksdag har ett övergripande nationellt mål för den svenska folkhälsopolitiken och det är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Socialdepartementet 2002). Det finns flera

riskfaktorer som kan försämra hälsoutvecklingen och öka sjukdomsburden hos Sveriges befolkning. Dessa är bland annat ekonomiskt bistånd och arbetslöshet. Att ha ett arbete kan därför ses som en skyddsfaktor mot sociala problem, arbetslöshet och ohälsa (Socialstyrelsens 2014).

Idag finns det studier som belyser arbetslöshetens negativa påverkan på individers hälsa och livskvalitet (Falkstedt & Hemmingsson 2011; Schuring, Mackenbach, Voorham, & Burdorf 2011). Enligt Audhoe, Nieuwenhuijsen, Hoving, Sluiter och Frings-Dresden (2015) är de flesta hälsofrämjande interventioner, där målet är att få individer åter i arbete, ofta inriktade på sjukskrivna individer som har anställningsavtal. Dessa interventioner är inte utformade för sjukskrivna eller individer utan arbete som inte har någon arbetsplats att återkomma till. Därför behövs det insatser för att utveckla effektiva hälsofrämjande interventioner för dessa individer (ibid.). Det finns flera kvantitativa studier som utvärderar effektiviteten av hälsofrämjande interventioner (Audhoe et al. 2015; Limm et al. 2015) men ett begränsat antal kvalitativa studier som beskriver hur individer i hälsofrämjande interventioner upplever sin hälsa, livskvalitet, välmående och förmågan att genomföra dagliga aktiviteter. Kvalitativa studier kan bidra med en fördjupad dimension av kunskap om hur interventionen upplevs av de individer som deltar och resultatet från kvalitativa studier går på djupet för att kunna skapa en förståelse för ett fenomen. Genom att under pågående hälsofrämjande intervention söka svaret på hur interventionen upplevs kan ytterligare förståelse för dessa individers erfarenheter av pågående insatser komma fram vilket är värdefullt för att kunna revidera och utveckla interventionen.

## Syfte

Syftet med studien var att undersöka individers upplevelser av välmående och rutiner i vardagslivet efter att ha deltagit i en hälsofrämjande intervention som ett hjälpmedel för att komma ut i arbetslivet eller börja studera.

## Frågeställning

- Hur upplever deltagarna sitt välmående före och efter medverkan i den hälsofrämjande interventionen?
- Hur upplever individerna sin förmåga till arbete, rutiner och dagliga aktiviteter efter den hälsofrämjande interventionen?
- Vilka aspekter har varit viktiga respektive bra/mindre bra i den hälsofrämjande interventionen?

## Metod

### Studiedesign

Denna studie är en kvalitativ forskningsstudie. Som Bryman (2011) beskriver riktar sig kvalitativa studier in på att skapa en förståelse för ett fenomen. Vidare beskriver Bryman (2011) att det finns flera traditioner inom kvalitativ forskning. Emotionalism är

en av traditionerna som bygger på ett intresse för subjektivitet och att fånga ”insidan” av upplevelser och erfarenheter och har en inriktning på människors inre verklighet (ibid.). En kvalitativ metod lämpar sig bäst till denna studie då syftet var att skapa en djupare förståelse om informanternas erfarenheter och upplevelser kring sitt välmående efter att ha deltagit i en hälsofrämjande intervention. Till skillnad mot en kvantitativ studie där den insamlade informationen mäts eller värderas numeriskt för att kunna generalisera eller finna orsakssamband (Björklund & Paulsson 2003). Denna studie har en induktiv forskningsansats vilket innebär att utifrån en intervju eller observation försöka utveckla en empiriskt grundad teori. Till skillnad från den deduktiva forskningsansatsen där forskaren prövar konsekvenserna av en redan befintlig teori (Kvale & Brinkmann 2009).

## Urval och urvalsmetod

Informanterna i den hälsofrämjande interventionen var individer i arbetsför ålder som på grund av fysisk eller psykisk ohälsa har problem att utföra dagliga aktiviteter samt svårigheter att klara av praktik eller anställning. I samråd med projektledare tillfrågades personer via telefonkontakt som under hösten 2016 genomgått hela hälsofrämjande interventionen utifrån följande kriterier.

### Inklusionskriterier:

- Individer som har fullföljt och avslutat sitt deltagande i den hälsofrämjande interventionen
- Individer över 18 år
- Svensktalande individer

### Exklusionskriterier:

- Individer under 18 år
- Individer i ej arbetsför ålder (>67 år)

Informanterna valdes ut genom ett ändamålsenligt urval. Ett ändamålsenligt urval enligt Denscombe (2014) innebär att forskaren väljer informanter baserat på deras kunskap och erfarenheter för att få ut bästa möjliga information. Det är ett handplockat urval som forskaren känner till sedan tidigare och tror kan ge största möjliga värde för studien. Malterud (2001) beskriver vidare att det vanligaste sättet att erhålla kvalitativ data är att använda sig av ett ändamålsenligt eller ett teoretiskt urval då en av nyckelkomponenterna i en kvalitativ studie är om vem och vad resultatet av studien avser. Det ses som en framgångsrik väg för att hitta det urval som kan ge bästa möjliga värde för studien (ibid.). Då studiens syfte var att undersöka individers upplevelser av välmående efter att ha deltagit i en hälsofrämjande intervention, passade ett ändamålsenligt urval bra då det är mest relevant att individerna som har deltagit i den hälsofrämjande interventionen får svara på forskningsfrågorna till det empiriska materialet.

Sex informanter tackade ja till att delta i studien och intervjuades, två kvinnor och fyra män. Informanterna i studien var mellan 18-54 år och är bosatta i två kommuner i Västernorrland. En av informanterna är sammanboende och fem informanter har ingen

partner. Alla informanter har avslutad grundskoleexamen, tre informanter har gymnasieexamen, två informanter har avslutad yrkesutbildning och en informant har påbörjad men ej avslutad eftergymnasial utbildning. I resultatet har informanternas namn getts pseudonymer för att möjliggöra rapporteringen av informanternas svar.

## Datainsamling

Insamling av datamaterial gjordes genom semi-strukturerade intervjuer. En semi-strukturerad intervju innehåller ofta en intervjuguide med specifika teman som ska beröras under intervjun. Under intervjun har forskaren stor möjlighet att utforma frågorna på sitt sätt. Intervjuguiden behöver inte följas i ordning och nya frågor som uppkommer under intervjun kan läggas till (Bryman 2011). Frågorna i intervjuguiden konstruerades av studiens författare i samråd med handledare med utgångspunkt från studiens syfte och frågeställningar. Intervjuguiden bestod av 22 frågor inklusive bakgrundsfrågor så som ålder, civilstatus, boendesituation och utbildning. Frågorna delades in i fyra olika teman (se Bilaga 3). För att testa intervjuguiden innan genomförande av intervjuer läste två för studien utomstående personer igenom intervjuguiden och gav feedback kring hur lätt det var att förstå innehållet av frågorna språkligt. Inga förändringar gjordes på intervjuguiden då den ansågs fungera för de tilltänkta intervjuerna. Under intervjuerna uppstod inga oklarheter. Några uppföljningsfrågor lades till så att informanterna kunde beskriva sina erfarenheter mer djupgående. Exempel på en sådan fråga var att berätta hur det kändes att inte få vara delaktig i beslut som påverkade informanternas vardagsliv. De kvalitativa intervjuerna genomfördes med ljudupptagning och författaren förde även anteckningar för varje intervju. Intervjuerna transkriberades därefter ordagrant.

## Genomförande

Det första steget i genomförande av denna studie var sökande av informanter. Informationsblad delades ut till individer inom den hälsofrämjande interventionen av projektledare. I det första skedet fanns det inga frivilliga informanter. Anledningen till det kan vara att det inte skulle ske intervjuer förrän vid ett senare tillfälle och informanterna skulle då ha en ny sysselsättning. När intervjuerna var planerade kontaktades flera informanter på telefon av projektledare i den hälsofrämjande interventionen. Totalt tackade sex personer ja till att medverka i studien. När intervjuerna genomfördes fick informanterna ett informations- och samtyckesbrev som de tog del av och signerade. Det gavs även muntlig information kring studiens syfte, upplägg och samtycke i samband med intervjuerna. Intervjuerna skedde i den hälsofrämjande interventionens lokaler. Inga ljud eller störningsmoment uppstod under intervjuerna. En ljudinspelare användes för att spela in samt anteckningar togs under intervjuerna. Intervjuerna tog mellan 10 till 50 minuter med ett genomsnitt på 30 minuter. När alla intervjuer var klara transkriberades dem ordagrant. Hela materialet kodades och därefter delades koderna in i teman som presenteras i resultatet.

## Analysmetod

Det insamlade materialet analyserades med hjälp av en tematisk analys i enlighet med Braun och Clarke (2006) för att hitta mönster kring informanternas individuella erfarenheter av den hälsofrämjande interventionen. Analysen började med att författaren läste igenom transkriberingarna upprepade gånger för att få en känsla för helheten samt noterade anteckningar kring datamaterialets innehåll. En induktiv ansats användes vilket innebär att utgå från materialet på ett förutsättningslöst sätt och koda materialet och bilda teman utan att använda några befintliga teorier eller modeller. Hela materialet kodades systematiskt vilket innebär att reducera data och plocka ut delar som svarar till syftet och benämna dessa enheter av meningar med namn – koder. Därefter sökte författaren efter mönster och teman bland alla koder. Koder med liknande innebörder grupperades och bildade initiala teman. Därefter granskades alla framkomna teman och författaren gick tillbaka till materialet för att säkerställa att alla teman stämde överens med rådata. Det gjordes även kontroller gällande de olika temana så att de förhöll sig till koderna och varandra på ett tydligt sätt med tydliga skillnader mellan de olika temana och tydliga likheter inom de olika temana. Datamaterialet lästes även igenom ytterligare gånger för granskning om något hade missats eller om stycken behövde koda om. Uppkomna koder och teman diskuterades även med handledare för examensarbetet. Därefter definierades och namngavs slutgiltiga teman och alla teman förfinades och slutligen skrevs resultatet fram med levande och fängslande citat med exempel från datamaterialet som svarar till syftet och styrker det framställda resultatet (ibid.).

*Tabell 1. Rådata av hur datainsamlingen gick från att vara text till att ha bildat teman utifrån Braun och Clarke (2006) tematiska analys*

<b>Rådata</b>	<b>Kod</b>	<b>Tema</b>
Mycket gladare, mycket roligare att ha något och att man börjar tänka annorlunda.	Ökat välmående efter den hälsofrämjande interventionen	Upplevelser av ökat välmående
Springer kanske fyra-fem i veckan och tränar jag thaiboxning fyra-fem gånger i veckan också.	Ökad fysisk aktivitet	Förbättrade hälsobeteenden i vardagslivet
Och det dära, det ena stressverktyget var det här med andningen.	Hantering av stress	Verktyg för rutiner, problemhantering och bättre vanor
Ja, det är man ju verkligen delaktig i och påverkar sitt liv i större utsträckning än vad man gjorde förr i alla fall för förut det tycker jag.	Ökad delaktighet i sin livssituation	En förändrad syn på framtiden
Jag var ju inte så där jättefancy och va i grupp med folk åå vissa människor störde jag mig på ganska grovt på och det tog ju bort hela att det hära med och koncentrera sig och lyssna på det viktiga som sas och grejer.	Svårt med koncentrationen i grupp	Den hälsofrämjande interventionens utvecklingsmöjligheter

## Forskningsetiska överväganden

Som forskare är det viktigt att ta hänsyn till de fyra allmänna huvudkrav som Vetenskapsrådet (2002) har tagit fram när det kommer till forskning inom humaniora och samhällsvetenskap. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informanterna fick innan intervjun ta del av ett missivbrev som innehöll information om studiens syfte, att deras deltagande är helt frivilligt och att de när som helst har rätt att avbryta sin medverkan i studien. Samtyckeskravet innebär att informanterna i studien har rätt att själva bestämma över sin medverkan. Även detta uppfylls då det informeras om samtycke i missivbrevet. Ett samtycke lämnades skriftligt av informanterna innan intervjuerna genomfördes. Då informanterna är över 18 år innebär det att det inte behövs samtycke från vårdnadshavare. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om informanterna i studien ska ges största möjliga konfidentialitet och dessa uppgifter ska förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem. Endast författare av studien och handledare hade direkt tillgång till insamlad data. Detta uppfylldes då informanterna i studien deltog anonymt samt att informanternas identitet vid arbetet med transkriberingen avkodades. Informanternas riktiga namn ersattes i studien med fingerade namn. Insamlad data nyttjades endast ur forskningssynpunkt och efter studien raderades insamlad data vilket då uppfyllde det sista huvudkravet som är nyttjandekravet (ibid.).

## Resultat

Nedan presenteras resultatet som framkommit efter den tematiska analysen. Totalt fem teman bildades. Dessa var: *Upplevelser av ökat välmående, Förbättrade hälsobeteenden i vardagslivet, Verktyg för rutiner, problemhantering och bättre vanor, En förändrad syn på framtiden* och *Den hälsofrämjande interventionens utvecklingsmöjligheter*.

### Upplevelser av ökat välmående

Många av informanterna hade innan den hälsofrämjande interventionen förväntningar om att få komma igång med en sysselsättning och att få börja röra på sig fysiskt. Det fanns också en negativ förväntning av att delta i interventionen. Några av informanterna berättade att det kändes som att de blev tvingade att delta i interventionen.

*"[...] jag trodde att jag skulle få träffa nån dietist som sa att jag var tjock och att jag var tvungen att börja träna [...]" (Informant 2)*

Några informanter berättade att de tyckte att det var bättre att inte sätta upp några förväntningar inför interventionen för att kunna bli positivt överraskade. Trots att förväntningarna varierade bland informanterna så hade samtliga upplevt ett ökat välmående sen deras deltagande i interventionen. De upplevde att deras välmående förändrades både psykiskt och fysiskt. Några av informanterna berättade att de

fortfarande lider av depression och ångest men efter interventionen har det blivit mindre tungt om dagarna.

*”Jag mår lite dåligt ibland men jag får må dåligt ibland. Det är okej, jag accepterar det för jag vet att jag kommer att må bra snart.” (Informant 2)*

Under interventionen kunde informanterna prata med utbildad personal om sina problem. Detta gjorde att samtliga informanter tyckte att de klarade av vardagen mycket bättre. Innan informanterna deltog i interventionen var sysselsättningsgraden låg hos de flesta av dem. Många såg därför fram mot att få börja med en sysselsättning och att komma hemifrån. Att få sköta någonting och få en regelbundenhet. Samtliga informanter har sedan interventionen fått en sysselsättning i form av arbete, praktik, studier och fortsatt deltagande i nästa omgång av interventionen.

### Förbättrade hälsobeteenden i vardagslivet

Efter interventionen har samtliga informanter fått förbättrade hälsobeteenden i vardagslivet. Några informanter nämnde att de fick sin vardagsmotion när de gick till och från arbetet. Efter interventionen har flera informanter även börjat styrketräna samt konditionsträna på fritiden. Flera informanter berättade att de fick en nytändning efter interventionen och ville då komma igång att vara regelbundet fysiskt aktiva. Sönnen för informanterna var både bra och mindre bra. Några informanter berättade att de aldrig haft några problem att sova. Samtidigt fanns det några informanter som hade svåra sömnproblem men efter deltagande i interventionen så har sömnen blivit bättre med hjälp av rutiner och hjälpmedel. Flera av informanterna fastnade lätt framför tv- och dataspel vilket gjorde att de inte sov något alls under nätterna. Samtidigt märkte de att fysisk aktivitet hjälpte dem att sova bättre och att det blev lättare att gå och lägga sig på kvällen.

Informanternas matvanor har förändrats hos några samtidigt som de har försämrats hos några. Innan interventionen åt flera av informanterna på nätterna när de satt uppe vid dator- och tv-spel. Även om det fortfarande förekommer så har informanterna förändrat sitt beteende och har idag något bättre kosthållning än tidigare. Under nätterna blev det oftast snabbmat, läsk och andra onyttigheter: *”[...] nu äter man ju någorlunda mat ändå” (Informant 6)*. Under interventionen fick informanterna lära sig om kost samt praktisk matlagning. Flera av dem fick en ögonöppnare på hur stor betydelse kosten hade på deras mående. Under interventionen fick informanterna både teoretisk och praktisk kunskap om kost och matlagning. Intaget av grönsaker hos informanterna var innan interventionen minimalt. Efter en praktisk matlagning konstaterade flera informanter att grönsaker inte smakade så dåligt som de först tänkte att det skulle göra.

*”Det är ju jättegott med grönsaker! Helt plötsligt! Ja, men det går ju att grilla det. Det går ju att göra allt möjligt med dem” (Informant 1)*

Flera informanter hade innan interventionen dålig självkänsla, ett sämre självförtroende och svårt att skapa sociala relationer. Det är något som har förändrats sedan



interventionen. Informanterna började träna aktivt på att våga vara mer social och skapa kontakt med andra människor. Flera informanter vågar efter interventionen stå upp för sig själv och har fått ett ökat initiativtagande.

*”[...] kunna fixa och kunna prata för mig. Har jag ju börjat med nu än vad jag har kunnat för förut har jag inte sagt så himla mycket om saker och ting. Ja, jag har väl sagt och tänkt det själv men jag har inte sagt det när man har blivit tillfrågad”*  
(Informant 5)

## Verktyg för rutiner, problemhantering och bättre vanor

Samtliga informanter beskrev att de innan interventionen inte hade några vardagliga rutiner. Alla var överens om att de mådde bättre av de rutiner som interventionen hjälpte dem att skapa. Flera av informanterna som tidigare gärna var uppe på nätterna och sov hela dagarna insåg efter interventionen att de inte ville sova bort hela dagarna samt att måendet blev bättre om de försökte få någon form av rutin. Hos flera informanter har arbetet genererat fler dagliga rutiner och ett bättre mående.

*”Jag tror att det är det här jobbet med alla promenader som har hjälpt till mycket. Man får vara ute och få mycket luft”* (Informant 5)

Innan informanterna deltog i interventionen så valde de att inte hantera problem som uppkom i deras vardag. De höll sina problem inom sig. Nästan alla informanter berättade att de inte hade något socialt stöd i sin omgivning och ingen att prata med när det uppstod problem. Därför var ett vanligt sätt att hantera sina problem att isolera sig och vara hemma istället för att ta tag i problemet som uppkommit: *”[...] kunde jag inte saker så kanske det blev att jag stoppade huvudet i sanden”* (Informant 4). Gemensamt för alla informanter var att de under sitt deltagande fick mycket stöd från personalen som arbetade med interventionen men också från deltagarna: *”Alla är så snälla och så omtänksamma och alla har inte jättemycket men alla ger desto mer då”* (Informant 2). Informanterna har fått lära sig att tänka efter på vad det är som är ett problem och hur de ska lösa det. Om det idag uppkommer liknande problem som före interventionen vet informanterna hur de ska lösa dem och det påverkar dem inte lika mycket som det gjorde tidigare. När ett problem uppstod blev informanterna lätt stressade och stress var något som de beskrev gav en irritation och ett sämre mående. Informanterna har lärt sig att hantera stressen med olika fritidsintressen. Att skriva ner dagliga aktiviteter i almanacka har hjälpt en informant att kontrollera stressen. Några av informanterna har tv- och dataspel som sina största intressen och berättade att de spenderar mycket tid av sin fritid på just det vilket ger en avkopplande stund för dem.

*”[...] äh jag skiter i det här, det får se ut så här så sätter man sig framför tvn istället. Sen kan man börja plocka liksom. För då blir det ju lite avkopplande [...]”* (Informant 1)

Gå ut i skogen och plocka svamp, sitta vid vattnet och fiska eller plantera är andra avkopplande aktiviteter som informanterna använder som verktyg och brukar ta till när det är stressigt i vardagen.

## En förändrad syn på framtiden

Samtliga informanter instämde alla i att framtiden var negativ och oviss för dem innan de påbörjade sitt deltagande i interventionen. Många av informanterna hade ingen sysselsättning innan interventionen och var mestadels hemma på dagarna. Några av informanterna berättade att de inte hade någonting att kliva upp för. Efter interventionen instämde alla informanter att de ser ljusare på framtiden även om de beskrev den på lite olika sätt. Flera informanter beskrev att de kände en ökad delaktighet i sin livssituation och att de i högre utsträckning kan påverka sitt liv mer än tidigare.

*”Ja, det är man ju verkligen delaktig i och påverkar sitt liv i större utsträckning än vad man gjorde förr i alla fall för förut det tycker jag.” (Informant 1)*

Känslan av att ha fler arbetsmöjligheter beskrevs av flera informanter. Interventionen har lett till att flera informanter har börjat arbeta vilket har varit interventionens mål. Samtidigt kände en av informanterna att framtidsmöjligheterna efter interventionen inte har förändrats så mycket sedan deltagandet. Framtiden för jobb- eller studiemöjligheter kändes fortfarande oviss: *”Asså, jag hoppas väl att det ska leda till utbildning eller så men aa lite ovisst kanske” (Informant 4)*. Informanten kände sig utelämnad och det fanns en vilja att kunna påverka sysselsättningen i högre grad. Samtidigt sa informanten att det mesta kändes bättre efter interventionen och hoppades i framtiden kunna påbörja en utbildning.

*”[...] det känns ju lite lättare när man tränar och sånt där. Asså det känns ju bättre, man mår lite bättre och så där. Så att det blir ju lite lättare” (Informant 4)*

Efter interventionen berättade flera informanter att de hade börjat planera för framtiden. Samtliga informanter har efter interventionen kommit ut i praktik, arbete, i studier samt ett fortsatt deltagande i inte nästa omgång av interventionen. Flera av dem har även planer för kommande arbeten, praktikplatser och studier. Informanterna berättade att efter interventionen fanns en strävan att hitta en sysselsättning som de skulle trivas med.

*”Asså det jag vill, det är ju att jobba ett år, resa ett år och sen plugga. Det är ju mitt mål i livet just nu” (Informant 2)*

Hos några av informanterna fanns åsikter om att det är onödigt att tänka på framtiden och menade att var bättre att leva i nuet. Istället ansåg de att det var bättre att sätta upp mål och sträva mot dem. De menade att det kan vara svårt att komma ut i arbetslivet efter att ha varit utan sysselsättning så det var viktigt att anpassa arbetet efter vad informanterna klarade av. Efter interventionen har de insett att livet går att förändra.

## Den hälsofrämjande interventionens utvecklingsmöjligheter

Alla informanter hade en gemensam uppfattning om vad som varit mindre bra med interventionen. Exempel var lokalerna som nästan alltid krånglade och ett rörigt schema. Ibland visste inte informanterna var de skulle vara eller vad som stod på schemat. Informanterna visste att det kunde ske och hade därför överseende med att det var en nystartad intervention. Några informanter upplevde att det blev ett för långt uppehåll mellan jul och nyår och de kände att de gick miste om viktig information. De önskade samtidigt att interventionen skulle vara längre än tre månader för att kunna ta del av så mycket information som möjligt.

Det fanns informanter som ogillade att vara i grupp. Samtidigt upplevde de att det fanns personer i gruppen med attitydproblem som försämrade koncentrationsförmågan: *"[...] det gjorde ju faktiskt att jag inte ville va här [...]" (Informant 6)*. Flera informanter var inte redo att gå från ingen eller liten sysselsättning till en sysselsättning på heltid. Det var en stor omställning och gjorde att flera av informanterna inte klarade av att gå varje dag. Samtidigt som många av informanterna fick med sig kunskap och färdigheter från sitt deltagande upplevde några informanter att de inte tagit med sig så mycket nytt från sitt deltagande i interventionen. Vidare fanns en uppfattning om att interventionen inte fokuserade tillräckligt på deras individuella problem och för att hantera dessa individuella problem önskades kunskap och hjälpmedel för att hantera just dessa.

Under interventionen sattes olika mål upp. Flera informanter berättade att många av deras mål uppfylldes men också att det fanns mål som de fortfarande arbetade med efter interventionen. Exempel på mål var att komma igång att träna, våga ta mer kontakt med människor och gå ner i vikt. Flera av informanterna berättade att de satte upp för höga mål med sitt deltagande. När interventionen var avslutad och målen inte nåddes berättade en av informanterna hur det kändes: *"Och sen blir det som en käftsmäll, men va jag klarade det inte?!" (Informant 2)*. Samtidigt berättade en informant att det var svårt att veta om de mål som sattes upp var för sin egen skull eller för någon annans skull. Trots att interventionen hjälpte informanterna att få bättre rutiner och sluta med dåliga vanor så upplevde flera av dem att det var svårt att hålla uppe alla goda vanor. Framförallt var det den fysiska aktiviteten som var svårast att hålla igång trots att just den upplevdes ge god effekt på måendet: *"[...] jag måste komma igång med hälsan [...]" (Informant 6)*. En av orsakerna till att de inte klarade av att fortsätta med fysisk aktivitet var enligt flera informanter att de inte hade råd med gymkort. Flera informanter hade även svårt att fortsätta hålla en god kosthållning efter interventionen. Informanterna berättade att det var svårt att hålla sig motiverade till att laga god och hälsosam kost. En orsak till det var att några informanter på grund av varierande arbetstider gjorde att de inte hann äta sin lunch men också att det inte fanns något intresse i att laga mat. Ett annat problem som fanns hos informanterna var rökning. Flera informanter lyckades sluta röka under interventionen men efter interventionen har de börjat röka igen. *"Jag tror att jag har hört att cigaretter är ett av de värsta beroendena man kan ha" (Informant 6)*.

Det fanns även åsikter om att informationen som informanterna fick om interventionen var missvisande och inte stämde överens med vad de faktiskt upplevde under sitt deltagande. En informant uttryckte det så här: "[...] *det var ingenting som stämde liksom, det var så sjukt mycket annorlunda på ett bättre sätt!*" (Informant 2). Även om informanterna upplevde att informationen var missvisande så är samtliga informanter nöjda med interventionen.

*"Jag rekommenderar verkligen alla på jorden att gå det här! Vi tar in några från Nepal och bara lär dom, vi tar in alla seriöst för det är man lär sig så mycket!"* (Informant 2)

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka individers upplevelser av välmående och rutiner i vardagslivet efter att ha deltagit i en hälsofrämjande intervention som ett hjälpmedel för att komma ut i arbetslivet eller börja studera. Resultatet från denna studie, med sex informanter, visade att interventionen upplevdes som positiv när det gäller ett förbättrat välmående och skapande av nya goda rutiner samt ny kunskapsinhämtning. Samtidigt fanns det även erfarenheter av brister kring interventionen och det framtida livet när interventionen var avslutad och deltagarna skulle försöka upprätthålla de nya vanorna och rutiner de lärt sig om.

Flera studier visar på ett samband mellan arbetslöshet och lägre grad av välbefinnande och en sämre hälsa (Falkstedt & Hemmingsson 2011; McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki 2005; Fors & Brülde 2012). Samtliga informanter i denna studie visade någon form av ohälsa innan de deltog i den hälsofrämjande interventionen och beskriver även att den här typen av hälsofrämjande intervention hade positiv effekt i flera hänseenden för deras psykiska och fysiska ohälsa. Efter den hälsofrämjande interventionen har samtliga informanter dessutom börjat arbeta, praktisera och studera och upplevde att arbetet gett dem ett ökat välmående. Att få ett ökat välmående efter en återgång i arbetslivet kan styrkas med studien som Carlier et. al. (2013) genomfört. Deras resultat visar att de individer som blev återanställda hade tre gånger större chans att förbättra sin hälsa och livskvalitet i jämförelse med de individer som fortsatte att vara arbetslösa. Tillsammans med resultatet från denna studie kan det tyda på att välmående stärks av att ha en sysselsättning och rutiner. Det visar även att en hälsofrämjande intervention kan vara positiv för att komma ut i arbetslivet eller att börja studera.

Informanterna upplevde att den hälsofrämjande interventionen har hjälpt dem att utveckla verktyg för rutiner och hälsosamma vanor. Att utveckla verktyg för rutiner var något informanterna upplevde som viktigt för att få ett bättre välmående och få en fungerande vardag. En fungerande vardag kan i sin tur öka möjligheterna till arbete och studier. Detta är något som bekräftas av Wisenthal och Krupas (2013). I deras hälsofrämjande intervention får individer med psykisk ohälsa lära sig att skapa rutiner i vardagen, utveckla färdigheter kring coping samt arbetsrelaterade färdigheter för att klara av en

återgång till arbetslivet. Den hälsofrämjande interventionen visade sig dessutom öka individernas självförtroende samt att den psykiska ohälsan minskade (ibid.). Samtidigt som flera av informanterna har fått nya förbättrade vanor så berättade flera av dem att det har varit svårt att hålla uppe de goda vanorna som de skaffade under den hälsofrämjande interventionen. Lally, Wardle och Gardner (2011) undersökte skapandet av nya rutiner hos en grupp individer som var med i en hälsofrämjande intervention. Då vanliga beteenden framkallas automatiskt är det viktigt att göra en beteendeförändring om de nya vanorna ska bli långsiktiga och bibehållas. Deras resultat visade att en av de viktigaste faktorerna för att bibehålla en god vana är att individen tror på sig själv och sin förmåga att initiera nya beteenden. Vidare visade deras resultat att det krävs repetition och med tiden framkallas beteendet automatiskt och individerna upplevde att de inte behövde anstränga sig så mycket. Det visar att nya beteenden blir lättare att hålla med tiden men att det krävs repetition till en början (ibid.). Då det kan vara svårt att göra en beteendeförändring på egen hand så är det därför viktigt med ett extra stöd både under men också efter att en beteendeförändring har gjorts. Informanterna i den hälsofrämjande interventionen kan därför behöva ett mer kontinuerligt stöd och samtidigt behöver de även arbeta med sig själva för att öka sin förmåga att de faktiskt klarar av att göra en förändring.

En av modulerna i den hälsofrämjande interventionen var fysisk aktivitet och resultatet visar att samtliga informanter har gått från att inte varit fysiskt aktiva till att vara det. Limm et. al. (2015) utvärderade effekten av fysisk aktivitet på den hälsorelaterade livskvaliteten och den mentala hälsan. Resultatet visade att båda dessa förbättrades med fysisk aktivitet. Det visar att fysisk aktivitet är en viktig del i att öka informanternas välbefinnande. Samtidigt visade resultatet från studien att flera av informanterna har haft svårt att fortsätta hålla igång med den fysiska aktiviteten efter den hälsofrämjande interventionen. Nästan alla informanter berättade att de upplevde litet eller inget socialt stöd och umgänge i sin omgivning. Fors och Brülde (2012) resultat visade att det inte fanns något samband mellan socialt umgänge med vänner och arbetslöshet vilken kan tyda på att individer utan arbete är mer ensamma då de går miste om de arbetsplatsrelationer som arbetare får under arbetstid. Samtidigt tenderade arbetslösa att ha en mindre aktiv fritid i jämförelse med förvärvsarbetande. Detta kan vara en anledning till varför det var svårt för informanterna att fortsätta vara aktiva efter den hälsofrämjande interventionen.

Även om det har varit positivt att delta i den hälsofrämjande interventionen så finns det utrymme till förbättring. Utifrån informanternas perspektiv fanns det flera utvecklingsmöjligheter. Bland annat ansåg informanterna att lokalfrågan var ett stort problem men samtidigt visste de att den hälsofrämjande interventionen var en nystartad intervention och hade därför överseende med detta. Flera informanter tyckte att det saknades hjälpmedel för att hantera deras problem och tog därför inte med sig några kunskaper för att hantera problem. Samtidigt kände några av informanterna att det var svårt att koncentrera sig i stora grupper. Det fanns även andra störningsmoment som försvårade koncentrationsförmågan. Det var bland annat deltagare i gruppen som tog mycket plats och uttryckte sig på ett sådant sätt att informanterna kände att de inte ville

vara på plats på interventionen. Några av informanterna hade svårt att motivera sig till att gå till interventionen varje dag och därför uteblev flera av dem. De tyckte att det var svårt att anpassa vardagen från att vara helt sysslös till att ha en sysselsättning på heltid. Audhoe et. al. (2015) visade att många hälsofrämjande interventioner som har som mål att få individer tillbaka till arbetslivet efter en sjukskrivning är inriktade på individer med anställningsavtal. Dessa är inte utformade för individer som har svårt att utföra dagliga aktiviteter och svårigheter att klara av en anställning. Denna målgrupp har en problematik med psykisk och fysisk ohälsa och har svårt klara av att utföra dagliga aktiviteter samt svårigheter att klara av praktik eller anställning. Hadlaczky et. al. (2014) beskriver att hälsofrämjande interventioner för individer med psykisk och fysisk ohälsa har en positiv effekt på individernas hälsa. Det behövs därför mer forskning om vad den här målgruppen behöver för resurser för att klara av en återgång till arbetslivet eller studier. Dessa hälsofrämjande interventioner ger en ökad kunskap om psykisk ohälsa och hur kommande interventioner bör utformas för att skapa god hälsa hos dessa individer (Hadlaczky et. al. 2014). Flera studier (Liu, Huang & Wang 2014; Brenninkmeijer & Blonk 2012) visar vad hälsofrämjande interventioner bör innehålla för att uppnå goda resultat för individer med den här typen av problematik. I båda studierna är socialt stöd viktigt för dessa individer samt att förbättra individernas kompetens och självförtroende (ibid.). Informanterna i den hälsofrämjande interventionen berättade att de inte upplevde att de hade något socialt stöd från vänner och familj, samtidigt kände de stort socialt stöd från deltagarna i interventionen men också från personalen. Innan informanterna deltog i den hälsofrämjande interventionen var synen på framtiden mörk och deras förmåga att tro på sig själv liten. Detta visar att stöd att klara av vardagliga rutiner och lära sig att tro på sig själv är viktigt för individer med denna typ av problematik. Hälsofrämjande interventioner som är anpassade för dessa individer kan leda till att de erhåller hälsosamma beteenden som kan ha en positiv inverkan på vardagslivet och möjligheten till att klara av sysselsättning, studier och rutiner.

## Metoddiskussion

Enligt Graneheim och Lundman (2004) är viktiga aspekter kring tillförlitlighet inom kvalitativa studier trovärdighet, överförbarhet och beroende. Malterud (2001) skriver även att bekräftelsebarhet är en viktig aspekt kring tillförlitlighet inom kvalitativa studier. Bekräftelsebarhet innebär enligt Malterud (2001) att beskriva hela forskningsprocessen samt att styrkor och begränsningar med studien ska beskrivas. Även forskarens egna erfarenheter och åsikter måste bedömas under forskningsprocessen så att inte resultatet har påverkats. För att öka tillförlitligheten är det även viktigt med metodmedvetenhet i genomförande av studier. Metodmedvetenhet innebär att författaren ska behandla metodfrågorna på ett medvetet sätt. Författaren ska känna till olika metodalternativ, kunna visa för- och nackdelar med de olika metoderna samt motivera vilket metodalternativ som valts för studien. Författaren har i denna studie reflekterat över detta genomgående i processen genom att exempelvis överväga vilken metod som var mest passande för studiens syfte. Val av metod ska vara ändamålsenligt så att syftet uppnås i så hög grad som möjligt (Björklund & Paulsson 2003). Bryman (2011) skriver att kvalitativa studier riktar in sig på att skapa en förståelse för ett fenomen. Då syftet var att

skapa en djupare förståelse om informanternas upplevelser kring sitt välmående och sina rutiner efter sitt deltagande i den hälsofrämjande interventionen valde därför författaren att använda sig av en kvalitativ metod. I denna studie var dessutom en kvalitativ studie ändamålsenlig då interventionen ännu ej är avslutad och för att syftet var att få en fördjupad förståelse för individernas upplevelse av interventionen. När interventionen är avslutad skulle det dock vara ändamålsenligt att utvärdera projektet med en kvantitativ metod som mäter eller värderar det insamlade materialet numeriskt för att kunna generalisera eller finna orsakssamband (Björklund & Paulsson 2003).

Urvalet till studien gjordes genom att använda ett ändamålsenligt urval. Enligt Denscombe (2014) innebär detta att forskaren väljer informanter baserat på deras kunskap och erfarenheter för att få ut bästa möjliga information. I denna studie användes informanter som deltagit i interventionen då dessa är mest relevant för att besvara forskningsfrågorna. Urvalet togs fram genom att projektledare för interventionen kontaktade informanterna via telefon. Då projektledaren hade kännedom om informanterna kunde det ha påverkat resultatet i den utsträckning att projektledaren valde informanter som denne tros kunna svara bäst till studiens syfte. Resultatet kunde ha blivit annorlunda om informanterna valts ut slumpmässigt för studien. Sex informanter deltog i studien. I kvalitativa metoder handlar det främst om att få fram en bild av ett fenomen snarare än att kunna generalisera resultatet (Bryman 2011). Fler semi-strukturerade intervjuer kan behövas för att få förståelse för vilka upplevelser och erfarenheter som den större studiepopulationen faktiskt har kring denna hälsofrämjande intervention. Alternativt skulle en metodtriangulering kunnat användas i form av enkäter till fler deltagare i den hälsofrämjande interventionen. Ökad datamängd med hjälp av enkäter i kombination med intervjuerna skulle kunna öka trovärdigheten (Olsson & Sörensen 2011).

Vidare kan det vara svårt att veta i vilken utsträckning resultatet kan vara överförbart. Med överförbarhet menas i vilken utsträckning resultat kan överföras till andra sammanhang och grupper (Graneheim & Lundman 2004). Studiens målgrupp är individer i arbetsför ålder som på grund av fysisk eller psykisk ohälsa har problem att utföra dagliga aktiviteter samt svårigheter att klara av praktik eller anställning. Det kan vara svårt att överföra resultatet till andra sammanhang, exempelvis på individer som klarar av att utföra dagliga aktiviteter och som har någon form av arbete. En överföring av resultatet till denna grupp skulle därför kunna bli missvisande. Däremot kan resultatet användas i andra studier på andra platser med individer som har psykisk eller fysisk ohälsa och problem att utföra dagliga aktiviteter. Viktigt är dock att komma ihåg att denna studie endast innehöll sex personer och det var inte en jämn könsfördelning samt att individerna kom från samma del av landet. Resultatet skulle kunna skilja sig om fler individer inkluderats och om de kommit från andra delar av landet.

Datainsamlingen gjordes genom semi-strukturerade intervjuer vilket är en passande typ av datainsamling för att skapa en djupare förståelse om informanternas upplevelser (Kvale & Brinkman 2009). Olsson och Sörensen (2011) skriver även att det är viktigt att

intervjuerna genomförs i ett bra klimat där informanten känner sig viktig och får tala till punkt så att bästa möjliga information kommer fram. De semi-strukturerade intervjuerna genomfördes i den hälsofrämjande interventionens lokaler under dagtid. Intervjuerna genomfördes ostört men i lokalerna fanns andra människor i rörelse, vilket kan ha gjort informanterna omedvetet stressade. Detta kan ha bidragit med att informanternas svar blivit påverkade och att de inte berättat helt och hållet om sina tankar och upplevelser av sitt deltagande. För att informanterna skulle ges största möjliga konfidentialitet valde författaren dessutom att koda informanternas namn som informant ett till fem (Bryman 2011). Detta för att minska eventuell oro hos informanterna om att andra personer kan räkna ut vem av informanterna som har sagt vad då urvalet i studien var begränsat.

Beroende handlar enligt Graneheim och Lundman (2004) om i vilken grad data förändras över tid, vilka förändringar som har gjorts under analysprocessen och i vilken utsträckning resultaten kan upprepas. Semi-strukturerade intervjuer som användes i denna studie är en föränderlig process där fokus och frågor kan behöva förfinas under tidens gång (ibid.). Resultatet som framkom genom de sex semi-strukturerade intervjuerna kan dock ändå stämma överens om studien genomförts i samma kontext vid ett senare tillfälle eller i en annan kontext (Bryman 2011). Studiens fokus var att ta reda på informanternas upplevelser efter deltagande i den hälsofrämjande interventionen. Kommande deltagares upplevelser efter deltagande i hälsofrämjande interventioner kan komma att ändras då utformningen av liknande interventioner kan komma att förändras.

Trovärdighet i kvalitativa studier handlar till viss del om att metoden för datainsamling och analys ska stämma överens med studiens syfte (Malterud 2001). Genom hela datainsamlingen och analysen utgick författaren från syftet och frågeställningen för att insamling av data och analysen skulle överensstämja med studiens syfte för att kunna uppnå trovärdighet.

Braun och Clarke (2006) skriver att det i en tematisk analys sker en kontinuerlig förflyttning fram och tillbaka i det insamlade materialet att ta fram teman. När flera koder hade tagits fram och bildat några teman gick författaren åter tillbaka i materialet för att koda ytterligare och på så vis öka tillförlitligheten. Vidare har författaren även varit noggrann under hela tillvägagångssättet, analysprocessen och resultatet har noggrant beskrivits så att en bredd av informanternas tankar och åsikter visas för att öka tillförlitligheten. Citat har dessutom använts vilket Graneheim & Lundman (2004) menar kan stärka trovärdigheten i ett resultat. En pilotintervju genomfördes inte på grund av tidsbrist. Detta hade dock kunnat vara bra att göra för att upptäcka eventuella oklarheter inför intervjuerna. Två för studien utomstående personer läste igenom intervjuguiden och gav feedback på innehållet. Då inga oklarheter uppkom gjordes därför inga förändringar. Under intervjuerna uppstod heller inga oklarheter kring intervjuguiden.

Avslutningsvis finns alltid en risk att författarens förförståelse och erfarenheter kan ha haft en påverkan på resultatet. En intervju som "onaturliga" karaktär kan dessutom leda till en viss typ av påverkan av informanternas svar. Detta kallas enligt Bryman (2011) för en



reaktiv effekt. Informanterna kände till att författaren utbildade sig till hälsopedagog vilket kan ha påverkat resultatet. Detta kan ha påverkat dem till att svara på sätt som de trodde förväntades av dem. Författaren har genomgående ställt öppna frågor och aktivt sökt efter informanternas erfarenheter och upplevelser samt försökt få dem att aktivt reflektera kring sin förförståelse. Författaren har även genomgående i processen reflekterat kring sin egen förförståelse och kring det valda ämnet för att inte påverka intervjusituationen och resultatet.

## Slutsats och vidare forskning

Den här studiens syfte var att undersöka individers upplevelser av välmående och rutiner i vardagslivet efter att ha deltagit i en hälsofrämjande intervention. Interventionen innebar att individer i arbetsför ålder fick ta del av fem moduler: fysisk aktivitet, kognitiva färdigheter, kartläggning och samtal, kost och sömn. Individer får under interventionen regelbundna individuella samtal med hälsovägledare, utöva konditions- och styrketräning, delta i sömnskola samt gå på föreläsningar och workshops inom ämnen som berör interventionens alla moduler. Detta som ett hjälpmedel för att komma ut i arbetslivet eller att börja studera. Resultatet visade att interventionen upplevdes som positiv av de sex informanter som var med i studien. De har fått ett förbättrat välmående, skapat nya goda rutiner samt fått ny kunskap. Samtidigt visade resultatet att det även fanns erfarenheter av brister kring interventionen och det framtida livet när interventionen var avslutad och deltagarna skulle försöka upprätthålla de nya vanorna och rutiner de lärt sig om. Framförallt har informanterna fått en förändrad syn på framtiden när det gäller arbets- och studiemöjligheter och samtliga ser nu en ljusare framtid. Med tanke på att det fanns brister i interventionen och det framtida livet för informanterna kan det komma att behövas mer kontinuerligt stöd från personalen i interventionen för att informanterna ska kunna bibehålla de goda vanorna som de skapade under den hälsofrämjande interventionen. Det kan även behövas mer uppföljning av deltagarna efter att de har avslutat den hälsofrämjande interventionen. Deltagarna kan även behöva arbeta mer med sig själva för att öka sin förmåga att de faktiskt klarar av att göra en förändring själva. Framtida forskning bör bland annat beröra detta. Vidare borde framtida forskning innehålla kartläggningar för att ta reda på vad denna målgrupp är i behov av. Detta för att på bästa möjliga sätt kunna utveckla hälsofrämjande interventioner som bidrar till att denna målgrupp får en bättre hälsa. Det finns flera aktörer som arbetar med rehabilitering, exempelvis arbetsförmedlare, försäkrings- och socialtjänstemän, socionomer samt personal inom sjukvården som arbetsterapeuter, psykologer och kuratorer, som med fördel kan ta del av denna uppsats resultat. För att dessa aktörer ska få ta del av denna uppsats kan exempelvis kommunens hemsida och intranät användas för att dela information om uppsatsen. Trots att det behövs mer forskning inom den här målgruppen så har den här studien visat att den hälsofrämjande interventionen upplevs som positiv och har minskat informanternas ohälsa. Detta är betydande för både samhället och folkhälsan genom att ohälsan minskar hos de individer som deltar i dessa hälsofrämjande interventioner. Det gör att den hälsofrämjande interventionen är värd att satsa på. Den här

studien kan förhoppningsvis öppna upp för vidare satsningar på den hälsofrämjande interventionen.

## Referenser

Andersson, I., & Ejlertsson, G. (2009). Folkhälsa – några begreppsdefinitioner. I Andersson, I., & Ejlertsson, G. (red.). *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 17–30.

Aronsson, G. (2012). *Arbets- och organisationspsykologi: individ och organisation i samspel*. Stockholm: Natur & Kultur.

Audhoe, S., Nieuwenhuijsen, K., Hoving, J., Sluiter, J., & Frings-Dresen, M. (2015). 'The effectiveness of the "Brainwork Intervention" in reducing sick leave for unemployed workers with psychological problems: design of a controlled clinical trial', *BMC Public Health*, 15, 1, pp. 1-10, Academic Search Elite, EBSCOhost, viewed 26 February 2017.

Björklund, M., & Paulsson, U. (2003). *Seminarieboken – att skriva, presentera och opponera*. Lund: Studentlitteratur.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101.

Brenninkmeijer, V., & Blonk, R. (2012). 'The effectiveness of the JOBS program among the long-term unemployed: A randomized experiment in the Netherlands', *Health Promotion International*, 27, 2, p. 220-229, Scopus®, EBSCOhost, viewed 25 May 2017.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.

Brülde, B. (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur.

Carlier, B., Schuring, M., Lotters, F., Bakker, B., Borgers, N., & Burdorf, A n.d. (2013). 'The influence of re-employment on quality of life and self-rated health, a longitudinal study among unemployed persons in the Netherlands', *Bmc Public Health*, 13, Science Citation Index, EBSCOhost, viewed 10 January 2017.

Christiansen, C., & Matuska, K. (2006). Lifestyle Balance: A Review of Concepts and Research. *Journal of Occupational Science*, 13, (1), 49-61. doi: 10.1080/14427591.2006.9686570

Denscombe, M. (2014). *The Good Research Guide: For Small-scale Research Projects*. 5. uppl., Maidenhead, Berkshire: McGraw-Hill Education.

Eriksen, H.R., & Ursin, H. (2005). Kognitiv stressteori. I Ekman, R., & Arnetz, B. (red.). *Stress. Individ, samhället, organisationen, molekylerna*. Stockholm: Liber AB, ss.46-55.

Falkstedt, D., & Hemmingsson, T. (2011). *Kunskapsöversikt. Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång (Rapport 2011:11)*. Stockholm: Arbetsmiljöverket. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/halsokonsekvenser-av-arbetsloshet-personalneddragningar-och-arbetsbelastning-relaterade-till-ekonomisk-nedgang-kunskapssammanstallningar-rap-2011-11.pdf>

Fors, F., & Brülde, B. (2012) Varför arbetslösa mår sämre i Lennart Weibull, Henrik Oscarsson & Annika Bergström (red) I framtidens skugga. Göteborgs universitet: SOM-institutet.

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). 'Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness', *Nurse Education Today*, 24, 2, pp. 105-112.

Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). 'Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis', *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)*, 26, 4, pp. 467-475, MEDLINE, EBSCOhost, viewed 25 May 2017.

Hammarström, A., & Janlert, U. (2005). 'An agenda for unemployment research: a challenge for public health' 2005, *Int J Health Serv*, 4, p. 765, SwePub, EBSCOhost, viewed 6 March 2017.

Högskolan i Borås. (2016). *Guide till Harvardsystemet*. <http://hb.diva-portal.org/smash/get/diva2:850239/FULLTEXT06.pdf>

Kvale, S. (2006). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lally, P., Wardle, J., & Gardner, B. (2011). 'Experiences of habit formation: A qualitative study', *Psychology, Health And Medicine*, 16, 4, p. 484-489, Scopus®, EBSCOhost, viewed 17 May 2017.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada.

Levi, L. (2005). Stress – en översikt. Internationella och folkhälsoperspektiv. I Ekman, R., & Arnetz, B. (red). *Stress. Individ, samhället, organisationen, molekylerna*. Stockholm: Liber AB, ss. 56-71.

Limm, H., Heinmuller, M., Gundel, H., Liel, K., Seeger, K., Salman, R., & Angerer, P. (2015). 'Effects of a Health Promotion Program Based on a Train-the-Trainer Approach on Quality of Life and Mental Health of Long-Term Unemployed Persons', *Biomed Research International*, Science Citation Index, EBSCOhost, viewed 10 January 2017.

Liu, S., Huang, J., & Wang, M n.d. (2014). 'Effectiveness of Job Search Interventions: A Meta-Analytic Review', *Psychological Bulletin*, 140, 4, pp. 1009-1041, Science Citation Index, EBSCOhost, viewed 25 May 2017.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet*, 358: 483-488.

McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C., & Kinicki, A. (2005). 'Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study', *Journal Of Applied Psychology*, 90, 1, pp. 53-76, PsycARTICLES, EBSCOhost, viewed 6 March 2017.

Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur AB.

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

Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. 3. uppl., Stockholm: Liber.

Samordningsförbunden i Västernorrland. (u.å.). *Hälsopiloten*. <http://samordningsforbundet.se/sundsvall/projekt/sundsvall-projekt-halsopiloten/> [2017-05-24]

Schuring, M., Mackenbach, J., Voorham, T., & Burdorf, A. (2011). 'The effect of re-employment on perceived health', *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), 7, p. 639, JSTOR Journals, EBSCOhost, viewed 26 February 2017.

Socialdepartementet (2002). *Mål för folkhälsan*. (Regeringens proposition 2002/03:35). Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen. (u.å.). *Ordlista till metodguiden för socialt arbete*. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide/ordlista> [2017-03-06]

Socialstyrelsen. (2014). *Öppna jämförelser 2014 - Folkhälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wisenthal, A., & Krupa, T. (2013). 'Cognitive work hardening: A return-to-work intervention for people with depression', *Work-A Journal Of Prevention Assessment & Rehabilitation*, 45, 4, pp. 423-430, Social Sciences Citation Index, EBSCOhost, viewed 6 March 2017.

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

# Bilaga 1

## Förfrågan om medverkan i studie

### Upplevelser av hälsa och livskvalitet efter deltagande i Hälsopiloten

Du som tillfrågas att delta i studien har deltagit tre månader i Hälsopiloten.

Syftet med denna uppsats är att undersöka individers upplevelser av hälsa och livskvalitet efter att ha deltagit i ett hälsofrämjande pilotprojekt som ett hjälpmedel för att komma ut i arbetslivet eller börja studera.

Medverkan i studien innebär deltagande i en intervju vid ett tillfälle. Intervjun beräknas ta upp till en timme och kommer att dokumenteras med hjälp av ljudupptagning. Allt material skyddas av sekretess och allt textmaterial behandlas så att ingen individ kan kännas igen eller spåras utan sitt medgivande. Material kommer att hanteras anonymt och enbart användas i studiesyfte. Resultatet kommer sammanställas i form av ett examensarbete och kan komma att presenteras i vetenskaplig publikation eller presentation.

Uppgifterna i den slutgiltiga uppsatsen kommer inte kunna härledas till någon enskild individ. För mer information om hantering av dina personliga uppgifter, se särskild bilaga om hur information om Dig behandlas i projektet.

Det färdigställda arbetet kommer finnas tillgängligt vid avdelningen för Arbets- och Folkhälsovetenskap vid Högskolan i Gävle.

Det är frivilligt att delta i studien och när som helst, utan särskild förklaring, kan deltagandet avbrytas. Om personer som tillfrågas inte vill delta eller vill avbryta sitt deltagande kommer detta inte att påverka sedvanligt omhändertagande/behandling.

#### *Samtycke*

Jag har informerats, fått ställa frågor och fått dem besvarade och samtycker till deltagande i studien:

Underskrift:.....

Marie Johnsson  
Student i Folkhälsovetenskap  
ofk14mjs@student.hig.se

Emelie Mälstam  
Adjunkt i Folkhälsovetenskap,  
Emelie.malstam@hig.se

## Bilaga 2

### **Information om hur uppgifter om Dig behandlas i projektet**

#### **Upplevelser av hälsa och livskvalitet efter deltagande i Hälsopiloten**

Hantering av all information som samlas in i detta projekt följer Personuppgiftslagen (PuL). Information som samlas in genom ljudinspelningar och anteckningar kommer att förvaras skilt från kontaktuppgifter. Materialet som samlas in kommer förvaras på ett sätt att obehöriga inte har tillgång till det. Materialet kommer enbart att vara tillgängligt för studenter och lärare som arbetar med projektet.

Du har rätt att få ta del av vilken information som samlats in och sparats om Dig om Du lämnar in en skriftlig begäran.

Ansvarig för hanteringen av information om Dig är Marie Johnsson (Kandidat student) och Emelie Mälstam (Adjunkt och handledare) vid Avdelningen för Arbets- och Folkhälsovetenskap, Akademin för hälsa och arbetsliv, Högskolan i Gävle.

Du kan kontakta oss på telefon eller mail:

Marie Johnsson 0768-XX XX XX / ofk14mjs@student.hig.se

Emelie Mälstam 026-XX XX XX / Emelie.malstam@hig.se

**Stort tack för Din medverkan!**



# Bilaga 3

## **Intervjuguide**

### ***Bakgrundsfrågor***

Ålder?

Civilstatus?

Boendesituation?

Utbildning?

### ***Upplevelser av hälsa och livskvalitet i vardagslivet***

- Hur ser din vardag ut idag?
  - o Vanor, rutiner, sysselsättning, familje- och fritidssysselsättning, hushållssysslor, fysisk aktivitet, sömn, matvanor, socialt umgänge
- Berätta hur din vardag såg ut innan Hälsopiloten?
  - o Vanor, rutiner, Sysselsättning, familje- och fritidssysselsättning, hushållssysslor, fysisk aktivitet, sömn, matvanor, socialt umgänge
- Vad upplever du skapar god hälsa i ditt vardagsliv?
  - o Berätta om saker som får dig att må bra. Kan du ge några exempel?
  - o Berätta om saker som får dig att må sämre. Kan du ge några exempel?

### ***Upplevelser av coping och stöd i vardagslivet***

- Berätta hur det ser ut med socialt stöd i ditt vardagsliv? (Från familj, vänner, myndigheter, hälsopiloten osv)
- Berätta hur du hanterar problem i din livssituation innan du deltog i Hälsopiloten?
- Berätta hur du hanterade problem i din livssituation efter att du deltagit i Hälsopiloten?
- Berätta hur du upplever att du kan påverka och vara delaktig i vad som sker i ditt liv?

### ***Erfarenheter av att delta i Hälsopiloten***

- Vilka förväntningar hade du inför att delta i Hälsopiloten?
- Berätta om hur det var att delta i Hälsopiloten?
  - o Vad har varit bra med att delta i Hälsopiloten?
  - o Vad har varit mindre bra med att delta i Hälsopiloten?
- Vad hade du för mål med att delta i Hälsopiloten?
  - o Vilka mål har du uppfyllt?
  - o Vilka mål arbetar du vidare med?

- Beskriv hur du upplever ditt mående sedan du deltagit i Hälsopiloten?
- Vilken kunskap tar du med dig från att ha deltagit i Hälsopiloten?
- Vilka färdigheter tar du med dig från att ha deltagit i Hälsopiloten?

***Upplevelser av möjligheter i framtiden efter deltagande i Hälsopiloten***

- Hur ser du på framtiden, sedan du deltagit i Hälsopiloten?
- Hur ser du på framtida jobbmöjligheter/studiemöjligheter sedan du deltagit i Hälsopiloten?
- Finns det något mer du vill berätta om?
- Finns det något du vill lägga till?
- Har du några frågor