



Evaluering af Marmormolen in motion

Proces- og resultatevaluering

Schultz, Casper Siebken; Jørgensen, Kirsten

Publication date:
2013

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link back to DTU Orbit](#)

Citation (APA):

Schultz, C. S., & Jørgensen, K. (2013). Evaluering af Marmormolen in motion: Proces- og resultatevaluering. Department of Management Engineering, Technical University of Denmark. (DTU Management Engineering Rapport; Nr. 2. 2013).

DTU Library

Technical Information Center of Denmark

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Marmormolen in motion

Proces- og resultatevaluering



Rapport 2.2013

DTU Management Engineering

Casper Siebken Schultz
Kirsten Jørgensen

Marts 2013

Marmormolen in Motion

Proces- og resultatevaluering

Rapport 2.2013

Af

Casper Siebken Schultz

Kirsten Jørgensen

Copyright: Hel eller delvis gengivelse af denne publikation er tilladt med kildeangivelse

Marmormolen in Motion layout: Simtja Grafik

Fotos: Marmormolen in motion/Teknologisk Institut

Udgivet af: DTU Management Engineering, Produktionstorvet, Bygning 424,
2800 Kgs. Lyngby

Rekvireres: www.man.dtu.dk

Forord

Denne rapport udgør proces- og resultatevaluering for sundhedsfremmeprojektet *Marmormolen in Motion* (MMIM), der er gennemført med støtte fra Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse. MMIM er udført blandt timelønnede i anlægs- og nedrivningsbranchen med Per Aarsleff A/S (Aarsleff) som projektejer i samarbejde med G. Tscherning A/S (Tscherning) – og med Teknologisk Institut (TI) som projektleder. Danmarks Tekniske Universitet (DTU) varetager evalueringen.

Rapporten indledes med en sammenfattende konklusion. Herefter følger hovedrapporten, startende med et indledende kapitel efterfulgt af evalueringens metodiske refleksioner. Herefter følger kapitler med hhv. resultatevalueringen (primært kvantitativ undersøgelse), procesevalueringen (primært kvalitativ undersøgelse) og ledelse af MMIM efterfulgt af evalueringens bilag. Reference-liste er placeret bagerst i rapporten.

Dele af hoveddokumentet er kondenseret fra bilagene, og der kan forekomme tekstmæssige overlap mellem hoveddokument og bilag. Hoveddokumentet tilstræbes at kunne fungere uafhængigt, hvorfor henvisninger til dokumentation i bilag vil være begrænsede.

God læselyst.

Casper Siebken Schultz

DTU Management Engineering

Kgs. Lyngby, marts 2013

Indhold

FORORD	I
INDHOLD	II
SAMMENFATTENDE KONKLUSION	V
1 INDLEDNING	1
1.1 MMIM ORGANISATION	2
1.2 TIDSMÆSSIG UDVIKLING – OVERBLIK	3
1.3 EVALUERINGEN	3
1.4 MÅLSÆTNING FOR MMIM	4
2 METODE	5
2.1 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN	5
2.2 DE FYSISKE SUNDHEDSTJEK	5
2.3 PROCES-EVALUERING	6
3 RESULTATEVALUERING	7
4 PROCES-EVALUERING	9
4.1 MÅLGRUPPEN – DE TIMELØNNEDE	9
4.2 RESULTATER	10
4.3 FRIVILLIGHED OG MEDINVOLVERING	11
4.4 SUNDHEDSTJEK	12
4.5 MASSAGE, MCKINSEY-ØVELSER OG CXWORKS	13
4.6 MANDAGSMØDER, VIDENSOPLÆG OG HANDLEKOMPETENCER	13
4.7 FORMÆNDENES ROLLE – FORGANGSMÆND ELLER BARRIERER?	15
4.8 SOCIAL OG VISUEL IDENTITET OG KOMMUNIKATION	16
4.9 OMKOSTNINGER FOR PRODUKTIONEN.	17
5 LEDELSE AF MMIM	19
5.1 BYGGEKONTEKST, KONSULENTER OG MÅLSTYRING	19
5.2 PLANEN OG PROCESSTØTTE	20
5.3 LEDELSESMÆSSIG OPBAKNING OG STYREGRUPPENS ROLLE	21
6 AFRUNDING	23
7 BILAG A: METODER OG AKTIVITETER FOR MMIM	25
8 BILAG B: SPØRGESKEMA 1; FORMULERING OG OPBYGNING	33
8.1 INDLEDNING	33
8.2 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSER GENERELT	34
8.3 BEGREBSAFKLARING – I FORHOLD TIL MÅLSÆTNINGER	37

8.4	OPBYGNING AF SPØRGESKEMAET	42
8.5	UDVÆLGELSE AF SPØRGSMÅL	47
8.6	AFRUNDING	48
8.7	PRÆSENTATION AF SPØRGESKEMAET	48
9	BILAG C: METODEOVERVEJELSER FOR EVALUERINGEN	53
9.1	SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN	53
9.2	DE FYSISKE SUNDHEDSTJEK	55
9.3	PROCESEVALUERING	56
10	BILAG D: SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE 2; DATA	59
11	BILAG E: SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE 3; ANALYSE	71
12	BILAG F: DATA FRA FYSISKE TESTS FRA ALECTIA	93
13	BILAG G: AKTIVITETER I MMIM	113
14	BILAG H: OPLÆGSHOLDERE PÅ MANDAGSMØDER	117
15	REFERENCER	119

Sammenfattende konklusion

Sundhedsfremmeprojektet *Marmormolen in Motion* (MMIM) er udført blandt timelønnede i anlægs- og nedrivningsbranchen med støtte fra Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse. Per Aarsleff A/S (Aarsleff) er projektejer og samarbejder med G. Tscherning A/S (Tscherning) - med Teknologisk Institut (TI) som projektleder.

Rapportens resultatorienterede del vurderer på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse projektets resultater op imod projektets formulerede resultatmål i en kvantitativ analyse. Den procesorienterede del baseres primært på interview på alle niveauer i projektorganisationen kombineret med dokumenter og data fra den resultatorienterede del - i en kvalitativ analyse.

Analysen af spørgeskemaerne fremhæver, at som følge af MMIM har:

- I omegnen af 30 % oplevet *et fysisk sundhedsløft*, svarende til 75 % af målsætningen.
- 20-25 % oplevet *et psykisk sundhedsløft*, svarende til 40-50 % af målsætningen.
- 46-59 % oplevet *forøget motivationen for en sundere livsstil*, svarende til ~150-200 % af målsætningen

Dvs. at målsætning 1 og 2 kun delvist er opfyldt, mens målsætning 3 i høj grad overstiger målsætningen. Resultater fra en række fysiske tests antyder dog, at det fysiske sundhedsløft er vurderet i underkanten i spørgeskemaanalysen. Projektparterne fremhæver, at succeskriterierne blev lavet på et tidspunkt, hvor man ikke havde erfaringer med, hvad man reelt kunne opnå, hvorfor målopfyldelse er mindre interessant. Datagrundlaget for resultatanalysen er begrænset blandt andet som følge af, at evalueringens strategi med før- og eftermålinger ikke blev efterlevet af MMIM-projektledelsen og evalueringstrategien måtte ændres. Konklusionerne må ses i dette lys.

Der har været en målbar effekt på alle tre parametre, med størst effekt for motivation for en sundere livsstil, en noget mindre – men fortsat markant – effekt for den fysiske sundhed, og mindst målbar påvirkning af den psykiske sundhed. En gruppe har som følge af MMIM besluttet ændret deres livsstil mod den sundere, hvor effekten synes at række langt ud over projektets tidshorizont. På den lange bane kan dette have store økonomiske konsekvenser for såvel virksomheden som samfundet. Markant er det, at interviewene også afslører, at selv eksplicitte modstandere mod træning og andre aktiviteter i arbejdstiden alle var påvirket af MMIM i én eller anden grad, når man spurgte ind til det – selvom de ikke ville vedgå det i første omgang.

Det tegner sig for evalueringen, at målgruppen i forhold til at benytte MMIM's *fysiske tilbud* har strakt sig bredt ud over et spektrum, men primært kan inddeles i tre hovedgrupper, (hvor den mellemste igen kan adskilles i to):

1. **"Superbrugerne"**. De overpositive – og aktive i mange aktiviteter.
2. **"Det store flertal"**. En mellemgruppe fordelt på:
 - Dem der brugte de fysiske tilbud sporadisk.
 - Dem, der gerne ville, men som er forhindret pga. arbejdspress, produktionsbehov eller manglende opbakning.
3. **"Den svære gruppe"**. Dem, der ikke benyttede de fysiske tilbud overhovedet og ikke vil ændre sig – eller er bange for det.

Markant er det også, hvor meget højere motivationen for en sundere livsstil er, end målet var. Det peger imod, at en række af aktiviteterne med vidensoplæg og handlekompetencer har haft en effekt og fremhæver effekten af at have et markant sundhedsfremmende initiativ på pladsen.

Evalueringen dokumenterer, at det kræver en bredere indsats at skabe markante resultater, der kombinerer hensynet til det fysiske, psykiske og motivationen for en sundere livsstil. De fysiske aktiviteter fungerer ikke i kraft af sig selv, men er forsat et centralt element.

Projektet kan i kraft af de mange muligheder ses som *det forkromede sundhedsfremmeprojekt*. I kraft af dette kan det også ses som en prøveballon for disse muligheder – hvilket har kompromiteret effektiviteten. Det har imidlertid givet viden om nogle håndgribelige indsatser i den aktuelle kontekst. Dette står i kontrast til, at projektbeskrivelsen opererer med resultatmål.

Indsatsen synes desuden at have haft en række indirekte sideeffekter, der er sværere at dokumentere eksempelvis;

- Nogle begynder at motionere i fritiden (men vil ikke i arbejdstiden).
- En svoren ”ikke-bruger” der skifter fra cigaretter til e-smøger.
- Aktive brugere ændrer også vanerne hjemme hos familien.
- Sociale diskussioner på byggepladsen efter *de gode* vidensoplæg, etc.

Projektbeskrivelsen beskriver en række udfordringer ved at udføre et sundhedsfremmeinitiativ i den givne kontekst, herunder målgruppens karakteristika (fx at de ikke mener, at træning er nødvendigt, da de er aktive hele dagen), målgruppens generelle udfordringer (hårdt fysisk arbejdsmiljø med dårlige arbejdsstillinger og tunge løft), ikke-stationære arbejdspladser og mange ”udstationerede” arbejdere (bor i skurbyer/campingvogne).

Imidlertid synes den største barriere at være MMIM-projektorganisationens interne udfordringer; at placere sundhedsfremmeprojektet i konteksten af et anlægs-/byggeprojekt samt den indledende indbyrdes afstemning. Eksempelvis:

- Forskellige opfattelser mellem MMIM-projektledelse og virksomheder om muligheder, mål og virkemidler indenfor bevillingens rammer.
- Eksisterende hierarkier og praksisser i byggeorganisationen.
- Interessekonflikter og ønske om indflydelse fra eksterne konsulenter.

Projektledelsen og/eller styregruppen har ikke evnet at afstemme roller og ansvar i projektet, hvilket har ført til kontinuerlig forhandling og magtpositionering blandt såvel styregruppe, MMIM-projektledelse, entreprisledelse, formænd som eksterne konsulenter. Konkret er læringen, at der ved projektetablering i lignende miljøer bør være en klar afstemning og kommunikation af roller og ansvar i projektet, ligesom der bør være en klarere kommunikation af målstyring. Det sidste strider imidlertid delvis mod ønsket om den store valgfrihed/brugerinddragelse.

Procesledelsesmæssigt har MMIM-projektet været kendetegnet ved to halvdele, skiftende hvor byggesagen Marmormolen gik markant op i bemanding, og MMIM også gik op i kadence til ”fuld drift”. Første periode var kendetegnet ved den personlige kontakt på byggepladsen, mens projektledelsesopgaven i anden halvdel var præget af struktureret procesledelse og koordinering – og

mindre personlig kontakt. Dette er blevet betegnet som problematisk, men må qua ressourcebelastningen siges at være det maksimale, man kan forvente på basis af projektbudgettet.

En læring synes imidlertid at være, at skal man have fat i den gruppe, der har været sværest at nå, skal der fokuseres på den daglige personlige kontakt. MMIM har ikke ressourcemæssigt arbejdet med personlige handleplaner, men indeholder alligevel læring om at inddrage de sværeste grupper. Fx udpeges massage som en konkret mulig katalysator og indgangsvinkel til fysiske aktiviteter, og i et helhedsorienteret sundhedsperspektiv, der understøttes af viden og handlekompetencer. Der er en større gruppe personer, der fortsat udestår et arbejde med. Enten i forhold til at fastholde en udvikling eller yderligere motivere – for ikke at falde tilbage til "normalen".

Marmormolen in Motion synes at have været succesfuldt på en række punkter, selvom projektet ikke opnår alle resultatmål, og indsatsen muligvis ikke har realiseret potentialet i forhold til resultateffektivitet. For målgruppen synes succeserne allermest at være på det individuelle plan, de personlige historier, hvor der er nogle, der har fået ændret deres liv. For andre er ændringerne mindre, men alle synes påvirket i en vis grad – selvom ikke alle har opdaget det. Samtidig er det måske netop fordi, man har tilladt de mange valgmuligheder – som et kompromis med effektiviteten – at man har skabt den vigtigste læring. Både i forhold til en helhedsorienteret tilgang til sundhedsløft, indsigten i konkrete aktiviteter, erfaringer med projekt- og procesplanlægning – ledelse og – styring i den konkrete kontekst etc. På denne måde vurderes MMIM til at blive et fundamentalt bidrag for læring på kommende sundhedsfremmeaktiviteter i projektbaseret produktion. Ikke på effektiviteten, men i forhold til at skabe viden, der kan gøre arbejdet mere effektivt fremover. Det har givet viden om nogle håndgribelige muligheder og indsatser – der skal kommunikeres til arbejdsmiljøorganisationerne i virksomhederne, hvis det skal have en virkning på sigt. Der bør være en erfaringsudveksling fra MMIM i forhold til, hvad der virker og ikke gør, såvel strategisk, processuelt som konkret i forhold til aktiviteter. Der er i særdeleshed en række lavt hængende frugter. Markante resultater af MMIM er læringen om:

- Sammenhæng med produktionen
 - o Træning i udkanten af produktionen (fx delt betaling af tiden).
 - o Obligatoriske aktivitetstider – så enkeltpersoner ikke træder ud af produktionen.
- Kombination af fysiske aktiviteter, men også vidensoplæg og individuelle forløb.
- Massage, McKensey-øvelser og sundhedstjek mm. som motivation/indgangsvinkel.
- Formænd, entreprenører og sikkerhedsrepræsentanter som tovholder - med beføjelser.
- Det kræver fortsat en bredere indsats end bare det fysiske.
- At have eksterne konsulenter involveret skaber forpligtelse for de involverede parter
 - o Konsulenter i dette miljø kræver specielle personlige egenskaber.
- Kommunikation – visuel identitet - der lykkes med at samle projektet.
- Læring omkring mulighederne for at lave sundhedsfremme.
- Læring om ledelse af sundhedsfremmeprojekter.
- Samt en række forskellige metodiske indsigter der kan anvendes fremadrettet.

Dette kræver indledningsvis, at budskabet kommunikeres til bl.a. arbejdsmiljøorganisationerne. Læringen vurderes desuden at kunne anvendes langt ud over de involverede virksomheder. Det

kræver en bredere indsats – et bredere blik på arbejdsmiljøet. I den sidste ende er det altid et spørgsmål, om hvad virksomhederne har mulighed for og er villige til at investere i arbejdsstyrken.

1 Indledning

Sundhedsfremmeprojektet Marmormolen in Motion retter sig specifikt mod det timelønnede anlægs- og nedrivningsmandskab hos Aarsleff og Tscherning på byggesagen Marmormolen. Disse omtales i rapporten kort som målgruppen og er ofte ufaglærte hvor mange er udstationerede. MMIM henvender sig mod sundhedsfremme på skiftende arbejdspladser - her specifikt på en byggeplads med skiftende bemanning. Formålet er *"at forbedre sundheden hos deltagerne samt at udvikle en metode til implementering af sundhedsfremme på byggepladser således, at antallet af livsstilssygdomme og tidlige tilbagetrækninger fra arbejdsmarkedet reduceres"* (projektansøgningen). MMIM har på mange måder været nyskabende. For de konkrete erfaringer fra MMIM henvises endvidere til aktivitetssamlingen *"Sundhedsfremme – hvordan kan det gøres?"* (Aarsleff, Tscherning og Teknologisk Institut, 2013).



Arbejdsdag på Marmormolen-projektet.

MMIM har været en *forkromet* model, hvor meget var muligt, så længe det var realistisk i fremtidige projekter, og det har derfor været en unik mulighed for at skabe læring om, hvad der fungerer godt og mindre godt. Her har også en række af aktørerne, der var involveret i evalueringen, bidraget med forslag til muligheder for læring af forløbet.

For en gennemgang af projektets metoder og aktiviteter henvises til "BILAG A: Metoder og aktiviteter for MMIM", side 25". Bilaget er udarbejdet af Teknologisk Institut. I det følgende beskrives således kun de overordnede principper.

Projektet har taget afsæt WHO's definition af sundhed og i et bredt sundhedsbegreb, som definerer sundhed som 'en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og social velbefindende' - og ikke blot fravær af sygdom og svækkelse ("BILAG A: Metoder og aktiviteter for MMIM", side 25").

For at opnå resultater inden for målgruppen arbejdes med tre indgangsvinkler, i form af aktiviteter der knytter sig til hhv.

1. Praktik: Praktisk afprøvning af en given aktivitet (fx kost) - og motion.
2. Viden: Teoretisk viden om relevante emner.
3. Handlekompetence: Udvikling af deltagerens evne til at optimere eget liv og livsvaner (empowerment).

Vidensoplæg og aktiviteter om handlekompetencer foregik på de obligatoriske 'mandagsmøder', der var et centralt omdrejningspunkt for MMIM også i forhold til kommunikation m.m. Motion bliver i denne sammenhæng betragtet som et praktisk tiltag.

En præmis for projektet var, at målgruppen kunne udføre aktiviteterne i arbejdstiden – hvor den tabte arbejdstid blev betalt af projektbevillingen. Samtidig kan MMIM anses som unikt i forhold til muligheden for at ønske og vælge aktiviteter, om end der fra styregruppen og MMIM-projektledelsen var fokus på *realisme* i udvælgelse af aktiviteter; der skulle være en mulighed for, at det også kunne gennemføres uden fondsmidler.

1.1 MMIM organisation

Projektet har været organiseret omkring byggeprojektet med en styregruppe, MMIM-projektledelse, projektkonsulenter på vidensoplæg og aktiviteter, projektejer (Aarsleff entrepri- seleder) og målgruppen i form af de timelønnede. Aarsleff er formelt projektejer. Der skelnes mellem projektledelsen for sundhedsfremmeprojektet, kaldet *MMIM-projektledelsen*, og ledelsen af selve byggeprojektet, kaldet *byggeprojektledelsen*.

Teknologisk Institut (TI) har været ansvarlige for MMIM-projektledelsen. Primære personer har været MMIM's projektleder og en projektkonsulent, refereret til som *TI projektkonsulent*, der har stået for den daglige projektstyring og -koordinering. Undervejs i processen gik den oprindelige projektkonsulent på barsel og blev erstattet med én ny projektkonsulent, der varetog opgaven herfra og helt til projektets afslutning.

Styregruppen har bestået af en repræsentant fra hver af de to virksomheder, Tscherning og Aarsleff, projektlederen fra TI samt eksterne konsulenter fra hhv. Alectia og indledningsvis Implement. Til visse møder havde TI projektkonsulent og byggeledelsens primære ankerperson mulighed for at deltage. Styregruppen har primært varetaget den strategiske projektledelse for MMIM.

Den operationelle planlægning og ledelse af MMIM har været organiseret omkring primært TI projektkonsulent, byggeledelsen (herunder formændene), og en række centrale konsulenter primært fra Alectia, men undervejs også fra Implement mfl. Der er typisk afholdt et formandsmøde/planlægningsmøde for MMIM på byggepladsen en gang om måneden med disse parter.

Hos byggeledelsen har MMIM været forankret hos en entrepri seleder hos Aarsleff, der formelt er projektejer, og formændene, der er blevet nøglepersoner i forhold til at inddrage og engagere målgruppen, jf. "BILAG A: Metoder og aktiviteter for MMIM" side 25, men også repræsenterer en barriere i forhold til spændingen mellem at der skal produceres på byggeprojektet, og om de time- lønnede kan gå fra til de forskellige aktiviteter i arbejdstiden. Samtidig har Aarsleffs byggeprojekt- sekretær været involveret i meget af den praktiske planlægning herunder planlægningsmøderne.

” For en gang skyld har der været en positiv udfordring i hverdagen, hvor man i bygge- branchen altid er beskæftiget med brandslukning, negative udfordringer og problemer.

Entrepriseleder om MMIM.

Vidensoplæg og aktiviteter er udført af en kombination af gennemgående konsulenter på fx de fy- siske aktiviteter, sundhedstjek, handlingskompetence, mellemmåltider, massage mm., mens en række af vidensoplæggene blev varetaget af skiftende konsulenter – dog ofte fra Alectia, jf. "BILAG H: Oplægsholdere på mandagsmøder" side 117.

1.2 Tidsmæssig udvikling – overblik

Sundhedsfremmeprojektets tidsplan er tæt forbundet med byggeprojektets tidsplan. Centrale tidspunkter er:

Dato	Handling	Kommentar
December 2010	Endeligt tilsagn fra fonden.	
Juli 2011	Projektstart udskydes.	Bemanding og opgaver er anderledes end forventet, så opstart af projekt ikke er mulig.
Juli - december 2011	Projektstart Implementering af bl.a. motionstilbud. Fokus på etablering af projektet og indhentning af forslag til aktiviteter fra de timelønnede.	Bemandingen på byggepladsen er lav.
Jan - marts 2012	Ny projektleder fra TI. Aktivitetsplan frem til dec. 2012 fastlægges.	Nedrivning af Unicef-bygningen udskydes. Stadig ikke høj bemanding.
26. marts 2012	MMIM Kick-off.	Pga. opmænding på pladsen og ny aktivitetsplan afholdes et Kick-off.
Marts - juni 2012	10 forskellige tiltag fra plan afvikles.	
August – December 2012	16 forskellige tiltag fra plan afvikles. Herunder aktiviteter for de udstationeret og kursus om handlekompetence.	Nedrivning af Unicef-bygning. Høj bemanding på pladsen.
18. december 2012	Afslutning på pladsen.	
Januar – Marts 2012	Evaluering og videreformidling af resultater.	

Tabel 1: MMIM centrale tidspunkter (udarbejdet af TI)

1.3 Evalueringen

Evalueringens opdrag er at evaluere resultaterne hhv. processen. Det første er gjort på baggrund af kvantitative data – primært i form af spørgeskemaer. Det andet er baseret på kvalitativt data og metoder – primært i form af interviews sekundært skriftligt baggrundsmateriale. Evalueringen er begrænset ressourcemæssigt og retter sig stringent mod dette opdrag. Evalueringen afgrænser sig således fra en række relaterede diskussioner, der ellers kunne være interessante at tage.

Evaluering fokuserer som udgangspunkt på forskningsprojektets målsætninger og søger derfor ikke i sig selv at mobilisere forretningsorienterede argumenter for sundhedsfremme – der må komme som en naturlig konsekvens af de eventuelt positive resultater. Den oprindelige plan og strategi for evalueringen med før- og eftermålinger blev ikke efterlevet af MMIM-projektledelsen, hvorfor evalueringsstrategien måtte ændres, hvor spørgeskemaundersøgelsen blev reduceret til ét afsluttende spørgeskema.

1.4 Målsætning for MMIM

Primært i forhold til resultatevalueringen, bliver projektets målsætninger relevante – men også i forbindelse med procesevalueringen. Fra projektansøgningen findes følgende formål og succeskriterier for projektet:

Projektets formål/succeskriterier

Projektets formål er at forbedre sundheden hos deltagerne samt udvikle en metode til implementering af sundhedsfremme på byggepladser således, at antallet af livsstilssygdomme og tidlige tilbagetrækninger fra arbejdsmarkedet reduceres. Nøglepunkter for projektet er:

Forbedre deltagerens trivsel.

- 40 % af deltagerne skal opleve et fysisk sundhedsløft bl.a. på vægt, blodtryk, kondi- og kolesteroltal m.m.
- 50 % af deltagerne skal opleve et psykisk sundhedsløft inden for områder såsom mere overskud, bedre humør hjemme og ændret holdning til sundhed og livsstil.
- 30 % af deltagerne oplever en forøget motivation for en sundere livsstil gennem medinddragelse i projektet.
- Formidle resultaterne til moderselskaberne løbende for at udbrede viden om projektets formål og dermed skabe forankring.
- Opbygge metodebeskrivelse for implementering af sundhedsfremme for denne organisationstype.

Der refereres til disse som projektets *resultatmål*. Evalueringen fokuserer specifikt på at måle på de tre første, men resultaterne kan desuden blive relevante i forbindelse med det sidste punkt. Desuden sigter evalueringen også på at evaluere forskningsprojektet bredere i forhold til metoder og proces.

Det første punkt relaterer sig til såvel spørgeskemaundersøgelsen som til konkrete, kvantitative resultater af de fysiske tests foretaget af Alectia. Man kan pege på, at der er en modsætning mellem begrebet "opleve" – som et subjektivt mål – og målværdierne formuleret som "vægt, blodtryk, kondi- og kolesteroltal", der ret beset er objektive værdier fundet ved konkrete målinger. Pragmatisk løses dette dilemma ved, at evalueringen konkluderer samlet på såvel de subjektive oplevelser fra spørgeskemaer som data fra fysiske tests.

De to efterfølgende punkter relaterer sig til den subjektive oplevelse af psykisk sundhed og motivation for sundhed og afdækkes alene ved spørgeskemaer.

2 Metode

Metodekapitlet kondenserer de centrale pointer kort fra "BILAG C: Metodeovervejelser for evalueringen" side 53. Analysen indeholder både kvalitative og kvantitative data, hvor de centrale empiriske elementer i analysen har været:

- Henvendt mod de kvantitative målsætninger:
 - Spørgeskemaundersøgelse
 - Data fra fysiske tests (vægt, blodtryk, kondi- og kolesterol tal mm.)
 - Opfølgende interviews
- Evaluering af forskningsprojektets metode og proces:
 - Interviews, dokumenter og delvist observationer

2.1 Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen er konkret planlagt for at måle på resultatmålene i projektet og holdes herefter op imod de formulerede målsætninger i projektbeskrivelsen.

Spørgeskemaerne blev udfyldt anonymt ved et obligatorisk morgenmøde i december 2012 i byggepladsens café på Marmormolen. Målgruppen var primært de timelønnede fra Aarsleff og Tscherning, men også formændene deltog, da de også har deltaget i mange af aktiviteterne. MMIM-projektledelsen vurderede ved spørgeskemaundersøgelsens udførsel, at der i forbindelse med afslutningen af byggeprojektet var en stor gruppe deltagere, der var relativt nye på projektet (opmanding i forbindelse med aflevering) og derfor med stor sandsynlighed påvirker resultaterne i en negativ retning.

I alt blev 47 udfyldte spørgeskemaer med 35 spørgsmål indsamlet. Heraf er for de enkelte spørgsmål typisk 37-40 spørgeskemaer udfyldt korrekt, så de kan anvendes i analysen. Datagrundlaget for resultatanalysen er yderst begrænset og behæftet med betydelige usikkerheder. Konklusionerne må således ses i dette lys. Det hænger blandt andet sammen med, at evalueringen måtte ændres og analysen derfor udelukkende baseres på et afsluttende spørgeskema.

For de to første kvantitative målsætninger korrelerer resultaterne rimeligt. Da samme spørgsmål stilles to gange under målsætning 3, giver det imidlertid rimeligt forskellige svarresultater (hhv. 59 % og 46 %), hvilket viser, at pålideligheden ved målingerne er begrænsede. Med henblik på det begrænsede antal besvarelser og den begrænsede pålidelighed kan datamaterialet ikke bære mere, end at konklusionen betragtes som indikatorer. Den samlede konklusion må ses fra kombinationen af de forskellige elementer i analysen – og ikke spørgeskemaanalysen alene.

2.2 De fysiske sundhedstjek

Alectia har på MMIM udført en række fysiske sundhedstjek på i alt 68 personer. 17 personer blev tjekket minimum 2 gange, mens 51 personer blev testet én gang. I forhold til resultatmålene er det gruppen på de 17, der primært er interessante, da man kan betragte en udvikling over tid. Det må dog betegnes som et spinkelt datagrundlag, og også her er vægten af konklusionerne begrænset.

Fra formuleringen af målsætningen, der relaterer sig til brugernes oplevede fysiske sundhedsløft, kan man pege på, at de fysiske tests skal have en vis vægt i forbindelse med den endelige vurdering af dette spørgsmål.

De fysiske tests var som udgangspunkt frivillige. Der er derfor stor sandsynlighed for en vis bias i testgruppen i forhold til at være mere tilbøjelige til at anvende de fysiske aktiviteter i MMIM end gennemsnittet af hele målgruppen – også selvom der er gjort en aktiv indsats for at opfordre alle til at deltage. Denne bias er antageligt endnu mere udtalt blandt gruppen, der har deltaget i to sundhedstests.

2.3 Procesevaluering

Procesevalueringen er afdækket primært på baggrund af en række semistrukturerede interviews, og sekundært gennem observationer og dokumentanalyse. Evalueringen udføres mere som punktnedslag; pga. projektets udstrækning er det ikke realistisk, at være involveret i hele perioden, og risikoen er, at evalueringen ikke opnår tilstrækkelig *aktuel tyngde*. I tabellen ses en oversigt over interviews i evalueringen.

Marmormolen in Motion – Interview		Rolle i MMIM				
Aktør/gruppe	Antal i alt	Styregruppe	MMIM projektledelse	MMIM aktiviteter mm.	Byggeledelse	Målgruppe
Styregruppemedlem – Aarsleff	1	X				
Projektleder - TI (også styregruppe)	1	X	X			
TI projektkonsulenter	~4		X			
Alectia projektkonsulent	2			X		
2 fitnessinstruktører	2			X		
Entrepriseleder – Aarsleff	1				X	
5 formænd (Aarsleff og Tscherning)	5				X	(X)
13 timelønnede (Aarsleff og Tscherning)	13					X
Total	29					

Tabel 2: Oversigt over interviews inkluderet i evalueringen.

For de timelønnede blev interview gennemført med repræsentanter fra såvel aktive brugere, delvist aktive og "ikke-aktive" i MMIM. Evalueringen leverer primært et retrospektive andenhånds indtryk; subjektive tolkninger af subjektive tolkninger (dobbel hermeneutik). Evalueringen præsenterer snarere en række oplevede tendenser og tolkninger end alle nuancer af alle spørgsmål, der kunne have været relevante. Et metodisk udvælgelseskriterium er derfor, at de præsenterede argumenter som minimum skal være fremhævet af to eller flere kilder – primært fra forskellige aktørgrupper.

3 Resultatevaluering

Den kvantitative analyse, resultatevalueringen, kondenserer kort de centrale pointer fra "BILAG E: Spørgeskemaundersøgelse 3; Analyse" side 71.

Ifølge spørgeskemabesvarelsen har i omegnen af 30 % oplevet et fysisk sundhedsløft som følge af MMIM med en forventet negativ bias fra testgruppens sammensætning. Fra formuleringen af målsætningen, der relaterer sig til brugernes oplevede fysiske sundhedsløft, kan man pege på, at de fysiske tests skal have en vis vægt i forbindelse med den endelige vurdering af dette spørgsmål. Resultaterne ligger her fra 12 % (blodtryk) til 76 % (kondital) fordelt over i alt seks fysiske mål, med et gennemsnit på 46 %. Reelt kan man argumentere for, at alle 76 %, der har forbedret deres kondital, reelt har oplevet et fysisk sundhedsløft. Forbedringerne blandt de 17 testpersoner ses generelt at ligge højere end niveauet fra spørgeskemaerne, men positiv bias ved testgruppen begrænser anvendelsen af disse data. Hvis resultaterne alligevel skal benyttes som en indikator for resultatmålene, synes det at pege i den positive retning.

Analysen peger på, at 20-25 % ifølge spørgeskemabesvarelsen har oplevet et psykisk sundhedsløft som følge af MMIM. De fysiske test underbygger ikke dette resultatmål direkte og anvendeligt.

Analysen peger på, at 46-59 % ifølge spørgeskemabesvarelsen har forøget motivationen for en sundere livsstil som følge af MMIM. Det er heller ikke uvæsentligt, at spørgeskemaet afslører – trods usikkerhederne – at 13 % (5 personer) føler sig mere udhvilede, 15 % (6 personer) drikker mindre alkohol og 13 % (5 personer) ryger mindre end før – som følge af MMIM. Det er umiddelbart et begrænset antal personer, men set i forhold til den begrænsede antal respondenter i det hele taget, har MMIM i hvert fald haft en konkret betydning for nogle. Spørgsmål ved de fysiske tests henvendte sig mod vaner og motivation i forbindelse med en personlig handleplan, men grundet den stærke bias, kan data ikke anvendes i resultatmålingen.

De fysiske tests fremhæver samtidig, at der er en stor gruppe rygere, hvor der fortsat er et potentiale i at sætte ind med hjælp til at stoppe. Endnu mere markant er det, at 33 % gennemsnitligt drikker over sundhedsstyrelsens anbefalede mængde alkohol ugentligt. Samtidig er der et meget lille ønske om at ændre alkoholvaner (3 %), så dette er også et relevant muligt fremtidigt indsatsområde.

Kun 34 % (14 personer) peger på, at MMIM ikke har påvirket hverken deres fysiske eller psykiske sundhed eller motivation for en sund livsstil. Dette peger på, at indsatsen generelt har ramt målgruppen bredt – i en eller anden form. Der er i resultatmålene imidlertid ikke opstillet et mål for, hvor bredt indsatsen generelt ønskede at ramme.

Sammenfattende viser analyserne af data i forhold til de tre resultatmål følgende:

Marmormolen in Motion – opsamling i forhold til resultatmål		Spørgeskemadata	Målsætning
Mål	Spm.		
Mål 1	... deltagerne skal opleve et fysisk sundhedsløft		
	Spørgeskema-analyse:	~30 %	75 %
	Data fra fysiske tests:	~12-76 %	30-190 %
Mål 2	... deltagerne skal opleve et psykisk sundhedsløft inden for områder såsom mere overskud, bedre humør hjemme og ændret holdning til sundhed og livsstil.	20-25 %	40-50 %
Mål 3	... deltagerne oplever en forøget motivation for en sundere livsstil gennem medinddragelse i projektet.	46-59 %	~150-200 %

Tabel 3: Opsamling på spørgeskemaanalyse.

Helt nøgternt set kan man konkludere, at målsætning 1 kun delvist er opfyldt fra spørgeskema-analysen, men resultaterne fra de fysiske tests antyder, at dette resultat nok er i underkanten. Samtidig må det fremhæves, at specielt resultatmål 1 er formuleret tvetydigt, idet det kombinerer subjektive og objektive delresultater, så det vil ikke være muligt at komme med et specifikt tal for det realiserede niveau som følge af MMIM. Man kan dog pege på, at mht. til de fysiske elementer er resultatet trods alt ikke så langt fra målsætningen.

Man kan se, at målsætning 2, det psykiske sundhedsløft, derimod ligger længere fra målsætningerne. Målsætning 3, forøget motivation for en sundere livsstil, overstiger derimod i høj grad målsætningen.

På trods af at ét, muligvis to, af tre af projektets kvantitative målsætninger ikke er opfyldt, er det imidlertid centralt, at der opleves en række effekter som følge af MMIM, specielt på motivation og vaner, men også fysiske sundhedsløft og delvist psykisk sundhedsløft.

Det fremhæves fra projektparterne efterfølgende, at succeskriterierne blev lavet på et tidspunkt, hvor man ikke havde erfaringer med, hvad man reelt kunne opnå - og på den ene side derfor i sig selv var et eksperiment, men samtidig også var sat ambitiøst for at motivere de bedst mulige resultater. Dette medfører altså, at det er mindre interessant – og relevant - at snakke om, i hvor høj grad de definerede målsætninger er opfyldt. Den mest interessante konklusion synes således at være, at der har været en målbar effekt på alle tre parametre, med størst effekt for motivation for en sundere livsstil, en noget mindre – men fortsat markant – effekt for den fysiske sundhed, og mindst målbar påvirkning af den psykiske sundhed.

4 Procesevaluering

I det følgende præsenteres evalueringens procesorienterede del. Visse dele inddrager resultater fra resultatevalueringen til at belyse og nuancere analysen.

4.1 Målgruppen – de timelønnede

MMIM har bestået af såvel fysiske aktiviteter som videns- og handlingsmotiverende oplæg. Da oplæggene ofte var obligatoriske, har alle deltaget i MMIM i et vist omfang. Man betragtes også som aktiv i MMIM, hvis man deltager i handlekompetencekursus, mandagsmøder og massage. Når man spørger til deltagelse i MMIM refereres dog ofte til deltagelse i *fysiske aktiviteter*. Det tegner sig for evalueringen, at målgruppen i forhold til at benytte MMIM's *fysiske tilbud* har strakt sig bredt ud over et spektrum, men primært kan inddeles i tre hovedgrupper, (hvor den mellemste igen kan adskilles i to):

1. **"Superbrugerne"**. De overpositive – og aktive i mange aktiviteter
2. **"Det store flertal"**. En mellemgruppe fordelt på:
 - Dem der brugte de fysiske tilbud sporadisk
 - Dem, der gerne ville, men som er forhindret pga. arbejdspress, produktionsbehov eller manglende opbakning
3. **"Den svære gruppe"**. Dem, der ikke benyttede de fysiske tilbud overhovedet og ikke vil ændre sig – eller er bange for det.

De oplevede grupper af deltagere understøttes også af spørgeskemaundersøgelsen. Ofte kommer de mest fremhævede succeshistorier fra superbrugerne, men der er også gode eksempler fra de andre grupper. Fra "det store flertal" har en del været ind over projektets fysiske aktiviteter, men er stoppet fordi, der var for travlt. Indtrykket er desuden, at de mest involverede, aktive brugere ofte har haft en vis motivation for at komme i gang. Der er dog enkelte gode eksempler, hvor folk har rykket sig fra at være lettere positivt indstillet til at blive fuldstændig overvældet. Her er fx opstået en identitetsskabelse for MMIM igennem succeshistorierne "Kenneth og Steffen" – to personer, der omtales som noget af det første hos alle, når man snakker MMIM!



Spinning – i arbejdstiden.

” Når man anden gang siger nej til en bajer i et par cykelshorts – så ved man, at der er sket en ændring...

Kenneth, anlæg, ”superbruger”

Man har kun i begrænset grad fået den svære gruppe involveret i de fysiske aktiviteter – en gruppe, der oftest er kendetegnet ved projektbeskrivelsens primære karakteristika af målgruppen, fx at ”de ikke mener, at træning er nødvendigt, da de er aktive hele dagen. De har stor styrke, men dårlig kondition (bedre kondition modvirker hjerte-kar-sygdomme/motion modvirker livsstilssygdomme)”. Specielt på det konditions-mæssige, blandt de mest udsatte, er man ikke trængt helt igennem, men MMIM viser dog en række konkrete elementer, hvor også de deltagere, der ikke har de bedste fysiske forudsætninger, har fundet passende øvelser fx gå-ture ofte, massage og/eller McKinsey-øvelserne som indgangsvinkel til et målrettet forløb. Her har MMIM altså givet indikationer om, hvordan man kan få fat i denne del af målgruppen.

Der peges fra flere sider på, at tilgangen skulle have fokuseret mere på den enkelte, de individuelle behov og koblingen til den enkeltes arbejdsfunktion og arbejdsprocesser; fx ergonomiske udfordringer og problematiske arbejdsstillinger for den enkelte. MMIM har imidlertid bevidst fokuseret på sundhedsfremme og ikke arbejdsmiljø og illustrerer samtidig en sundhedsfremmeindsats fokuseret mod grupper, som formentlig vil være langt mere realistisk under de fleste forhold. Der har da undervejs også været fokus på ergonomi, fx ved vidensoplæg og konsulenter, der var rundt på pladsen og snakke med fx maskinførere mm.



Ergonomisnak på pladsen.

4.2 Resultater

Evalueringssamtalerne afslørede, at samtlige respondenter, på én eller anden facon havde taget noget med sig fra MMIM – selv de inkarnerede modstandere af træning i arbejdstiden. Ofte ikke som en direkte effekt, men snarere fordi noget alligevel havde sneget sig ind under huden – fx hvis en rygemaker, der havde været på rygestopkursus, havde erstattet smøgerne med en ’e-smøg’. Dette understøttes af, hvor meget højere motivationen for en sundere livsstil er, end succeskriteriet var. Andre eksempler på afledte effekter er:

- Nogle begynder at motionere i fritiden (da de ikke vil træne i arbejdstiden)
- En svoren ”ikke-bruger”, der skifter fra cigaretter til e-smøger
- Aktive brugere ændrer også vanerne hjemme hos familien
- Sociale diskussioner på byggepladsen efter *de gode* vidensoplæg
- Helbredsundersøgelser som *Wake-up-call*. Det er personligt
- Sågar et bedre ægteskab!

For ”det store flertal” synes fx de små tilpassede snakke efter massagen at have haft betydning – for nogle var det små øvelser, for andre kosten. Det peger desuden imod, at en række af aktiviteterne med vidensoplæg og indsats for handlekompetencer har haft en effekt, men også effekten

af at have et markant sundhedsfremmeinitiativ på pladsen. Disse sideeffekter er svære at måle på, og fremgår ikke af resultatanalysen.

Der er flere eksempler på tiltag, der ikke har realiseret sig i forhold til resultat, og hvor man har ikke fået bredden med – specielt de fysiske tiltag, men også visse vidensoplæg mm. Samtidig kan man pege på, at mange tiltag ikke har været decideret resultatorienterede i forhold til projektets målsætning. Resultaterne synes snarere at være knyttet til de enkeltpersoner, der har taget MMIM til sig – og en række mindre målbare påvirkninger omkring disse. Som ringe i vandet har MMIM haft størst effekt for superbrugerne i centrum. Effekten synes at aftage, men dog fortsat at være synlig i takt med, at man bevæger sig mod personer længere ude i periferien.

At 30 % har oplevet et fysisk sundhedsløft er fortsat et markant resultat om end målet ikke er opfyldt. De faste deltagere i de fysiske aktiviteter har oplevet konkrete fysiske resultater, fx sundere, stærkere rygge, bedre kondition, og at de enkelte har fået nogle konkrete værktøjer/træningsøvelser, der ligger på rygraden. Og for nogle af disse har resultaterne været markante. Både i form af massive væggtab og vaner, men også på produktivitet og humør og deciderede livsstilsændringer. Her synes effekten at række langt ud over projektets tidshorison. På den lange bane kan dette have store økonomiske konsekvenser for såvel virksomheden som samfundet. Antallet af snubleulykker er potentielt nedbragt pga. øget smidighed og balance, selvom der gennem interviewene er givet udtryk for, at der ikke findes data, der kan dokumentere dette.

” Det har ændret mit liv. ... 100 %

Daniel, maskinfører, ”superbruger”

De udstationerede udpeges om et fokusområde. Det er typisk ansatte, der bor i skurbyer bestående af campingvogne og arbejder lange dage mandag til torsdag og tager hjem i weekenden. Udover lange arbejdsdage peges der på, at de er udsatte i forhold til usund livsstil/madvaner, manglende motionsvaner og dårlige muligheder. Disse blev først adresseret konkret sent i processen, jf. ”BILAG A: Metoder og aktiviteter for MMIM”, side 25”. Imidlertid har en del af de udstationerede gennem deres øvrige inddragelse i MMIM bidraget til at forstå denne særlige gruppes behov – og rykke nogle holdninger blandt denne gruppe. Samtidig fremhæves det, at de udstationerede faktisk ofte deltog mere i MMIM, fordi de havde bedre tid til at benytte faciliteterne i hverdagen.

MMIM fremhæves imidlertid af målgruppen som et absolut plus for det at gå på arbejde. I en tid, hvor der muligvis ikke er meget økonomi at skilte med, kan initiativer som disse promoveres som en væsentlig blød parameter for rekruttering i virksomhederne.

4.3 Frivillighed og medinvolvering

I projektbeskrivelsen blev medinvolvering udpeget som et centralt element. Man kan pege på, at det tyder på, at den store grad af frivillighed har været en hæmsko for at få fat i de mest afvisende i forhold til de fysiske aktiviteter.

Aktiviteterne SKULLE bestemmes af deltagerne. Præmissen, om at mange *ville det*, har vist sig at være en fejl; Det er ikke noget, de er vant til at efterspørge, og en stor gruppe vil hellere arbejde end at træne! Desuden har de måske ikke været tilstrækkeligt forberedt til dette. For de engagerede og gruppen omkring har det været motiverende – for andre har det været en mulighed for ikke at deltage i de fysiske tilbud. På denne måde rammer indsatsen en smule skævt; det rammer yngre folk i rimelig okay form. Man får ikke fat i dem, der er lidt ældre, i dårlig form, overvægtige. Imidlertid er der også en pointe i at målrette indsatsen mod en yngre gruppe, der skal tegne billedet i fremtiden. Samtidig er det lettere modstridende at arbejde med frivillighed og ønsket om at måle resultater.

Mange fremhæver, at det ville have været mere effektivt, hvis det havde været obligatorisk at træne og samtidig helst placeret på bestemte tider af arbejdsdagen i forhold til produktionen, fx i starten eller slutningen af dagen eller op til pauserne. I forhold til det obligatoriske element, er det helt centralt, at det er tilpasset de enkeltes udgangspunkt, muligheder og behov.



I træningscentret.

Her berører man emner om virksomheders sociale ansvar, men også de etiske spørgsmål til hvad en virksomhed fx kan kræve af sine ansattes fysiske og psykiske helbred. Man er bekymret for at tvinge folk til noget. I forlængelse af det helhedsrettede sundhedsperspektiv, har der imidlertid også været diskussioner om, at en eventuel "tvang" ikke kun kan henvende sig mod de fysiske aktiviteter, og skal man så også til at tvinge folk på motivationen og handlingskompetencerne? Det er naturligt en række spørgsmål, der må debatteres i virksomhederne.

Der er desuden eksempler, hvor deltagerne/brugerne ikke har følt sig hørt i tilstrækkelig grad. Samtidig har det til tider lignet en mindre konflikt mellem funktionærer/formænd og timelønnede – hvor formændene ville demonstrere, at det er dem, der bestemmer. Der peges bl.a. på, at man en anden gang, ikke skal gå gennem formændene, men direkte til de timelønnede – fx ved at udpege nogle nøglepersoner blandt brugerne – de vil meget gerne.

4.4 Sundhedstjek

Sundhedstjek blev undervejs lavet til et åbent tilbud til alle frem for den lille kontrol-/hovedgruppe, der var beskrevet i ansøgningen. Så flere end oprindeligt forventet har været gennem de fysiske sundhedstjek og over en længere periode. 17 personer, der både har fået lavet "indgangs-" og "udgangstjek", kan bruges til at vurdere en udvikling over projektets tidshorisont. Ved de første sundhedstjek var det primært dem, der var i god fysisk form, der ville testes. Efterhånden bredte nyheden sig – at det var ikke så slemt, og så mødte også dem med svagere fysik op. Paradokset er imidlertid, at de fysiske tests hermed viser, at det gennemsnitlige fysiske niveau er dårligere

ved de sidste tests end ved de første! Det nytter således ikke at sammenligne det generelle niveau i starten og til sidst. Omvendt er de sidste test mere retvisende for billedet af deltagerne i MMIM, da gruppen er bredere.

Centralt er det, at sundhedstjekkene har fungeret som motivator for flere. Her fik deltagerne en helt konkret, personlig måling – og ikke alle lige opløftende. Det gjorde deltagerne opmærksomme på nødvendige ændringer. Samtidig har det for flere været et konkurrencemoment i at forbedre tallene – både personligt, men også i forhold til hinanden.

4.5 Massage, McKinsey-øvelser og CXWORKS

Opsamlingen på metoder og aktiviteter skriver, at "*massagetilbuddet udviklede sig fra 'wellness' til en katalysator for hele MMIM*" ("BILAG A: Metoder og aktiviteter for MMIM", side 25). Bl.a. blev rekrutteringsfunktionen fra massagen central. McKinsey-øvelserne har haft lidt af den samme funktion. Det var en indgang til MMIM for dem, der var sværere at få fat i, fx "det store flertal" – "*dem der finder massage dejligt, men ellers ikke er motiverede*". Det opleves som noget behageligt modsat visse af de fysiske aktiviteter. Samtidig er massagen en god mulighed for at finde frem til den enkeltes fysiske problemer og skavanker – ofte skabt fra arbejdet – og vurdere hvilken indsats, der var rigtig for dem for at iværksætte handlingsrettede, personlige tiltag. Her har massøren "kigget efter de rigtige knapper at "trykke på" i forhold til at motivere den enkelte, og de sidste 10 minutter af massagen er typisk brugt på at vise, hvordan de kunne træne små skavanker og/eller lave nogle strækøvelser. Mange var overraskede over, hvor lidt, der skulle til. Det er imidlertid vigtigt, at øvelserne er enkle – fx "*noget, der kan foregå hjemme foran tv'et på 4 minutter*". Massage kan altså som rekrutteringsfunktion til sundhedsfremmeaktiviteter med fordel systematiseres i fremtidige projekter.

Samtidig afslører massagen også, at der er et enormt behov blandt målgruppen – præcis som forventet. Alle, der kom forbi, havde skavanker, der med fordel kunne afhjælpes og på sigt kunne forventes at give helbredsproblemer. Der opleves på projektet, at selv helt unge mennesker, fx 25 år, havde problemer, der på sigt bliver kroniske lidelser.

Et andet punkt, ofte fremhævet som et virkelig succesfuldt element i fastholdelse af træningsindsatsen, har været CXWORKS-holdet, hvor en række timelønnede kollegaer fra virksomhederne underviste. De havde en instruktør-uddannelse i forvejen. En fremadrettet læring er, at virksomheder med fordel kan udpege kandidater med passende forudsætninger og aktivt opfordre og understøtte, at de timelønnede tilegner sig instruktørkompetencer. Dette ligger ud over virksomhedernes normale opfattelse af kompetencegivende videreuddannelse.

4.6 Mandagsmøder, vidensoplæg og handlekompetencer

Hvor mange referer til de fysiske aktiviteter, når man diskuterede om deltagerne var aktive i MMIM, var vidensoplæg og handlekompetencer i høj grad også identitetsskabende for MMIM – ofte udfoldet på de obligatoriske mandagsmøder, mandag 6.30. (Fra marts 2012 til sommerferien hver uge, derefter hver 14. dag). Evalueringen deler TI's opfattelse af, at vidensoplæg og handlekompetencer var et vigtigt element i at flytte gruppen (jf. BILAG A), hvilket aflæses i den kvantita-

tive undersøgelse og deltageres motivation for en sund livsstil. De fysiske aktiviteter kan ikke stå alene. Over tid har opfattelserne af MMIM flyttet sig. Her har vidensoplæg haft en betydning. MMIM illustrerer, at initiativer som vidensoplæg og forløb, der fokuserer på handlekompetencer, kan være bærende elementer i et sundhedsfremmeinitiativ; adgangen til de fysiske aktiviteter fungerer ikke af sig selv for "det store flertal". Her er det vigtigt at arbejde konkret med motivationen, gerne konkrete målrettede vidensoplæg og udviklingsforløb. Her kan viden fra de konkrete aktiviteter på MMIM være centrale; hvad virker, og hvad virker ikke. Denne slags aktiviteter behøver ikke være isoleret til den enkelte byggeplads, men kan sagtens tænkes udført som en social aktivitet mellem flere byggepladser eller centralt i virksomheden.



Vidensoplæg om førstehjælp.

Både indhold, form og formidling har været vigtigt for oplæggene. Dvs. at den enkelte konsulent skulle være i øjenhøjde og tale *med* deltagerne – ikke *til* dem. Dette har været gældende for alle de mange parter, der har været inde over MMIM. Det har ikke været populært, når vidensoplæggene har talt til dem som en gruppe med de samme skavanker. Det skulle være konkret, inddragende og levende for den enkelte og tage udgangspunkt i målgruppen snarere end emnet i sig selv. Et eksempel med konkret relevans var fx indlæg om prostata-, testikel- og hudcancer. Målgruppen har været en udfordring for flere af konsulenterne, og er de først stået af, er de ikke til at få med igen. Så de personlige egenskaber hos formidlere og konsulenter generelt er alfa og omega.

Her nævnes ofte følgende specifikke oplæg som specielt gode:

- Manderoller (sygdom og forskel på mænd/kvinder)
- Handlekompetence ("over eller under stregen" blev centrale begreber)
- Prostata-, testikel- og hudcancer

Generelt er der bred enighed om, at konceptet med oplæg har givet meget – også til at flytte folk. Dog har der været stor forskel på kvalitet af såvel emne som formidling. Samtidig fremhæves det, at det at have eksterne konsulenter involveret, skaber forpligtelse for de involverede parter – både byggeledelse og udøvere.

Der har desuden været løbende diskussioner om, at forløbet med handlekompetencer kom for sent ind i processen, og om hyppigheden af mandagsmøderne.



Oplæg om manderoller fra mandagsmøder, som TI lavede til illustrationer: "Medierne har mere fokus på kvinders sygdomme end på mænds. Fakta er, at mænd har 16 % større risiko for at få kræft og 30 % større dødelighed end kvinder. Mænd er således mere udsatte - mens kvinderne løber med al opmærksomheden".

4.7 Formændenes rolle – forgangsmænd eller barrierer?

I projektbeskrivelsen blev medinvolvering udpeget som centralt, hvor forventningen var at maskinførere skulle udpeges til forgangsmænd. Denne gruppe adskilte sig imidlertid ikke fra de øvrige timelønnede (Jf. "BILAG A: Metoder og aktiviteter for MMIM", side 25). I praksis blev det formændene, som fik en central rolle og var toneangivende i forhold til projektet.

Det er tvetydigt, om formændene har været foregangsmænd, eller hensynet til produktionen har været en barriere for MMIM. Visse af formændene er på den ene side udpeget som begrænsende for visse, der gerne ville deltage. Det har bl.a. været fitness-trænerens indtryk, at en del droppede at deltage efter et par gange, da de havde svært ved at få accept hos deres formænd. Det har været en forhindring for deltagerne i at få kontinuitet i træningen, der er vigtigt for, at man bliver ved med at komme.

Men samtidig har formændene også i perioder hevet en masse folk med, idet de selv trænede med og motiverede i de enkelte sjak: "Det mindste I kan gøre er at gå op og kigge"... I praksis synes der at have været stor forskel på, hvordan formændene har taklet situationen. Nogle sjak har oplevet formændene som en stor barriere – andre ikke. Det ses også ved, at forskellige grupperinger omkring forskellige formænd italesætter initiativet forskelligt.

I forhold til det faktum, at sjakkene trods alt er der for at producere, kan man samtidig pege på, at de enkelte formænd har haft forskellige forudsætninger og præmisser for at deltage i MMIM. De forskellige sjak har forskellige produktionsopgaver af forskellig karakter og varighed, og der er stor

forskel på, hvor længe de har været på pladsen, og hvornår de er kommet ind. I forlængelse af dette har de alle sammen en forskellig tilgang til, hvad der er vigtigt for dem i forhold til at producere og planlægge osv. Og hvor mange bindinger der er på, om et medlem af sjakket forlader produktionen. Når man hertil lægger visse spændinger ind, der er opstået på formandsmøderne, ser man efterhånden et komplekst billede tegne sig.

Visse formænd har først følt sig ordentlig inddraget i takt med, at der kom en ordentlig struktur på MMIM i anden halvdel – og synes herved, de er kommet for sent ind. Nogle mener, at der mangler en rød tråd og fleksibilitet i planen, og at de ikke blev hørt tilstrækkeligt. Det har bl.a. ført til at nogle af formændene holdt sig på afstand af MMIM.

Tvetydigheden synes altså at være, at formændene har været helt centrale på en lang række punkter i MMIM, herunder motivering. Men visse steder har nogle også været en begrænsning – også som en konsekvens af de produktionsmæssige bindinger de har haft, deres egen tilgang til det at producere og den opbakning, de har mødt fra deres overordnede.

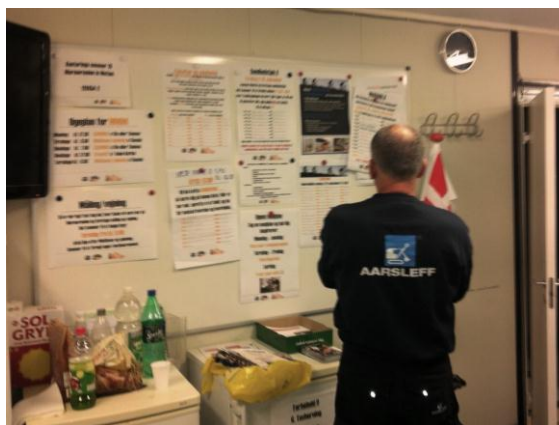
Fremadrettet kan man pege på, at MMIM viser, at formændene med fordel kan mobiliseres som ankerpersoner i sundhedsfremme, men at man tidligt i forløbet bør fastlægge deres konkrete rolle og opgaver og samtidig sikre opbakning fra deres egen ledelse; sikre deres egne beslutningskompetencer. Også her synes MMIM fremadrettet at bidrage til forståelsen omkring organisering af et sundhedsfremmeprojekt i en byggek kontekst.

4.8 Social og visuel identitet og kommunikation

Kommunikationen eksternt har medført en stolthed på pladsen – at de involverede i MMIM var noget specielt/betydningsfulde. Den interne kommunikation og kommunikationsprofilen har givet MMIM en identitet og betydning på projektet og medført, at selv modstanderne af projektet har oplevet, at det var der. Dette skal også ses i sammenhæng med mandagsmorgenmøderne og den kontinuitet, disse har skabt. Det har sikret, at MMIM var aktuelt og vedholdende – et vigtigt element i en langsigtet sundhedsindsats.

Projektbeskrivelsen skriver, at *”det motiverede fællesskab skabes ved fælles mødefora, en ikke-moralisering, men humoristisk tilgang til projektet samt konkurrencer”*, hvilket synes at have været realiseret i praksis i MMIM. En række begreber, har været bredt anvendt og har samtidig skabt MMIM en entitet, fx *”over eller under streger”*, *”Kenneth og Steffen”* osv. For de aktive brugere har konkurrenceaspektet også været centralt – både på det individuelle plan, men også i forhold til andre brugere.

Ordet er også nået ud over projektet – fx illustreret ved betonsjakkene, der kom senere på pladsen og havde hørt om sundhedsfremmeinitiativet. Der har således også været en del motiveret presse på projektet, herunder TV2-



Tavle med kommunikation om MMIM.

nyhederne.

Kommunikationsindsatsen vurderes at have været et succesfuldt virkemiddel og en vigtig del af det sociale aspekt i MMIM. Deltagerne kunne se, når bestemt information knyttede sig til MMIM – og de vidste, hvor de skulle kigge efter denne information. Erfaringerne herfra kan med fordel bringes videre i fremtidige indsatser – såvel inden for sundhedsfremme som en række andre udviklingsprojekter med et socialt element, både på byggeprojekter af stor størrelse, men i særdeleshed også på virksomhedsniveau på tværs af projekter.

4.9 Omkostninger for produktionen.

Et helt centralt spørgsmål i forhold til MMIM's tilgang til sundhedsfremme er, hvilken effekt det har på produktionen, at medarbejderne går fra til vidensoplæg og til at træne. Giver det en produktivitetstigning fra den enkelte medarbejder, der modsvarende tages tid ude af produktionen, og kan produktionen i det hele taget opretholdes?

Der synes ikke at være noteret en mærkbar produktivitetstigning på tværs af byggeprojektet som følge af MMIM. Jf. spørgeskemaundersøgelsen, BILAG E: Spørgeskemaundersøgelse 3; Analyse, SPSK-Figur 15 side 80, svarer 13 %, at deres produktivitet er steget som følge af MMIM. Som resultatanalyse fremhæver, synes effekten primært at være på det individuelle plan, hvor det potentielt kan have massiv betydning. Samtidig er der de ikke-målbare resultater, som fx eventuelle undgåede snubleulykker, som følge af øget smidighed og personer, der blot har bevaret deres produktivitet (frem for at have forringet den red) osv.

Og hvad med de negative konsekvenser? Det betegnes af formændene som relativt omkostningsneutralt. ”Den samme produktion på mindre tid, fordi folk får lov til at træne”. En kombination af bedre fysisk form og bedre stemning. Meget tyder altså på, at det kun har begrænset negativ effekt på produktionen. Det er en anderledes måde, man skal tænke produktion på, og en formand fremhæver, at man er blevet bedre til at planlægge efter det med tiden. Dog antydes det, at op imod aflevering kan selv de bedste blive pressede, og så prioriteres MMIM ikke så højt.

Samtidig forholder det sig sådan, at en lang række timelønnede har fremhævet de negative effekter, når en medarbejder pludselig træder ud af produktionen for at træne. Det synes også at variere på tværs af de enkelte sjak, deres arbejdsopgaver, rutiner, kultur osv. Det står også i et modsætningsforhold til akkord-strukturer, der ofte benyttes som motivationsfaktor (selvom flere er på fast løn). I sidste ende skal der produceres. Det har skabt nogle helt konkrete konflikter i visse sjak mellem folk, der ville gå fra til træning, og dem, der mener, at arbejdet handler om at produ-



Visuel identitet (Simtja Grafik).

cere. Så andre må tage slæbet. Hvis fx en kranfører deltog, kunne der stå 8 mand, der var begrænset i deres arbejde i 1½ time. Der er på denne måde nogle produktionsmæssige bindinger.

Jf. "BILAG A: Metoder og aktiviteter for MMIM", side 25", blev de fleste motionstilbud udbudt 2 gange om ugen for at give fysiske resultater. Idet der samtidig blev indført restriktioner på den tilladte ugentlige træningstid i arbejdstiden (ml. 2-2½ times MMIM ugentligt), og der blev trukket en time fra til mandagsmorgenmødet, var det i realiteten ikke muligt for deltagerne at deltage på et træningshold to gange ugentligt. Visse hold kørte dog efter arbejdstid (fx kl. 17), hvor man så kunne deltage.

MMIM-projektledelsens egne observationer fremhævede, at der er masser af slæk i processerne, hvilket peger på at opgradere planlægningskompetencer, hvor sundhedsfremmedelen tænkes ind. Det er også en stressfaktor for de timelønnede, når de timelønnede ikke ved, hvad de skal lave. Hvis man strømliner produktionen frigøres ressourcerne til træning. Imidlertid peger den brede opfattelse fra respondenterne på, at fysisk aktivitet gøres obligatorisk (i én-eller anden form), så det er hele produktionen, der står stille i et tidsrum og allerhelst, at træningen placeres i starten/slutningen af arbejdstiden eller op til pauserne, hvor det generer mindst muligt. Men allermost centralt er det at fremhæve, at fremtidige indsatser i højere grad bør tænkes konkret sammen med produktionsplanlægningen.

Samlet set må det lettere mudrede billede ses i relation til, at MMIM ikke har højnet sundhedsniveauet bredt, men snarere har ramt arbejdsstyrken vilkårligt. På længere sigt vil et højnet fysisk og psykisk sundhedsniveau blandt arbejdsstyrken højst sandsynligt medføre øget produktivitet og større effektivitet. Men her synes det at kræve et langstrakt strategisk fokus, der ikke er tidsbundet til en kortere periode og et enkelt byggeprojekt.

Det er desuden et grundlæggende interessant perspektiv, at qua det, at man laver et sundhedsfremmeinitiativ, bliver man opmærksom på de konkrete sundhedsmæssige udfordringer. Når aktiviteterne til tider kolliderer med produktionshensyn og derfor nedprioriteres, kommer virksomheden imidlertid til at fremstå i et negativt lys – man sætter de ansættets helbred på spil – om end, man rent faktisk har iværksat initiativet ud fra netop et ansvarligt arbejdsmiljø-perspektiv!

5 Ledelse af MMIM

Der tegner sig et billede af, at en central del af forståelsen af projektets udfoldelse skal ses af udfordringerne med projektets ledelse, organisation mm. Udfordringerne ved placeringen af et konsulentstyret sundhedsfremmeprojektet i konteksten af et byggeprojekt synes at have været undervurderet.

5.1 Byggekontekst, konsulenter og målstyring

"TI varetager daglig projektledelse og procesfacilitering" (projektbeskrivelsen).

Dette har været udgangspunktet, men der synes i realiteten at have været mange, der gerne ville tage styringen og ikke har haft forståelse for projektets ansvarsfordeling. I perioden efter projektet var bevilliget, mobiliserede virksomhederne yderligere to konsulentvirksomheder til inddragelse på aktiviteterne, således at projektet cirkulerede om tre konsulentvirksomheder med tre forskellige tilgange. Det har utvivlsomt skabt uklarhed om projektets retning, og en sætning som "*alt for mange kokke...*" er i høj grad gentaget i de forskellige interviews. Samtidig har der blandt parterne været en diskussion om, hvilken strategi der var den rigtige.

Meget tyder på, at der har været forskelle i, hvordan parterne har tillagt projektansøgningen og projektbeskrivelsen betydning. Og at disse forskellige tolkninger har været betydende for projektets udfoldelse. Kendetegnende er det, at byggevirksomhedernes tilgang til projektbeskrivelsen som kontrakt i høj grad synes, at de har set den som *en hensigtserklæring* – med muligheder – frem for egentlige styringsmål. TI har i rollen som projektleder snarere forholdt sig til projektbeskrivelsen som målsætning – herunder Forebyggelsesfondens tilgang til sundhedsfremme – også ud fra TI's kendskab til kravene fra Forebyggelsesfonden. En række andre aktører meldte sig også på banen med intentioner om at præge projektet.

TI's procesledelse synes at have været defineret af to forskellige halvdele med hver deres styrker. Den første halvdel var defineret af den individuelle kontakt og tilstedeværelse på pladsen og anden halvdel af mere struktureret projektledelsen; en mere struktureret plan, koordination og styring efter projektets målbeskrivelse. I dialogen mellem MMIM-projektledelsen og byggeledelsen/ formændene synes der at have været forskellige opfattelser af projektets retning herunder forståelsen af brugerinddragelse og valg fra brugerne. Konkrete eksempler er diskussioner om, hvilken type sociale arrangementer, der hørte under et sundhedsfremmeprojekt, samt at formændene ikke synes, at der blev lyttet til deres ønsker:



Der gøres klar til frokost.

” Vi ved godt, at det skal munde ud i rapport ” – men man kunne godt have vægtet dagligdagen herude mere end bare at kigge på målet...

Formand om MMIM.

TI peger på, at Forebyggelsesfonden holder hårdt på, at det omhandler sundhedsfremme, og det er man nødt til at dokumentere – så har man rimelig vide rammer.

En fremtidig indsats i samme miljø bør i etableringsfasen af projektet fokusere markant på at skabe forventningsafstemning og være helt klar omkring, hvad målsætningen er – og hvilke roller de forskellige parter har. Dette kan tilsyneladende fremhæves ved faseskift, personsift osv. Samtidig peger det imod fra starten at etablere en plan med udpegelse af ansvarsområder: Hvem der gør hvad på hvilke niveauer (fx ledelse, byggeledelse, sjakbajser osv.).

5.2 Planen og processtøtte

Indtil foråret 2012 stod byggeprojektet i stampe. MMIM var derfor ikke i ”fuld drift” – og manglede desuden en overordnet struktur og plan – som først blev iværksat med opmandingen af projektet (symboliseret ved opstarts-workshop). I den indledende periode foregik en række mere sporadiske aktiviteter, og styregruppe-diskussionerne drejede sig om de forskellige parter roller – fx Implement. Først efter opmanding kom den ”forkromede” del i fuld spil – en stringent driftsfase. Den var muligvis ikke til at lave inden – på baggrund af ønsket om medinvolvering.

Projektbeskrivelsen skriver:

”Der tages udgangspunkt i medarbejdernes behov, forudsætninger og erfaringer, samt at de bedste resultater opnås med en solid processtøtte på arbejdspladsen for at sikre læring og forankring i den daglige praksis”. (projektbeskrivelsen)

TI synes som projektleder sammen med samarbejdsparter at have leveret netop en solid processtøtte til byggeprojektet i forhold til MMIM. Alligevel har byggeledelsen/formænd efterspurgt en større tilstedeværelse i dagligdagen og en personlig sparring med de enkelte brugere. Man kan pege på, at der i MMIM's organisering på byggeprojektet har været forskellige meninger om, hvad denne processtøtte bestod af. De inddragede har oplevet, at der manglede en rød tråd og fleksibilitet i planen. Der peges på, at der var for langt imellem møderne, så emnelisten blev for lang, hvor meget med fordel kunne være klaret løbende – som man typiske gør på pladsen. Der har været efterspurgt en proceskonsulent på pladsen. Der snakkes om, at tilstedeværelse er nødvendigt,



Sund kost på menuen.

så man hele tiden kan være fleksibel. Også i forhold til inddragelsen; Hvad er det folk vil – gå rundt og hør, hvad folk vil. Det er også svært for byggeledelsen at sætte tid af til fastlagte møder. Så er det bedre, når man er på pladsen og kan tage dele af det ad hoc. MMIM's budget viser imidlertid, at der ikke er ressourcer til en daglig procesledelse fra MMIM-projektledelsen. Samtidig kan man fremhæve, at en stor del af ansvaret for motivationen også burde være placeret hos projekter og formænd.

Der har undervejs været en diskussion om, hvordan og på hvilket tidspunkt man skulle arbejde med målgruppens handlekompetencer og holdninger. I lyset af frivillighed og brugerinddragelse har det på MMIM været aktuelt, om brugerne indledningsvis reelt havde et begrebsapparat til at komme med ønsker til aktiviteter. Visse parter mener, at man skulle have arbejdet med holdningsbearbejdning fra starten, mens andres erfaringer er, at man skal anvende andre metoder i arbejdet med timelønnede i byggeri. Evalueringen peger på, at MMIM ikke i sig selv giver et svar på, hvad der er det rigtige – der synes ikke at være arbejdet systematisk med dette indledningsvis. Imidlertid opfordres samarbejdspartnerne til at bruge MMIM som platform til yderligere diskussion af dette.

Hvis man en anden gang skal køre et så "forkromet" sundhedsfremmeprojekt i en byggek kontekst, fremhæver parterne, at man bør fokusere på den daglige tilstedeværelse. Her vil det være naturligt, at kombinere opgaven med det øvrige sikkerheds- og arbejdsmiljøarbejde og fx ergonomi.

Det fremhæves samtidig, at der ikke har været tilstrækkelig sparring mellem de eksterne personer, der står for aktiviteterne. Dette kunne faciliteters bedre – fx bare med forum til erfaringsudveksling/dokumenter.

5.3 Ledelsesmæssig opbakning og styregruppens rolle

Projektet er indgået i samspillet med byggeprojektets daglige organisation og generelle produktionshensyn. I denne kontekst må også styregruppens rolle betragtes.

Styregruppens rolle beskrives til tider, som "*en hund i et spil kegle*". Symboliseret ved specielt de indledende diskussioner omkring inddragelse af andre eksterne konsulenter og deres rolle, men mere specielt ved samspillet med byggeledelsen. Aktørernes indstilling (formand/ledelse) var generelt meget påvirkede af selve byggeprojektets "dagsform". Ledelseslaget er også presset af, at de måles på produktionen, hvilket også har været en barriere.

Formænd har været diskuteret i forhold til opbakning, men deres beslutninger må også ses i lyset af den opbakning og de prioriteringer, de oplever fra deres ledere i forhold til arbejdet. Det er grundlæggende uheldigt, når brugerne har fået at vide, at de ikke kunne gå fra til aktiviteter – både i forhold til MMIM og mere generelt. Det bliver formændene og de timelønnede, der belastes.

Formændene er placeret i en udsat position mellem produktionen og ledelsen. Det synes at have givet dem endnu et magtredskab overfor byggeledelsen, men også produktionen – både i form af pisk og gulerod – men også placeret dem i nogle vanskelige valg – for de måles i sidste ende på det, de producerer og ikke på de ansattes helbred. Hvis en indsats som MMIM skal lykkes fuldt

ud, er det derfor nødvendigt, at det synliggøres meget klart og tydeligt, at det er en prioritering på virksomhedsplan, og at der sættes handling bag ordene.

Undervejs har ledelsesrepræsentanten fra én af virksomhederne mere eller mindre trukket sig fra styregruppen, hvilket også symboliserer en række udfordringer og modstridende opfattelser og prioriteringer parterne imellem.

6 Afrunding

Projektbeskrivelsen skriver:

”således sikres en bottom-up situation, hvor de timelønnede vil efterspørge sundhedsfremmende initiativer hos byggeledelsen i virksomhederne” (projektbeskrivelsen).

Man kan efter projektet tvivle på, om man har opnået en situation, hvor de involverede i markant grad vil efterspørge disse initiativer. Det er formentligt snarere de enkelte ildsjæle, der vil fremføre disse ting, om end gruppen altså også synes at have udviklet deres motivation for en sundere livsstil. Men resultaterne af MMIM bør være en mulighed for ledelsen til at tage det alvorligt. Hvis man laver en grundig indsats, så har man en arbejdsstyrke, der performer bedre og holder længe – og utvivlsomt er gladere medarbejdere. I den sidste ende er det altid et spørgsmål, om hvad virksomhederne har mulighed for og er villige til at investere i arbejdsstyrken.

Projektets formål var:

- at forbedre sundheden hos deltagerne, samt
- udvikle en metode til implementering af sundhedsfremme på byggepladser, således at antallet af livsstilssygdomme og tidlige tilbagetrækninger fra arbejdsmarkedet reduceres.

Gennemgående kan man sige, evalueringen peger på, at det første primært er sket på det individuelle plan, men med markante resultater ind imellem. I forbindelse med det sidste synes indikationen at være, at man ikke har udviklet en egentlig *samlende* metode til implementering, men snarere en række forskellige metodiske indsigter, der kan anvendes fremadrettet. Her synes et markant resultat at være gennemførelsen af den helhedsorienterede sundhedsperspektiv (praktik, viden, handlekompetencer) – og mobiliseringen af disse som en værktøjskasse, hvor alle elementerne bør inkluderes, frem for en række selvstændige, uafhængige værktøjer.

En del af respondenterne kommer med input til muligheder i en normal projektdagligdag. Mange gange diskuteres en model, hvor virksomheden og de ansatte deler lønudgiften for træningstiden – fx 50/50. Eksempelvis kunne man tænke en times træning et par dage om ugen, hvor man starter en ½ time før mødetid og træner en ½ time ind i arbejdstiden. En anden model er fx, at virksomheden betaler aktiviteter, og det foregår uden for arbejdstid – fx at have en aftale med et lokalt træningscenter. De adspurgte fra produktionen peger på, at man én til to gange om ugen sagtens kan have en planlagt aktivitet, hvor det kan planlægges ind i produktionen. Det kræver en bedre sammentænkning med produktionsplanlægningen – muligvis med opgradering af planlægningskompetencer. Det mest realistiske er en nedskaleret, tilpasset model, men forskellige valgmuligheder – baseret på erfaringer fra MMIM – men altså ikke frit valg på alle hylde.

Evalueringens konkluderende afsnit er placeret i starten af notatet, som en sammenfattende konklusion.

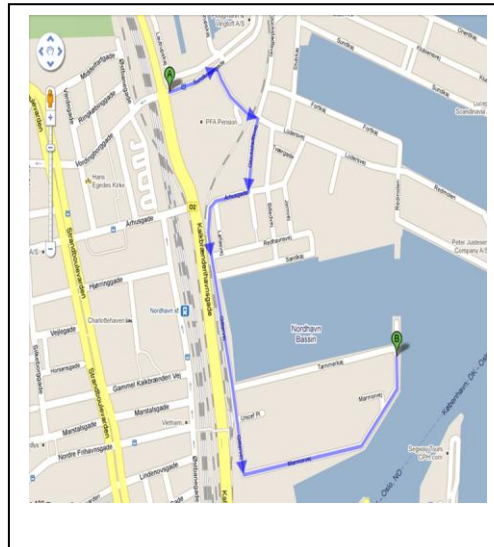
7 BILAG A: Metoder og aktiviteter for MMIM

På den følgende side ses en oversigt over metoder og aktiviteter i MMIM. Notatet er udarbejdet af Liselotte Rasmussen, Teknologisk Institut.

Metoder og aktiviteter

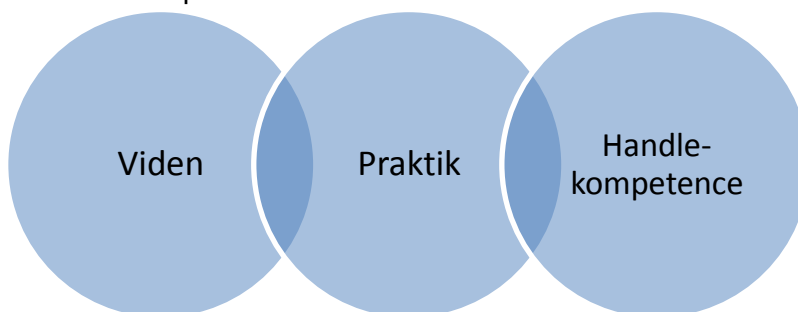
Det brede sundhedsperspektiv

MMIM har taget afsæt i et bredt sundhedsbegreb, som definerer sundhed som 'en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og social velbefindende' - og ikke blot fravær af sygdom og svækkelse. Hermed har projektet benyttet WHO's definition af sundhed.



MMIM blev gennemført i Nordhavnen og havde til huse i de skurvogne, som ses på billedet. Disse var placeret på byggepladsen. Nederst var omklædning, 1 sal var en stor spisesal til ca. 50 mennesker, og øverst var motionsrum og massagerum.

I MMIM blev der brugt forskellige indgangsvinkler for at opnå resultater hos målgruppen. Overordnet kan disse deles op i:



- Praktik: Praktisk afprøvning af en given aktivitet - og motion
- Viden: Teoretisk viden om relevante emner
- Handlekompetence: Udvikling af deltagernes evne til at optimere eget liv og livsvaner (empowerment)

Inden for disse tre indgangsvinkler ligger stort set alle aktiviteter, som er afviklet i projektet. Der er dog også andre principper, som danner baggrund i projektopbygningen - fx motiverende sundhedstjek.



Sundhedstjek

Alle timelønnede blev tilbudt et opstarts-, et midtvejs-, og et afslutningssundhedstjek. Dette tjek var en blanding af fysiologisk test og en samtale. Hensigten var at motivere, give konkret information om sundhedstilstand og støtte og guide til videre handling. Det var derefter muligt for den timelønnede at bruge de enkelte tilbud i MMIM til at følge op på testens resultater og egne sundhedsmål.

Aktiviteter fordelt på viden, praktik og handlekompetence

I det følgende vil de enkelte tiltag og tankerne bag deres iværksættelse blive beskrevet.



Viden:

I projektet blev gennemført 17 oplæg om relevante emner. Dette foregik i en stor skurvogn med plads til 50 mennesker mandag morgen kl. 6.30 - såkaldte 'mandagsmøder'. Oplægsholdere var primært udvalgte specialister, som fortalte om teori og praktik i forhold til et konkret emne. Andre oplæg var en del af en større indsats - fx ergonomi og tobak.

Ved disse oplæg var det tanken, at målgruppen skulle suge den viden til sig, som de kunne bruge. Oplæggene tog 30-60 minutter og var obligatoriske. Temaerne for oplæggene var følgende:

- Manderoller - Hvordan agerer mænd i sundhedsvæsenet og ved sygdom?
- Hud-, testikel-, og prostatacancer
- Søvn og restitution
- Sex og sundhed
- Alkohol og euforiserende stoffer
- Akutte ulykker - hvad går man så?
- Førstehjælp
- Kost
- Motion
- Ergonomi
- Opsamling på sundhedstjek
- Tobak
- Arbejds miljøets og sundhedsbegrebets historiske udvikling
- Hjerne- og kredsløbssygdomme



Praktik:

Emner til den praktiske afprøvning blev valgt, så de var relevante til målgruppen. Hensigten med de praktiske tiltag var, at målgruppen kunne afprøve noget nyt og derved give sig nye selvkropslige erfaringer. Når kroppen erfarer noget nyt, kan dette influere på tanker og dermed holdninger og vaner.

Praktiske aktiviteter var:

- Mellemmåltider. Uddeling af sunde mellemmåltider på pladsen - ” Alt godt fra Netto”
- Fælles frokost på pladsen. Delt op i temaer som; madpakken, sunde fryseretter mm.
- Fælles mad på Ugandavej - (campingplads for de udstationerede)
- Kursus i madlavning i mikroovn
- Kursus i madlavning på campingplads

Motion blev i denne sammenhæng betragtet som et praktisk tiltag. Den fysiske træning foregik i skurvognen og i de nærmeste ydreområder. De fleste motionstilbud blev gentaget 2 gange om ugen for at give fysiske resultater. Træningen foregik primært kl. 6.30 om morgenen for ikke at forstyrre produktionen unødigt i løbet af dagen.

Til alle vores motionsaktiviteter, undtagen selvtræning i motionscenteret, var der tilknyttet en instruktør. Hensigten med en fast Instruktør var at tilbyde træning af et vist niveau og at fastholde et engagement hos målgruppen.


De valgte motionsformer udfyldte alle særlige behov, som målgruppen havde. Disse behov var begynder/øvet motion, konditionstræning, styrketræning, smidighedstræning af truncus (kroppen). Derudover skulle træningen appellere til mænd.

Der var flere intentioner bag antallet af træningstilbud. En mulighed var, at de timelønnede kunne prøve forskellige motionstyper for at indkredse, hvad de derefter selv kunne udføre i fritiden. En anden mulighed var, at de timelønnede kunne deltage fast på disse hold og øge deres fysiske præsentation. En sidste vinkel på motionstilbuddene var, at få den gruppe af de timelønnede i gang, som aldrig havde dyrket motion før. Her var 'gåhold', McKinsey og crossfit velegnede tilbud.

Motionstilbuddene var:

- Coretræning
- Spinning
- Gåhold
- Løbehold
- Crossfit
- McKinsey-øvelser
- Selvtræning i motionscenter

Ugeplan for MMiM		
Mandag	kl. 17.30	CXWORX v/Bo eller Thomas
Tirsdage	kl. 6.30	McKinsey/spinning v/Sussie
Tirsdage	kl. 6.30	Gåtur v/Anne-Karina
Onsdage	kl. 7.00	CXWORX v/Bo eller Thomas
Onsdage	kl. 17.00	Crossfit v/ Anne-Karina
Torsdage	kl. 6.30	McKinsey/spinning v/Sussie
Torsdage	kl. 6.30	Gåtur v/ Anne-Karina





Handlekompetence:

For at give målgruppen evne til at 'optimere eget liv og livsvaner', arbejdede vi med handlekompetence. Dette foregik på 7 mandagsmøder og et halvdagskursus (12 deltagere).

Handlekompetence blev opdelt i emner som; 'Hvordan skaber vi balance i hverdagen?', 'Hvordan skaber vi overskud i eget og andres liv?', 'Hvordan får vi mere kvalitet i livet?'. Metoderne, som blev brugt, var refleksion, dialog i grupper og formidling af teori og fortællinger.

De 7 mandagsmøder og kurset om handlekompetence blev afviklet over en periode på 9 måneder. Hensigten med at lægge disse aktiviteter så tæt var at skabe et forstærket fokus og en synergi i dette forløb.

Det var oprindeligt meningen, at projektet skulle starte op med kurser inden for handlekompetence. Derved skulle dette kursus danne afsæt for andre tiltag inden for MMIM og for en personlig udvikling for de enkelte timelønnede. Dette lod sig dog ikke gøre. En af problemstillingerne var, hvorvidt kurserne skulle være frivillige eller ej. Hvis de var frivillige, ville der ikke være deltagere nok - og hvis de var obligatoriske, var dette problematisk i sig selv. Det endte med, at handlekompetencekurset blev oprettet meget sent i forløbet. Det viste sig dog, at der på dette tidspunkt var utrolig stor interesse for kurset.

Generelt kan man sige, at handlekompetenceforløbet sammen med de mange teoretiske oplæg flyttede og modnede gruppen således, at utraditionelle oplæg, som fx 'sex og sundhed', i den sidste del af projektet blev godt modtaget og fik gode anmeldelser.

Sociale aktiviteter:

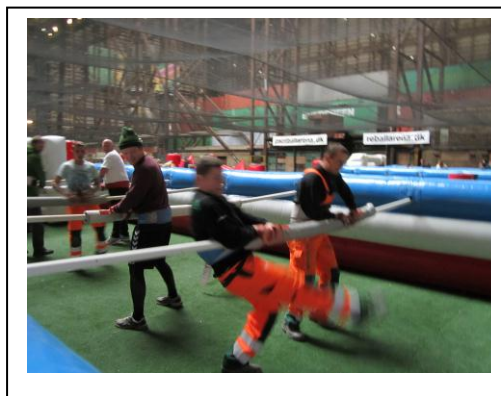
I løbet af projektet blev der afviklet 3 halvdagsarrangementer med socialt samvær som hovedformål. De sociale aktiviteter blev alle afviklet på en fremmed lokation og indeholdte alle fysiske aktiviteter.

Formålet med de sociale arrangementer var at skabe glæde og afveksling i hverdagen og at styrke samarbejde og forståelse mellem medarbejdere - samt deres relationer til ledergruppen.

Socialt samvær var selvfølgelig også et element i mange andre aktiviteter, såsom motionshold og kursus i madlavning.

De sociale aktiviteter var:

- Mountainbiketour
- Paintballkamp
- Sportsdag



Massage

Massage var en af de første aktiviteter, som blev oprettet i MMIM. Massagen blev i starten afviklet ca. hver anden måned, hvorimod der i slutningen af projektet var massage 6 hele dage om måneden. Massagen tog en halv time per person.

Massage var en blanding af intuitiv massage, muskelspænding, lettere behandling, introduktion til hjemmeøvelser og vejledning i valg af relevant motion.

Under forløbet blev massagen således opgraderet betydeligt. Massage blev af de timelønnede betragtet som tillokkende og lettilgængeligt - og det var således ofte den første aktivitet, som de deltog i. Massøren forholdte sig til de timelønnedes almene tilstand, gener, ønsker til sundhed mv., og hun kunne guide dem videre til andre aktiviteter i projektet. Besøget hos massøren betød således, at de blev trukket længere ind i projektet - man kan sige, at massagetilbuddet udviklede sig fra 'wellness' til en katalysator for hele MMIM.

Særlige tiltag for de udstationerede

For de udstationerede på Ugandavej blev der igangsat specifikke aktiviteter. Aktiviteterne skulle som udgangspunkt afvikles på Ugandavej. Dette var dog vanskeligt at gennemføre, da de fysiske rammer på Ugandavej ikke gav mulighed for dette. Flere af aktiviteterne blev derfor afviklet på molen i de lokaler, der blev brugt i forvejen.

Hensigten med disse aktiviteter for de udstationerede var at støtte denne gruppe i at leve sundt i campingmiljøet og at øge det sociale fælleskab.

Aktiviteterne skulle have været afviklet sideløbende med aktiviteterne på pladsen. Dette skete dog ikke, da der gik rygter om, at campingpladsen ikke var et betryggende miljø at færdes i. For at finde ud af hvad der lå i disse rygter, interviewede projektlederen 10 timelønnede fra Ugandavej. Konklusionen blev, at rygterne var noget overdrevne, og planlægning af de enkelte aktiviteter gik i gang.

Aktiviteter målrettet de udstationerede var:

- Cykelture
- Kursus i madlavning i mikroovn
- Kursus i madlavning for campister
- Madaftener
- Udarbejdelse af opskriftbøger med fokus på madlavning i campingvogne

Spredhagl contra temaer

Projektet kom til at bestå af rigtig mange aktiviteter. Nogle var enkeltstående, nogle hang sammen i temaer. Derudover blev motionstiltagne gentaget gennem hele projektperioden. Denne opbygning var noget anderledes end beskrevet i projektbeskrivelsen. Her lægges der op til i alt 12 temaer.

Der er flere grunde til, at projektet ikke har været afviklet udelukkende i sammenhængende temaer. Den væsentligste grund var, at ikke alle emner egnede sig til at blive trukket ud som et tema over en længerevarende periode. De emner som egnede sig til tema var; motion, kost, ergonomi og handlekompetence.

Eksempler på enkeltstående aktiviteter var fx oplæg om prostata-, testikel- og hudcancer.



I projektet blev der igangsat mange forskellige aktiviteter for at ramme så bredt som muligt. Alle personer i målgruppen havde forskellige sundhedsprofiler og forskellige livsudfordringer, så ved at tilbyde forskellige aktiviteter var det forhåbningen, at de alle kunne finde en aktivitet i projektet, som var relevant i deres situation.

Forankring

I projektbeskrivelsen lægges der vægt på, at de maskinførende skulle indtage rollen som forgangsmænd. Under afvikling af projektet gav det dog ikke den store mening, at netop denne gruppe skulle have en nøgleposition, da de ikke adskilte sig fra de andre timelønnede.

I praksis blev det formændene (sjakbajser), som fik en central rolle. Formændene stod for den daglige planlægning og var meget toneangivende i forhold til projektet. Derfor var der hele det sidste år et intensivt samarbejde med formændene, hvor deres holdninger og ønsker blev inddraget i projektet.

Mandagsmøder som samling for projektet

Mandagsmøderne blev diskuteret ofte i hele projektperioden. Fokus for denne diskussion var på indhold og form. Var oplæggene for teoretiske, og var emnerne interessante? I løbet af projektet viste det sig dog, at møderne havde en anden funktion, som de ikke umiddelbart var tiltænkt. Flere af medarbejderne fortalte, at fordi alle på pladsen kom til mandagsmøderne, var de alle sammen med i projektet. Det blev således mandagsmøderne, som kom til at binde hele projektet sammen, og her hvor alle fik den samme oplevelse.

Medarbejderinddragelse

I projektbeskrivelsen står der gentagne gange, at alle aktiviteter 'skal bestemmes af deltagere' - at der skal ske en bottom-up effekt. Dette har dog i praksis været meget svært at gennemføre.

Målgruppen var generelt ikke meget vidende om sundhed og de forskellige aspekter inden for dette område, og de havde således svært ved at byde ind med forslag, som lå ud over det meget traditionelle.

Det har dog været forsøgt flere gange i løbet af projektet at få forslag ind fra de timelønnede. Metoderne her har været: Idegenerering i grupper, interview af enkeltpersoner, forespørgsler på mandagsmøder og uformelle samtaler.

De endelige aktiviteter er således blevet planlagt af projektleder og samarbejdspartnere (Alectia og Implement).

En undtagelse er dog aktiviteterne på Ugandavej, hvor flere af disse er foreslået af de udstationerede.

Ingen skriftlighed

Igennem hele projektet har al information og indhold i aktiviteter været mundtlig. De timelønnede har således kunne deltage uden store læsefærdigheder.

Sundhedsfremme og arbejdsmiljø...



8 BILAG B: Spørgeskema 1; formulering og opbygning

8.1 Indledning

Bilaget reflekterer tankerne, der ligger til grund for udformningen af de spørgeskemaer, som bygningsarbejderne har besvaret i forbindelse med sundhedsfremmeprojektet på byggeprojektet Marmormolen. Sundhedsfremmeprojektet kaldes i daglig tale "Marmormolen in Motion" (MMIM) på byggepladsen. Danmarks Management Engineering (DTU) varetager sundhedsfremmeprojektets evaluering.

DTU's opdrag er at måle effekten af aktiviteterne af MMIM i forhold til de, i projektansøgningen til Forebyggelsesfonden, formulerede målsætninger for projektet.

Spørgeskemaundersøgelsen er et vigtigt element i den resultatorienterede evaluering. Den oprindelige evalueringsstrategi var, at benytte to spørgeskemaer; 1) et indledende spørgeskema som indgangsmåling (input) og et afsluttende spørgeskema som udgangsmåling (output) for at måle på projektdeltagernes udvikling. Det indledende spørgeskema blev udformet og afprøvet på en mindre gruppe bygningsarbejdere i efteråret 2011. Da byggeprojektets opmænding blev udskudt, blev spørgeskemaet også tilbageholdt fra fuld udrulning. I forbindelse med udskiftning af projektmedarbejder på TI som følge af barsel, afholdtes et møde for at sikre udrulningen af spørgeskemaet ved opmænding. Imidlertid blev det indledende spørgeskema ikke udrullet i forbindelse med opmændingen på projektet, og strategien måtte ændres til kun at omfatte en afsluttende exitmåling – der blev udført primo december 2013. Dette har svækket muligheden for at måle på udviklingen som følge af sundhedsfremmeprojektet, og dermed vægten af konklusionen fra spørgeskemaundersøgelsen.

Bilaget er baseret på et arbejdsnotat, der blev benyttet som et redskab til at diskutere spørgeskemaundersøgelsen, først internt på DTU, derefter med TI i efteråret 2011. Notatet er efterfølgende tilpasset retrospektivt.

8.1.1 Spørgeskemaernes rolle og placering i den samlede evaluering

De primære formuleringer rettet mod evalueringsindsatsen og spørgeskemaer i projektansøgningen lyder som følger:

"Evalueringen vil være både kvantitative og kvalitative data ift. projektets formål og succeskriterier samt en løbende procesevaluering af dels deltagelsen i aktiviteterne og aktiviteterernes relevans. Hvert kvartal vil de timelønnede modtage et anonymt spørgeskema om vaner og holdninger således, at den løbende forandring måles samt sikrer, at størstedelen af deltagerne medvirker i evalueringen, jf. den løbende udskiftning på pladsen".

Den kvantitative undersøgelse retter sig mod den resultatorienterede del af undersøgelsen og kombinerer spørgeskemaerne med resultaterne af de fysiske tests. Den konkret formulerede beskrivelse i ansøgningen om kvartalsvise spørgeskemaer er fravalgt tidligt i processen på TI's opfordring, da det har vist sig, ikke at være hensigtsmæssigt i praksis i forhold til målgruppen.

Spørgeskemaerne udgør sammen med de fysiske sundhedstjek den resultatorienterede del af evalueringen. Opdraget er at måle effekten af indsatsen i forhold til formål/succeskriterier i TI's projektbeskrivelse, helt konkret de tre første punkter:

- 40 % af deltagerne skal **opleve et fysisk sundhedsløft**, bl.a. på vægt, blodtryk, kondi- og kolesteroltal mm.
- 50 % af deltagerne skal **opleve et psykisk sundhedsløft** inden for områder såsom mere overskud, bedre humør hjemme og ændret holdning til sundhed og livsstil.
- 30 % af deltagerne **oplever en forøget motivation for en sundere livsstil** gennem medinddragelse i projektet.

Strategien for evalueringen var oprindeligt at lave spørgeskemaer både som indledende – input-måling – og ved projektets afslutning som exit-måling. Herved ville vi have muligheden for både at måle på målgruppens oplevelse af fremskridt ved projektets afslutning (fx, har du oplevet et fysisk sundhedsløft som følge af MMIM? ja/nej), men samtidig sammenligne det med deres oplevede fysiske sundhedsniveau ved start og slut (fx skala-svar: 1-10). Det kan fx tænkes, at de, som følge af at være bedre oplyst ved afslutningen, faktisk oplever, at deres aktuelle fysiske sundhedsniveau er dårligere end ved starten – på trods af, at de vil sige, at MMIM har haft en positiv effekt på deres fysiske sundhed! Den slags observationer tillader materialet ikke længere.

Planen blev ikke realiseret i praksis, primært som følge af udskiftning blandt TI's projektmedarbejdere. DTU arrangerede et møde ved personskiftet i begyndelsen af 2012 for at sikre vidensoverførsel; at spørgeskemaet blev udrullet, når man mandede op på projektet. Desværre blev de indledende spørgeskemaer ikke anvendt, og i efteråret 2012 blev strategien derfor ændret til, at spørgeskemaundersøgelsen måtte begrænses til et afsluttende skema. DTU kunne have været bedre til at følge op på aftalen.

8.1.2 Begrænsninger

At der ikke i praksis blev udfoldet spørgeskemaer som hhv. input- og output-måling er en svaghed i forholdt til analysens kvalitet, hvor muligheden for at måle på flere parametre nu er stærkt begrænset.

8.2 Spørgeskemaundersøgelser generelt

En række litteratur er anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af spørgeskemaet. Hansen *et al.* (2008) gennemgår stringent anvendelsen af spørgeskemaer i forskellige undersøgelser. Imidlertid er mange af parametrene i evalueringen af sundhedsfremmeprojektet givet på forhånd, fx målgruppens sammensætning, og den kontekst undersøgelsen udføres i, så refleksionerne hos Hansen *et al.* fungerer i højere grad som en bekræftelse af overvejelserne i det følgende end som en egentlig rettesnor.

8.2.1 Hvilket output ønskes?

Et sted at starte er så at sige bagfra og tænke over, hvilket output vi ønsker i den sidste ende (Jørgensen, 2011)¹. Evalueringen ønsker konkret at måle på, om deltagerne oplever hhv.:

1. **fysiske sundhedsløft**
2. **psykisk sundhedsløft**
3. **forøget motivation**

Man kan indledningsvis pege på, at de oprindelige målsætninger er relativt ukonkrete, meget kvalitative og ikke mindst svært målbare. Det er i høj grad et spørgsmål om tolkning, og evalueringsskemaet og herunder får også spørgeskemaerne stor betydning for, hvordan man vil måle og vurdere om målene er opfyldt.

Mest centralt i forbindelse med de tre ellers kvantitative målsætninger synes at være formuleringen *"skal opleve"*, der optræder for alle tre delmål. Der refereres til aktørernes kvalitative oplevelser, der altså ønskes kvantificeret. Dette peger imod spørgsmål, der kan kvantificere det kvalitative; fx i brugeroplevelser, der kan kvalificeres ved et skala-svar. Et konkret eksempel kunne være: *"På en skala fra 1-10, hvor 1 er værst og 10 er bedst, vurderer din nuværende fysiske form"*. Hansen *et al.* (2008, 71) diskuterer, hvordan spørgeskemaer ofte drejer sig om *"at få kendskab til, hvad personerne i målgruppen gør (adfærd), hvad de mener (holdning) og hvad de ved (viden)"*. Her kan man pege på, at spørgsmålene både knytter sig til holdning og adfærd i form af, hvad målgruppen føler som følge af en (muligvis) ændret adfærd.

- **Krav til spørgeskema: spørgsmål, der kan kvantificere det kvalitative (skalaer).**

Indenfor hvert af de tre områder, der kan ses som overordnede "vandrette dimensioner" i undersøgelsen, kan der følges op med uddybende spørgsmål.

8.2.2 Layout og form

Layoutet i selv-administrerede spørgeskemaer (hvor aktørerne selv udfylder svarene), er vigtigt, for at tilskynde respondenterne til at udfylde skemaet (bl.a. Saunders, Lewis, & Thorhill (2009, 387)). Den bedste måde at opnå valide svar er imidlertid både at holde den visuelle side og udformningen af spørgsmålene simple (ibid.).

Det blev valgt at benytte en papirversion af spørgeskemaet, men undervejs blev drøftet både en papirudgave og en IT-baseret version.

Dele af respondenternes/aktørernes karakteristika, samt den kontekst forskningsprojektet udspringer sig i, er relevante for udformningen af spørgeskemaerne. Hvis man ønsker et bredt dækkende datagrundlag, må spørgeskemaet udformes, så størstedelen forventes at besvare undersøgelsen.

¹ Carsten Sørensen fra Rambøll Survey samler 10 års erfaringer med spørgeskemaundersøgelser til 10 gode råd til SurveyXact-brugere (SurveyXact er et kommercielt værktøj til spørgeskemaundersøgelser).

Dette har også implikationer for dybden af de stillede spørgsmål. I forhold til uddannelsesniveau og skriftligt niveau hos respondenterne, må spørgeskemaet udføres mest muligt som afkrydsning eller lignende. Samtidig bør spørgsmålene formuleres kort, enkelt og præcist. Lange spørgsmål og besvarelser synes i denne henseende urealistisk.

- **Krav til spørgeskema: spørgsmålene formuleres kort, enkelt og præcist.**

Forskningsprojektet optræder desuden i en arbejdsmæssig kontekst, men omhandler aktørernes *personlige* sundhed. Blandt denne type bygningshåndværkere er ofte en jargon, hvor man "er på arbejde for at arbejde". Her kan undersøgelsen føles som et forstyrrende element – også afhængig af i hvor høj grad byggeledelsen formår at frigøre timer til sundhedsfremme, så arbejderne ikke skal løbe endnu hurtigere i arbejdstiden! Fx kan det tænkes, at respondenterne vil udtrykke en stor skepsis mod forskningsprojektets indgriben i deres privatsfære – og nogle vil måske endda modvirke projektet. Derfor må omfanget af spørgeskemaet heller ikke blive en barriere.

- **Krav til spørgeskema: Enkelthed i layout og ikke for mange spørgsmål.**

Oprindeligt var kravet maksimalt 10 spørgsmål på 1 A4-side. Som følge af, at strategien med et indledende og afsluttende spørgeskema blev skrinlagt, blev dette krav modificeret. Med fortsat fokus på enkeltheden blev det besluttet at stille 5-6 hovedspørgsmål til hver af de tre kategorier, formuleret som to underspørgsmål. Layoutmæssigt blev der derfor valgt at bruge 4 sider, hvor forsiden var forbeholdt generelle oplysninger. Til gengæld prioriteredes enkeltheden på den enkelte side – så det ikke så uoverkommeligt ud at skulle besvare.

Hansen *et al.* (2008, 117-34) og Jørgensen (2011, 3) anbefaler, at man i første omgang lader mindre gruppe besvare spørgeskemaet, og derefter vurderer, om der er uhensigtsmæssigheder ved besvarelserne. De oprindelige, indledende spørgeskemaer blev afprøvet i efteråret 2011, og der blev foretaget en række korrektioner, hvorefter de korrigerede, indledende spørgeskemaer blev afprøvet igen. Med et bedre resultat i besvarelserne. Disse erfaringer blev taget med i forbindelse med udformningen af de endelige spørgeskemaer. Det væsentligste drejede sig i virkeligheden om at understrege anonymiteten ved besvarelserne, hvilket medførte, at kvaliteten af besvarelserne steg betragteligt.

Statistisk grundlag?

Det er i projektformuleringen ikke angivet, hvordan målsætningerne kvantificeres. Heller ikke omkring statistiske usikkerheder på datamaterialet. Herved er der heller ikke defineret krav for hvor stor en procentdel af aktørerne på pladsen, der skulle inddrages i det statistiske grundlag. Vi har altså ikke haft et succeskriterium for, hvornår evalueringerne kan vurderes som tilstrækkelige. Ambitionen var, at flest muligt af de involverede bygningsarbejdere besvarede spørgeskemaerne, hvorefter data måtte vurderes i forhold til analysen. Fx kan man overveje, om aktørerne skal have været involveret i en vis tidsperiode for, at aktørerne skal/kan medtages i evalueringen – før man kan forvente, at det vil have haft en effekt. Herved introduceres nødvendigheden af at kunne identificere aktørernes start- og sluttidspunkt i sundhedsfremmeprojektet. Ex post må der laves en da-

taudvælgelse ud fra de indkomne besvarelser ligesom datakvalitet i form af validitet, reliabilitet og statistiske usikkerheder bør inddrages.

- **Krav til spørgeskema: Identifikation samt dato for involvering i Marmormolen in Motion.**

Yderligere overvejelser omkring analyserne, repræsentativitet, validitet, pålidelighed og gyldighed henføres til analysefasen.

8.2.3 Typer af spørgsmål

Det er centralt, hvordan spørgsmålene stilles. I det følgende betragtes kort de muligheder, der er for, hvordan spørgsmålene kan stilles:

Åbne/lukkede spørgsmål:

Åbne spørgsmål, der kræver beskrivende svar, vurderes ikke at være hensigtsmæssige i undersøgelsen. Der benyttes derfor primært lukkede spørgsmål. Se fx Hansen *et al.* (2008, 89), Frankfort-Nachmias & Nachmias (2008, 233), Saunders, Lewis, & Thorhill (2009, 375).

Skalasvar

I forhold til analysen af data vurderes skalasvar at være bedre egnet til de fleste af spørgsmålene. Her er forskellige skalatyper og muligheder relevante at betragte (Se fx Hansen *et al.* (2008, 88) Frankfort-Nachmias & Nachmias (2008, 238) Lewis, & Thorhill (2009, 378)):

1. Enig \Leftrightarrow uenig
2. Vigtig \Leftrightarrow ikke vigtig
3. Likertskala: Udtrykker respondentens holdning i numerisk skala
4. Ja eller nej
5. Bipolare spørgsmål (der har to ekstremer, hvor man kan placere sig på et kontinuum)
6. Talværdi (reelt en uendelig skala!), fx hvor mange penge er du villig til at bruge på motion om ugen?

I forhold til de stillede spørgsmål, kan det være forskellige skalaer, der er relevante. Imidlertid tilstræbes det, at holde sig til ensartede svartyper for at udgå forståelsesvanskeligheder.

En mulighed var en skala med et lige antal svar-muligheder, fx 6, hvilket tvinger respondenterne til at placere sig enten til den ene side eller den anden – og ikke bare i midten. Man udelader muligheden for at respondenterne kan placere sig neutralt – i midterkategorien (Hansen *et al.*, 2008, 86-87). Det fører ubevidst til en ekstra refleksion fra respondenterne. Imidlertid er det vurderet, at skalaen 0-10 (11 svarmuligheder) var bedst egnet til de aktuelle spørgsmål.

8.3 Begrebsafklaring – i forhold til målsætninger

For at gøre det klart, hvad det er, vi ønsker, at spørgeskemaet skal give os indsigt i, bliver det relevant at se nærmere på de benyttede begreber i målsætningen. Kapitlet afspejler, at de tidsmæssige ressourcer har været knappe, og begrebsafklaring ikke har været et primært fokus – og derfor fremstår noget overfladisk/uinformeret.

8.3.1 Sundhed og sundhedsfremme

Begrebet sundhed benyttes i projektansøgningen både i forbindelse med i sundhedsfremme og fysisk og et psykisk sundhedsløft. Sundhed bliver altså et gennemgående tema og et begreb, som er relevant at afklare.

Der eksisterer generelt en lang række definitioner af begrebet sundhed. Et sted, der ofte refereres til, er WHO's definition: "*En tilstand af komplet fysisk, psykisk og social velvære og ikke blot fravær af sygdom og lidelse*" (World Health Organisation (WHO), 1986). Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (NCSA) beskriver, at begrebet er vanskeligt at definere entydigt, men at "*det i dag klart opfattelsen, at sundhed ikke er det samme som fravær af sygdom*" (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (NCSA), 2006).

Sundhedsfremme:

"Sundhedsfremme er den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. For at nå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende, må den enkelte eller gruppen være i stand til at identificere og realisere mål, at tilfredsstille behov og at ændre eller at kunne klare omverdenen" (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (NCSA), 2006).

NCSA nævner desuden Luxembourg Deklarationen som central. Deklarationen er udarbejdet i 1997 og oversat til dansk i 1998. Heri defineres sundhedsfremme på arbejdspladsen på følgende måde:

"Sundhedsfremme på arbejdspladsen er den kombinerede effekt af arbejdsgivers, arbejdstagers og samfundets samlede indsats for at forbedre sundhed og velbefindende hos den arbejdende befolkning. Dette kan opnås ved en kombination af forbedret arbejdsorganisering og arbejdsmiljø, forbedret støtte til arbejdstagernes personlige udvikling og fremme af arbejdstagernes aktive medvirken²". Kilde: (Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (NCSA), 2006).

Her ses sundhedsfremmeprojektet i særdeleshed at fremme arbejdstagernes aktive medvirken. Pedersen beskriver desuden følgende om WHO's anbefalinger angående sundhedsfremme:

"WHO anbefaler den sundhedsfremmende indsats, hvor der dels er fokus på mere end sygdomsfravær, nemlig velvære og livskvalitet, dels er fokus på, at livsstilsændringer alene ikke skaber sundhed, idet "politiske, økonomiske, sociale, kulturelle, miljømæssige, adfærdsmæssige og bio-

² Luxembourg Deklarationen om Sundhedsfremme på arbejdspladsen. København 1998: AMI

logiske faktorer alle kan fremme sundheden eller skade den. Sundhedsfremmende indsatser stræber imod at gøre disse faktorer gunstige for sundheden gennem aktiv støtte" (Pedersen, 2007, 25)

8.3.2 Fysisk sundhed

Projektets målsætning mht. fysisk sundhedsløft er som følger: "*Fysisk sundhedsløft (bl.a. på vægt, blodtryk, kondi- og kolesteroltal mm.)*"

Dette punkt underbygges ikke teoretisk, men forstås som projektets primære aktivitetsfokus, der knytter sig til den fysiske og kropslige del af sundhedsfremmeinitiativet. Det knytter sig såvel til de fysiske tests som aktørernes opfattelse af deres egen fysiske sundhed og formåen. I forbindelse med udformningen af spørgeskemaet i næste afsnit, kan man sige, at opfattelsen af den fysiske sundhed hos os;

- ... relaterer sig til den fysiske og kropslige del af sundhedsfremmeinitiativet...

8.3.3 Psykisk sundhed

Projektets målsætning mht. psykisk sundhedsløft er som følger: "*Psykisk sundhedsløft (inden for områder såsom mere overskud, bedre humør hjemme og ændret holdning til sundhed og livsstil)*". Det kan påpeges, at projektet primært adresserer aktørernes fysiske sundhed fx gennem træning, ændrede vaner og kostomlægning. Derfor kan det påpeges, at det psykiske sundhedsløft i projektet snarere må ses som et (bi-)produkt af det forventede fysiske sundhedsløft, end en egentlig konkret adressering af de psykiske faktorer i sig selv. Man går ikke konkret ind og bearbejder aktørernes psykiske sundhed.

Respondenternes psykiske sundhedsniveau afdækkes ikke på samme måde af tests, som det fysiske. Her bliver spørgeskemaer og interviews mere afgørende. Imidlertid må man påpege, at spørgeskemaer som metode kun i meget ringe grad kan forventes at "åbne op" for aktørernes holdninger og inderste (og til tider ubevidste) motiver. Ikke desto mindre må det være ambitionen at få respondenterne til at tage stilling til deres psykiske sundhedsniveau – på et meget overordnet plan.

I forbindelse med udformningen af spørgeskemaet i næste afsnit, kan man sige, at opfattelsen af den psykiske sundhed hos os;

- ... relaterer sig til de psykiske effekter af sundhedsfremmeinitiativet...

I det følgende udføres et lettere ustyret og ufuldstændigt litteraturstudie for at inspirere til emner for spørgsmålene i spørgeskemaet.

Psykisk sundhed

John Graversgård forsøger at definere et begreb for psykisk sundhed – i forbindelse med hans fokusering på det psykiske arbejdsmiljø (Graversgård, 1995, 18). Han peger på, at en vurdering af om en person er syg eller rask generelt i hvert fald drejer sig om 3 forhold:

1. *Personens egen oplevelse af at være rask eller syg [...]*

2. Forstyrrelser i adfærd og reaktioner. Det kan være fysisk, psykisk, psykosomatisk og socialt.
3. Tilstedeværelsen af et kendt mønster af symptomer, som peger i retning af en sygdom

[...] ”Sundhed fremstår ofte som fravær af sygdom, men da sundhed er relativt og kulturbestemt, kan der ofte være betydelige forskelle i opfattelsen af, hvad der er sundt”. [...] (Graversgård, 1995, 19)

”Ifølge Peter Warr er der 5 væsentlige personfaktorer, som beskriver psykisk sundhed. Det er

- Følelse af tilfredshed
- Kompetence
- Selvstændighed
- Motivation/ambition
- Helhed og harmoni” (Graversgård, 1995, 19)

Af det sidste citat ses blandt andet, hvordan motivation hos Warr indgår som en del af den psykiske sundhed, hvorved det tredje målepunkt i sundhedsfremmeprojektet, motivationen, kan anses som et delelement af det andet, den psykiske sundhed.

Mental health

Taylor & Brown (1988) undersøger *mental health* i et social psykologisk perspektiv. Perspektivet er aktørernes *illusion* af deres velbefindende. Ikke desto mindre kan en række relevante underbegreber af *mental health* udtrækkes af artiklen – selvom det drejer sig om aktørernes illusioner om deres psykiske helbred/sundhed. (Sundhedsfremmeprojektet måler desuden på aktørernes *oplevelser* af sundhed, hvilket kan sidestilles med illusioner...). Hos Taylor & Brown diskuteres bl.a. aktørernes; *Happiness or Contentment; Ability to Care for Others; Capacity for Creative, Productive Work*. Relevante faktorer for spørgeskemaet kunne altså være lykke eller tilfredshed, evne til omsorg for andre og kapacitet for kreativt, produktivt arbejde!

(En central pointe hos Taylor & Brown er desuden:

”Evidence from social cognition research suggests that, contrary to much traditional, psychological wisdom, the mentally healthy person may not be fully cognizant of the day-to-day flotsam and jetsam of life. Rather, the mentally healthy person appears to have the enviable capacity to distort reality in a direction that enhances self-esteem, maintains beliefs in personal efficacy, and promotes an optimistic view of the future”. (Taylor & brown, 1988, 203-04)).

Health-related Quality of Life (HRQOL)

Et begreb, der kan relateres til psykisk sundhed i relation til den (fysiske) sundhed – den måde som det betragtes i projektets målsætninger, er *health-related quality of life* (HRQOL). Fontaine *et al.* (Fontaine *et al.*, 1999) betragter HRQOLi forhold til vægttab i U.S.A. Centralt er det, at de be-

skriver en sammenhæng mellem vægttab og "energiniveau og evnen til at udføre dagligdagsaktiviteter". Disse kan i vores sammenhæng også betragtes som relateret til den psykiske sundhed.

I det hele taget benyttes HRQOL ofte i forbindelse med vægttab og den deraf følgende "livskvalitet", se fx Vasiljevic *et al.* (2011), der betragter HRQOL i relation til vægttab i den serbiske befolkning! De tager udgangspunkt i det såkaldte *impact of weight on quality of life-lite questionnaire (IWQOL-Lite)*, der illustreres bedre hos Kolotkin & Crosby (2002). Her måles via spørgeskemaer på de involveres opfattelse af (øget) livskvalitet i forhold til en række parametre, som kan være interessante, bl.a.: *Physical functioning; Bodily pain; General health, Vitality; Social functioning, Self-esteem; Mental health, Sexual functioning; Public distress; Work* (Kolotkin & Crosby, 2002, pp. 166, Table 4.). Her ses bl.a. sammenhængen mellem den fysiske og den psykiske sundhed. Relevante faktorer for spørgeskemaet kan være selvværd og socialt velbefindende.

Psykisk arbejdsmiljø

Arbejdstilsynets håndbog om psykisk arbejdsmiljø behandler det psykiske arbejdsmiljø, bl.a. ved at se på arbejdsbetinget stress, udbrændthed, ensidigt gentaget arbejde (EGA), skiftarbejde, chokerende begivenheder i arbejdet, mobning og seksuel chikane, og hvad der kaldes "det udviklende arbejde" (Arbejdstilsynet, 2004). Man kan dog påpege, at Arbejdstilsynet i forbindelse med arbejdsbetinget stress ikke inddrager mulige synergieffekter med et øget fysisk sundhedsniveau, når de diskuterer forebyggende foranstaltninger for arbejdsrelateret stress (Arbejdstilsynet, 2004, 21-22).

Arbejds miljørådet anbefaler bl.a. på baggrund af "det udviklende arbejde", 6 "guldkorn", der er seks centrale faktorer for det psykiske arbejdsmiljø for bedre arbejdsmiljø³, der er:

- 1. Indflydelse**
- 2. Mening i arbejdet**
- 3. Forudsigelighed**
- 4. Social støtte**
- 5. Belønning**
- 6. Krav.**

De første fem kan man "ikke få for meget af", mens kravene ikke må være i ubalance med aktørernes ressourcer til at løse kravene; kravene må således ikke være hverken for store eller for små (passive jobs)⁴.

³ http://www.godarbejdstilst.dk/Files/Filer/De_6_guldkorn.pdf

⁴ Der er desuden sammenfald med Peter Warrs vitaminmodel, der både behandles af Arbejdstilsynet (2004, 12) og John Graversgård (1995, 12).

8.3.4 Motivation

Projektets målsætning mht. motivation er som følger: ”*En forøget motivation for en sundere livsstil (gennem medinddragelse i projektet)*”

I forbindelse med udformningen af spørgeskemaet i næste afsnit, kan man sige, at opfattelsen af den motivation hos os;

- ... relaterer sig til livsstilsfaktorer og sundhedsfremme...

8.4 Opbygning af spørgeskemaet

I det følgende opbygges spørgeskemaet systematisk for til sidst at ende ud i et udkast til et spørgeskema.

8.4.1 Baggrundsspørgsmål

Baggrundsspørgsmål vedrører ydre egenskaber og forhold hos den enkelte respondent (Hansen et al., 2008, 72). Spørgeskemaet må indledes med en identifikation af respondenterne til brug for en eventuel analyse af aktørernes udvikling og/eller sammenligning af data på tværs af spørgeskema og fysiske tests. En anonymisering kunne have været ønskelig mht. at opnå en så troværdig besvarelse som muligt, men det lades op til den enkelte, om vedkommende vil besvare denne kategori. Anonymiseringen af data fra fysiske tests kan tænkes at have haft større betydning for respondenternes velvilje.

Firmanavnet tænkes at blive relevant i forhold til analysen.

Samtidig bør der være en datomæssig identifikation. Det optimale ville være at have både dato for ankomst til pladsen og aktørens aktive opstartsdato i sundhedsfremmeprojektet MMIM. Dette vurderes dog ikke at være hensigtsmæssigt, og aktørerne kan desuden have svært ved at svare konkret på disse. Den aktuelle dato for spørgeskemabesvarelsen er kendt, og der vælges for at begrænse antallet af spørgsmål, kun at spørge til, hvor lang tid respondenterne har været på pladsen.

En anden interessant kategori – der dog ikke knytter sig direkte til målene, men kan være interessant i forbindelse med analyserne er respondenternes alder. Det kan tænkes, at såvel den fysiske og psykiske effekt af indsatsen påvirkes af respondenternes alder, ligesom motivationen måske er afhængig af alderen. Omvendt kan visse deltagere måske føle sig intimideret af spørgsmålet. Ligeledes er det relevant at notere hvilke ugentlige fysiske aktiviteter og temaaktiviteter, målgruppen har benyttet på MMIM. Og om man har deltaget i et fysisk sundhedstjek.

Baggrundsspørgsmål:

- Navn/identifikation
- Firma
- Hvor lang tid har du været på Marmormolen?
- Alder
- Funktion på arbejdspladsen (kranfører, montør osv.?)
- Hvilke ugentlige fysiske aktiviteter og temaaktiviteter har du benyttet?
- Har du deltaget i et fysisk sundhedstjek?

På forsiden er det desuden vurderet hensigtsmæssigt at spørge helt overordnet til, om folk har oplevet en virkning som følge af MMIM – enten fysisk, psykisk og/eller i forhold til motivation for sundhed – eller slet ingen effekt som følge af MMIM. Disse svar kan efterfølgende mappes op imod de detaljerede svar ved underkategorierne.

- **Har MMIM haft en betydning for dig – enten din fysiske og/eller psykiske sundhed og/eller i forhold til din motivation for sundhed?**

8.4.2 Fysisk sundhedsløft

Relaterer sig primært til målsætning 1:

"40 % af deltagerne skal opleve et fysisk sundhedsløft bl.a. på vægt, blodtryk, kondi- og kolesteroltal m.m."

I forhold til det fysiske sundhedsløft må den indledende spørgeskemaundersøgelse søge at afdække, respondenternes opfattelse af deres egen fysiske sundhedstilstand. De fysiske tests må afdække respondenternes reelle fysiske sundhedsniveau i form af vægt, blodtryk, kondi- og kolesteroltal m.m., men man kan fint spørge ind til deres egen opfattelse af deres sundhedsniveau. En kilde med særligt fokus på den kostmæssige del er her Fødevarestyrelsens hjemmeside (Fødevarestyrelsen, 2011).

Brainstorm – Fysisk sundhed:

- Fravær af sygdom
- Fysisk overskud
- Kroppen fungerer uden problemer (herunder blodtryk, kolesteroltal m.m.)
- God form (kondital)
- Godt stofskifte
- Føle velvære
- Tilstrækkelig fysisk aktivitet i hverdagen
- Tilstrækkelig søvn/hvile
- Sol og frisk luft!
- Varieret kost
- Vitaminrig kost

- Slank (vægt)
- Smidig
- Udholdenhed
- Styrke
- Muskuløs
- Gode sanser (høre, smage, lugte, se)
- Ikke smerter/ømhed
- Frisk/udhvilet efter søvn
- Ikke halvtræt i løbet af en almindelig dag
- Et godt immunforsvar
- Ikke misbrug (alkohol, stimulanser, rygning)
- At lytte til/mærke kroppens signaler
- Påvirkes også af psykisk sundhedsniveau

Mulige spørgsmål:

- Hvordan vurderer du din egen fysiske form? (1-10/ Meget god ⇔ Meget dårlig)
- Er du tilfreds med din fysiske sundhed? (Ja/Nej/Ved ikke)
- Hvor meget fysisk aktivitet kræver dit arbejde? (1-10/ Rigtig meget ⇔ Slet ikke)
- Hvordan vurderer du din generelle sundhedstilstand? (1-10/ Meget god ⇔ Meget dårlig)
- Hvor meget går du op i din fysiske sundhed? (1-10/ Rigtig meget ⇔ Slet ikke)
- Oplever du problemer med vægten? (Ja/Nej/Ved ikke)
- Har du forhøjet blodtryk? (Ja/Nej/Ved ikke)
- Har du et for højt kolesteroltal? (Ja/Nej/Ved ikke)
- Hvor mange timer bruger du på motion ugentligt? (Timer)
- Hvor ofte dyrker du motion i din fritid? (Dage om ugen)
- Hvor langt vil du mene, at du kan løbe/gå/cykle uden stop? (km)
- Hvor mange timers søvn får du i gennemsnit i din dagligdag? (Timer)
- Får du tilstrækkeligt med søvn? (1-10/ Altid ⇔ Aldrig)
- Er du udhvilet, når du vågner? (1-10/ Altid ⇔ Aldrig)
- Er du ryger? Hvor mange cigaretter ryger du om dagen?
- Hvor mange genstande drikker du i gennemsnit på en uge?
- Drikker du i gennemsnit flere end 14 genstande om ugen (Sundhedsstyrelsens anbefalinger)?
- Hvor meget rører du dig, så din puls stiger? (1-10/Aldrig ⇔ Mere end 30 min. om dagen) (Fødevarestyrelsen, 2011)
- Er din vægt normal i forhold til din alder og højde? (1-10/Helt normal ⇔ Alt for høj/lav) (Fødevarestyrelsen, 2011)
- Hvor meget frugt og grønt spiser du om dagen? (1-10/Intet ⇔ Minimum 6 stk. om dagen) (Fødevarestyrelsen, 2011)
- Hvor meget fisk eller fiskepålæg spiser du om dagen? (1-10/ intet ⇔ Mere end 300 g. pr. uge) (Fødevarestyrelsen, 2011)

- Spiser du groft – fx fuldkornsbrød og pasta? (1-10/ Aldrig (kun hvidt brød) ⇔ Altid) (Fødevarestyrelsen, 2011)
- Hvor meget slik, kager og søde sager spiser du? (1-10/Kun ved særlige lejligheder ⇔ Mere end en håndfuld om dagen) (Fødevarestyrelsen, 2011)
- Sparer du på fedtet? (1-10/ Altid ⇔ Aldrig) (Fødevarestyrelsen, 2011)
- Hvor ofte slukker du din tørst i vand? (1-10/ Altid ⇔ Aldrig) (Fødevarestyrelsen, 2011)

8.4.3 Psykisk sundhedsløft

Relaterer sig primært til målsætning 2:

"50 % af deltagerne skal opleve et psykisk sundhedsløft inde for områder såsom mere overskud, bedre humør hjemme og ændret holdning til sundhed og livsstil".

Som en konsekvens af at den psykiske sundhed ikke adresseres direkte, men i projektansøgningen ses som et produkt af forøget fysisk sundhed, bliver vægten af denne (og den følgende kategori) ikke så massiv som den fysiske sundhed.

Brainstorm – psykisk sundhed:

- Psykisk udmatning og ulyst til arbejdet (fravær af) (Agervold, 1998, 10)
- Psykiske stresssymptomer (fravær af) (Agervold, 1998, 10)
- Psykosomatiske symptomer (fravær af) (Agervold, 1998, 10)
- Sygefravær (fravær af) (Agervold, 1998, 10)
- Fravær af psykisk sygdom
- Personens egen oplevelse af at være rask eller syg
- Forstyrrelser i adfærd og reaktioner. Det kan være fysisk, psykisk, psykosomatisk og socialt.
- Tilstedeværelsen af et kendt mønster af symptomer, som peger i retning af en sygdom
- Følelse af tilfredshed
- Kompetence
- Selvstændighed
- Motivation/ambition
- Helhed og harmoni
- Lykke eller tilfredshed
- Evne til omsorg for andre
- Kapacitet for kreativt og produktivt arbejde
- Energieniveau
- Evnen til at udføre dagligdagsaktiviteter
- Livskvalitet
- Selvværd

- **Socialt velbefindende.**
- **Indflydelse**
- **Mening i arbejdet**
- **Forudsigelighed**
- **Social støtte**
- **Belønning**
- **Krav**
- **Psykisk i balance**
- **At have det godt!**
- **Overskud i hverdagen**
- **Humør**
- **At være sig selv!**
- **Medgang...**
- **At se det positive i ting!**
- **Ofte sammenhæng med fysisk sundhedsniveau**
- **At kende sig selv/mærke sig selv**
- **At kunne mærke hvad man har lyst til/ikke lyst til**

I forskningsprojektet sidestilles holdning til sundhed og livsstil med psykisk sundhed, hvilket er ganske pragmatisk men samtidig acceptabelt set i lyset af, at forskningsprojektet primært fokuserer på de sundheds- og livsstils elementer, der knytter sig til fysisk udfoldelse og sunde vaner. Det psykiske sundhedsløft skal altså opnås gennem den fysiske udfoldelse og ændret livsstil end ved at arbejde med det psykiske i sig selv. Herved kommer det til at hænge tæt sammen med det næste hovedpunkt; motivation for en sundere livsstil.

Mulige spørgsmål:

- **Hvor meget (psykisk) overskud oplever du, at du har i din hverdag? (1-10/ Meget ⇔ Meget lidt)**
- **Hvor meget energi føler du, at du har i din hverdag? (1-10/ Meget ⇔ Meget lidt)**
- **Hvordan vil du betegne dit generelle humør i din fritid? (1-10/ Meget godt ⇔ Meget dårligt)**
- **Hvordan vil du betegne dit generelle humør på arbejdet? (1-10/ Meget godt ⇔ Meget dårligt)**

8.4.4 Motivation => Sundhedsfremme => Livsstil

Relaterer sig primært til målsætning 3:

"30 % af deltagerne oplever en forøget motivation for en sundere livsstil gennem medinddragelse i projektet".

Hænger qua projektets opfattelse af en tæt sammenhæng mellem psykisk sundhed og de fysiske aktiviteter og livsstilsaktiviteterne tæt sammen med det psykiske sundhedsløft og holdningsæn-

dringer til sundhed og livsstil. Motivation kan bevidst og ubevidst være incitamentet – drivkraften – til handlingerne. Via spørgeskemaet søges motivationen diskursivt fremhævet...

Mulige spørgsmål:

- **Hvor vigtig er motion for dig? (1-10/Meget vigtigt ⇔ Overhovedet ikke vigtigt)**
- **Hvor vigtig er en sund livsstil for dig i din hverdag? (1-10/ Meget ⇔ Meget lidt)**
- **Hvor motiveret er du for en sund livsstil? (1-10/ Slet ikke⇔ Rigtig meget)**
- **Hvor mange dage har du været fraværende på grund af sygdom det sidste år?**
- **Spiser du sundt til hverdag? (1-10/ Altid ⇔ Aldrig)**
- **Spiser du varieret til hverdag? (1-10/ Altid ⇔ Aldrig)**
- **Hvor meget frugt og grønt spiser du i din hverdag?**
- **Hvor ofte spiser du fisk i din hverdag?**
- **Hvordan vil du betegne din kost?**
- **Fedtfri => Fedtrig**
- **Sukkerfri => Sukkerrig**
- **Kaloriefri => Kalorierig**
- **Hvor motiveret er du for Marmormolen In Motion initiativet? (1-10/ Meget motiveret ⇔ Overhovedet ikke motiveret)**
- **Hvor interesseret er du i at lære nye opskrifter og tillægge dig madvaner? (1-10/ Meget motiveret ⇔ Overhovedet ikke motiveret)**
- **(På opfordring fra styregruppen på MMIM:) Hvor meget fritid vil du bruge på motion om ugen?**
- **(På opfordring fra styregruppen på MMIM:) Hvor stor egenbetaling vil du være villige til at betale for en motionsordning i virksomheden?**

8.5 Udvalgelse af spørgsmål

Med udgangspunkt i den forudgående gennemgang er udvalgt en række spørgsmål for det endelige spørgeskema, der ses på de følgende sider. Helt overordnet er DTU's opdrag at måle på de tre resultatmål, hvilket kan gøres ganske enkelt med et spørgsmål til hver. For at øge pålideligheden ønskes de tre resultatmål derfor afdækket af en 3-4 underspørgsmål, hvor besvarelserne sammenlignes.

I den oprindelige strategi med et indledende og afsluttende spørgeskema, skulle respondenterne spørges til deres oplevede fysiske sundhed, psykiske sundhed og motivation for en sund livsstil med skalasvar (1-10) for at have en før- og efter-måling og herigennem måle deres *oplevede sundhedsniveau*. Da der ikke længere laves før- og efter-måling er det i forhold til resultatmålingerne ikke længere relevant med disse skala-svar. Imidlertid er der kun én mulighed for at spørge målgruppen, og derfor bibeholdes skala-svarene stadigvæk, idet det giver mulighed for at lave en række interessante tværgående analyser. Eksempler kunne være at se om bestemte aktørgrupper oplevede, at de havde et højere sundhedsniveau end andre og om deltagelse i bestemte ugentlige aktiviteter førte til et højere oplevet sundhedsniveau etc. Dette ligger imidlertid uden for

rammerne af resultatevalueringen, så selve analysen udføres ikke. Men data er indsamlet, og det er derfor en mulighed i fremtiden at lave disse analyser, hvis det efterspørges af projektparterne.

8.6 Afrunding

Bilaget reflekterer en række tanker, der ligger til grund for DTU's spørgeskema for sundhedsfremmeprojektet Marmormolen in Motion. Spørgeskema indeholder reelt en række banale spørgsmål, som måske ikke ved første øjekast berettiger til det lange tilløb i form af dette bilag. Imidlertid viser det, at det ikke er tilfældigt, at spørgeskemaet har den form og det udtryk det har. Bilaget indeholder også en række refleksioner – primært mht. respondenterne – der netop fører til den simple form. Spørgeskemaet er tæt knyttet til det samlede evalueringssætup. Dette bilag prøver systematisk at reducere konsekvenserne af at et indledende og afsluttende spørgeskema ikke blev udrullet efter planen.

8.7 Præsentation af spørgeskemaet

På de følgende sider ses spørgeskemaet i den endelige form, som det blev anvendt i på MMIM, hvor der blev gennemført en spørgeskemaundersøgelse på morgenmødet mandag den 3. december 2012, kl. 6.30.

Marmormolen In Motion (MMIM) – Afsluttende spørgeskema

Dit navn (frivilligt): _____ Din alder: _____ år

Hvor lang tid har du været på Marmormolen? _____ måneder _____ uger

Hvilket firma arbejder du for? (SÆT X):

Per Aarsleff A/S G. Tscherning A/S Andre

Hvilke opgaver varetager du på Marmormolen?

Håndmand Flådearbejder
 Anlægsmand Smed
 Maskinfører Formand
 Nedriver Andet

Hvilke Marmormolen In Motion-initiativer har du deltaget/været involveret i? (Sæt gerne flere X'er)

Ingen

Ugentlige aktiviteter
og/eller motion:

Motionsrum
 Core-træning
 Spinning

Mackenzieøvelser
 Gå-ture
 Cross fit

Massage
 Løbehold
 Havkajak

Temaaktiviteter

Førstehjælp
 Rygning
 Førstehjælp
 Søvn og restitution
 Om sex

Manderollen
 Om sundhed
 Ergonomi i arbejdet
 Psykisk og social
arbejds miljø

Personlig vejning/mål
 Kost og kostvejledning
 Energi til livet / motion
 Alkohol og euforiserende stoffer
 Hud og testikelcancer


Andet?: _____

Har du for nyligt deltaget i et fysisk sundhedstjek? (cirka november 2012)

Ja Nej Ved ikke

Har Marmormolen In Motion haft en betydning/virkning for dig? (Sæt gerne flere X'er)

- Ja, jeg oplever, at jeg har det bedre fysisk
 Ja, jeg oplever, at jeg har det bedre psykisk
 Ja, jeg er blevet motiveret for en sundere livsstil
 Nej, hverken for min fysiske eller psykiske sundhed eller min motivation for en sundere livsstil

Videre til næste side 

DTU Management
Institut for Planlægning, Innovation og Ledelse

Side 1 af 4.

cas@mmim.dtu.dk - november 2011

Spørgsmål om fysisk sundhed:

(SÆT X eller O):

1. Hvordan er din **generelle sundhedstilstand**? Meget dårlig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Meget god

Som følge af MMIM, er din **generelle sundhedstilstand**

<input type="checkbox"/>	<i>værre end før</i>
<input type="checkbox"/>	<i>den samme som før</i>
<input type="checkbox"/>	<i>bedre end før</i>

2. Hvordan er din **fysiske form**? Meget dårlig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Meget god

Som følge af MMIM, er din **fysiske form**

<input type="checkbox"/>	<i>værre end før</i>
<input type="checkbox"/>	<i>den samme som før</i>
<input type="checkbox"/>	<i>bedre end før</i>

3. Hvor mange timer bruger du på **motion** ugentligt? Antal timer 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 timer eller mere

Som følge af MMIM dyrker du

<input type="checkbox"/>	<i>mindre motion end før</i>
<input type="checkbox"/>	<i>den samme motion som før</i>
<input type="checkbox"/>	<i>mere motion end før</i>


4. Hvor meget går du op i din **fysiske sundhed**? Meget lidt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Rigtig meget

Som følge af MMIM, er din **fysiske sundhed**

<input type="checkbox"/>	<i>mindre vigtig end før</i>
<input type="checkbox"/>	<i>ligeså vigtig som før</i>
<input type="checkbox"/>	<i>mere vigtig end før</i>

Som følge af MMIM, er din **produktivitet på arbejdet**

<input type="checkbox"/>	<i>faldet</i>
<input type="checkbox"/>	<i>den samme</i>
<input type="checkbox"/>	<i>steget</i>

Videre til næste side 

Spørgsmål om **psykisk sundhed**:

(SÆT X eller O):

5. Hvor meget psykisk overskud oplever du, at du har i din hverdag? Meget lidt

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Meget meget

Som følge af MMIM, er dit psykiske overskud

<input type="checkbox"/>	<i>mindre</i> end for
<input type="checkbox"/>	<i>det samme</i> som for
<input type="checkbox"/>	<i>større</i> end for

6. Hvordan vil du betegne dit humør i din fritid? Meget dårligt

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Meget godt

Som følge af MMIM, er dit humør i din fritid

<input type="checkbox"/>	<i>dårligere</i> end for
<input type="checkbox"/>	<i>det samme</i> som for
<input type="checkbox"/>	<i>bedre</i> end for

7. Hvordan vil du betegne dit humør på arbejde? Meget dårligt

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Meget godt

Som følge af MMIM, er dit humør på arbejde

<input type="checkbox"/>	<i>dårligere</i> end for
<input type="checkbox"/>	<i>det samme</i> som for
<input type="checkbox"/>	<i>bedre</i> end for

8. Hvor meget energi har du i din hverdag? Meget lidt

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Meget meget

Som følge af MMIM, har du

<input type="checkbox"/>	<i>mindre energi</i> end for
<input type="checkbox"/>	<i>den samme energi</i> som for
<input type="checkbox"/>	<i>mere energi</i> end for

9. Hvor vigtig er en sund livsstil for dig i din hverdag? Slet ikke vigtig

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Meget vigtig

Som følge af MMIM, er en sund livsstil

<input type="checkbox"/>	<i>mindre vigtig</i> end for
<input type="checkbox"/>	<i>ligeså vigtig</i> som for
<input type="checkbox"/>	<i>mere vigtig</i> end for

Videre til næste side

Spørgsmål om vaner og motivation for sundhed:

(SÆT X eller O):

10. Hvor motiveret er du for en sund livsstil?	Ikke motiveret	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Meget motiveret
--	----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

Som følge af MMIM, er din motivation for en sund livsstil

<input type="checkbox"/>	<i>mindre</i> end før
<input type="checkbox"/>	<i>den samme</i> som før
<input type="checkbox"/>	<i>større</i> end før

11. Spiser du sundt og varieret til hverdag?	Sjældent	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Altid
--	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

Som følge af MMIM, er sund og varieret kost

<input type="checkbox"/>	<i>mindre vigtig</i> end før
<input type="checkbox"/>	<i>ligeså vigtig</i> som før
<input type="checkbox"/>	<i>mere vigtig</i> end før

12. Hvor mange timer sover du om natten?	Antal timer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 timer eller mere
--	-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

Som følge af MMIM, er du

<input type="checkbox"/>	<i>mindre</i> udhvilet, når du vågner end før
<input type="checkbox"/>	<i>ligeså</i> udhvilet, når du vågner som før
<input type="checkbox"/>	<i>mere</i> udhvilet, når du vågner end før

Som følge af MMIM drikker jeg

<input type="checkbox"/>	<i>stadig ikke</i> alkohol
<input type="checkbox"/>	<i>mindre</i> alkohol end før
<input type="checkbox"/>	<i>den samme</i> alkohol
<input type="checkbox"/>	<i>mere</i> alkohol end før

Som følge af MMIM ryger jeg

<input type="checkbox"/>	<i>stadig ikke</i>
<input type="checkbox"/>	<i>mindre</i> end før
<input type="checkbox"/>	<i>det samme</i> som før
<input type="checkbox"/>	<i>mere</i> end før

9 BILAG C: Metodeovervejelser for evalueringen

Evalueringsopgaven er udført i to tempi med omtrent 1/3-del ressourcer i indledningen og 2/3-dele ved afslutningen. Evalueringssetup med udarbejdelse af spørgeskemaer pågik medio 2011. Samtaler med relevante aktører blev udført i sidste halvår af 2012 og spørgeskemaundersøgelse blev udrullet december 2012. Opfølgning og analyse af empirisk data blev foretaget over nytåret 2012 – altså i slutningen af forløbet.

De centrale empiriske elementer i analysen har været:

- Henvendt mod de kvantitative målsætninger:
 - Spørgeskemaundersøgelse
 - Data fra fysiske tests (vægt, blodtryk, kondi- og kolesteroltal m.m.)
 - Opfølgende interviews
- Evaluering af forskningsprojektets metode og proces:
 - Interviews, dokumenter og delvist observationer

Analysen indeholder både kvantitativt data (spørgeskemaer, fysiske tests m.m.) samt kvalitative – primært i form af interviews og dokumenter.

En central metodisk kilde i udformningen af evalueringen har været "Håndbog i evaluering" (Rieper, 2004) både i forhold til procesevaluering og resultatevalueringen (hos Rieper benævnt effektvaluering).

9.1 Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen er konkret planlagt for at måle på resultatmålene i projektet og holdes herefter op imod de formulerede målsætninger i projektbeskrivelsen. Der er i forbindelse med udformningen af spørgeskemaerne gjort en lang række overvejelser omkring strategi, planlægning, layout og form, spørgsmålenes formuleringer og type etc., der gennemgås i "BILAG B: Spørgeskema 1; formulering og opbygning", side 33.

Spørgeskemaundersøgelsen var oprindeligt planlagt som en før- og eftermåling, og det var aftalt, at MMIM-projektledelsen skulle stå for udrulningen. Dette viste sig langt henne i projektet ikke at være gennemført, og den anvendte strategi for spørgeskemaundersøgelsen skal ses i dette lys. Her er ligeledes brugt nogle ressourcer på at sikre tilstrækkeligt datagrundlag – fx supplerende spørgeskemaer ved fysiske sundhedstjek. Ikke alle disse tiltag har vist sig anvendelige i praksis i den endelige analyse.

Den endelige udformning af spørgeskemaerne indeholder en række spørgsmål, som belyser resultatmålene fra flere forskellige vinkler suppleret med en række skala-spørgsmål til målgruppens opfattelse af deres fysiske og psykiske sundhed samt motivation for en sundere livsstil. Det var vigtigt at sikre, at spørgsmålene var tilstrækkelig belyst, da spørgeskemaundersøgelsen kun blev udfoldet den ene gang. Efter dataindsamling er det besluttet, at de supplerende skala-svarspørgsmål ikke bidrager til den specifikke analyse i forhold til resultatmålene. Derfor indgår disse

ikke i analysen, men kan tænkes anvendt senere, hvis man ønsker at uddrage yderligere nuancering af materialet.

Forventninger til målgruppens indstilling til spørgeskemaer (men også sundhedsfremme i det hele taget) har givet anledning til overvejelser omkring såvel spørgeskemaernes struktur og længde, som spørgsmålene der stilles. Dette har også implikationer for dybden af de stillede spørgsmål. Da resultatevalueringen konkret måler på tre brede målsætninger, vurderes spørgeskematilgangen imidlertid at være velegnet – også i forhold til målgruppen.

9.1.1 Datamateriale, begrænsninger og usikkerheder

Datamaterialet består af spørgeskemaer, som er blevet uddelt til udfyldning ved et obligatorisk morgenmøde, mandag den 3. december 2012 kl. 6.30, i byggepladsens café på Marmormolen. Der blev omdelt ét spørgeskema pr. mand med en konvolut for at sikre anonymiteten, og stemningen var god, da disse blev udfyldt i løbet af 10-15 minutter. Målgruppen var primært de time-lønnede fra Aarsleff og Tscherning, men også formændene deltog, da de også har deltaget i mange af aktiviteterne.

MMIM-projektledelsen vurderede ved spørgeskemaundersøgelsens udførelse, at der i forbindelse med afslutningen af byggeprojektet var en stor gruppe deltagere, der var relativt nye på projektet (opmænding i forbindelse med aflevering) og derfor med stor sandsynlighed påvirker resultaterne i en negativ retning.

I alt 47 udfyldte spørgeskemaer blev indsamlet. Ikke alle spørgsmål er imidlertid besvaret af alle 47. Heraf er for de enkelte spørgsmål typisk 37-40 spørgeskemaer udfyldt korrekt, så de kan anvendes i analysen. Hver besvarelse tæller derfor ~2,5 procentpoint i sig selv, hvilket betyder, at de henholdsvis 30 %, 50 % og 40 % fra målsætninger reelt kun kræver henholdsvis 12-15, 20-25 og 16-20 personer, der svarer ja til spørgsmålene for målopfyldelse. Vægten af hvert enkelt svar har altså en stor betydning, hvorfor det statistiske grundlag må betegnes som begrænset. Konklusionerne er således kun indikatorer.

I det hele taget kan man pege på, at datamaterialet er temmelig tyndt. Pålidelighed omhandler, at *"skemaet giver samme resultat ved gentagne målinger på samme forhold"* (Hansen et al., 2008, 92). Denne kan på sin vis være til diskussion med det nuværende setup, men vurderes dog til at være tilstrækkelig – med de forbehold, der tages for konklusionerne.

Gyldighed (også kaldet validitet) omhandler *"at spørgsmålene måler det, man ønsker at måle og ikke noget andet."* (Hansen et al., 2008, 92). Gyldigheden kan fx være et problem, hvis der findes politisk eller moralsk korrekte svar på spørgsmålene (Ibid., 91), hvilket der i høj grad gør i forbindelse med spørgsmål om motion, kost, alkohol, rygning osv.

I alt er stillet 35 spørgsmål.

Indledningsvis stilles tre åbne spørgsmål (navn; alder; tid på Marmormolen) efterfulgt af fire lukkede generelle spørgsmål (firma; arbejdsfunktion; hvilke aktiviteter man har deltaget i; om man er blevet sundhedstestet for nyligt). Afslutningsvis er der på forsiden stillet konkrete lukkede

spørgsmål til MMIM's resultatmål, (hhv. fysisk sundhed, psykisk sundhed og motivation for sund livsstil).

Herefter er der stillet 9 spørgsmål på separat side om fysisk sundhed hhv. 4 skala-svar og 5 spørgsmål med lukkede svarmuligheder.

Herefter er der stillet 10 spørgsmål på separat side om psykisk sundhed hhv. 5 skala-svar og 5 spørgsmål med lukkede svarmuligheder.

Afslutningsvis er der stillet 8 spørgsmål på separat side om vaner og motivation for sundhed hhv. 3 skala-svar og 5 spørgsmål med lukkede svarmuligheder.

Skalasvarene bidrager ikke til resultatanalysen, og er derfor udeladt i det følgende. Svarene kan bruges, hvis man ønsker at lave tværgående analyse af sammenhænge mellem faktorer i datamaterialet (Fx oplevet sundhedstilstand som funktion af alder eller arbejdsfunktion etc.). Dette er imidlertid ikke en del af evalueringens opdrag, og datagrundlagets begrænsede omfang må desuden ses som begrænsende i forhold til at trække virkelige stærke konklusioner ud af materialet.

For de to første kvantitative målsætninger korrelerer resultaterne rimeligt mens de rimeligt forskellige svarresultater (hhv. 59 % og 46 %), hvor det samme spørgsmål stilles to gange under målsætning 3 afslører, at pålideligheden ved målingerne er begrænsede. Med henblik på det begrænsede antal besvarelser og den begrænsede pålidelighed, kan datamaterialet ikke bære mere, end at konklusionen betragtes som indikatorer, og den samlede konklusion må ses fra kombinationen af de forskellige elementer i analysen – og ikke spørgeskemaanalysen alene.

9.2 De fysiske sundhedstjek

Alectia har på MMIM udført en række fysiske sundhedstjek på i alt 68 personer; 17 personer blev tjekket minimum 2 gange mens 51 personer blev testet én gang.

Fra formuleringen af målsætningen, der relaterer sig til brugernes oplevede fysiske sundhedsløft, kan man pege på, at de fysiske tests skal have en vis vægt i forbindelse med den endelige vurdering af dette spørgsmål.

Det er ikke evalueringens opdrag at analysere på de fysiske tests ud over relationen til resultatmålne.

I forhold til resultatmålne er det gruppen på de 17, der primært er interessante – da man kan betragte en udvikling over tid. Det må dog betegnes som et spinkelt datagrundlag, og også her er vægten af konklusionerne begrænset.

De fysiske tests var som udgangspunkt frivillige. Der er derfor stor sandsynlighed for en vis bias i testgruppen i forhold til at være mere tilbøjelige til at anvende de fysiske aktiviteter i MMIM end gennemsnittet af hele målgruppen – også på trods af, at der er gjort en aktiv indsats for at opfordre alle til at deltage – også dem, der typisk var tilbageholdende fra de fysiske aktiviteter. Denne bias er antageligt endnu mere udtalt blandt gruppen, der har deltaget i to sundhedstests.

Der vil desuden være en sammenhæng mellem målgruppens svar i spørgeskemaerne, hvis de har deltaget i et fysisk sundhedstjek, idet deres subjektive holdning vil være påvirket af deres konkrete resultater af sundhedstjek.

9.2.1 Ekstra spørgeskema – udført med sundhedstjek

I forbindelse med de afsluttende sundhedstjek i november 2012, blev der udført en ekstra spørgeskemaundersøgelse. Dette var en del af strategien for at sikre et tilstrækkeligt datagrundlag efter den oprindelige plan med før- og efterspørgeskemaer viste sig ikke at blive realiseret. Som følge af, at de fysiske sundhedstjek blev holdt anonyme – så spørgeskemaer for den enkelte ikke kunne holdes op imod deres fysiske data – er disse ikke anvendt i analyserne. Samtidig vurderes der at være for stort overlap mellem personer, der også deltog i den fælles spørgeskema.

Der var i øvrigt 20 besvarelser på spørgeskemaet.

9.3 Procesevaluering

Procesevalueringen er afdækket primært på baggrund af en række semi-strukturerede interviews og sekundært gennem observationer og dokumentanalyse. Evalueringen udføres mere som punktnedslag; pga. projektets udstrækning er det ikke realistisk at være involveret i hele perioden, og risikoen er, at evalueringen ikke opnår tilstrækkelig *aktuel tyngde*. I tabellen ses en oversigt over interviews i evalueringen.

Marmormolen in Motion – Interview		Rolle i MMIM				
Aktør/gruppe	Antal i alt	Styregruppe	MMIM projektledelse	MMIM aktiviteter mm.	Byggeledelse	Målgruppe
Styregruppemedlem – Aarsleff	1	X				
Projektleder - TI (også styregruppe)	1	X	X			
TI projektkonsulenter	~4		X			
Alectia projektkonsulent	2			X		
2 fitnessinstruktører	2			X		
Entrepriseleder – Aarsleff	1				X	
5 formænd (Aarsleff og Tscherning)	5				X	(X)
13 timelønnede (Aarsleff og Tscherning)	13					X
Total	29					

Tabel 4: Oversigt over interviews inkluderet i evalueringen.

For de timelønnede blev interview gennemført med repræsentanter fra såvel aktive brugere, delvist aktive og "ikke-aktive" i MMIM.

9.3.1 Begrænsninger

I forhold til dybde kan man pege på, at evalueringen ikke har været til stede i de konkrete processer og således primært leverer retrospektive andenhånds indtryk; subjektive tolkninger af subjek-

tive tolkninger (dobbel hermeneutik). Således hævder evalueringen ikke at repræsentere alle nuancer af alle spørgsmål, der kunne have været relevante. Evalueringen præsenterer snarere en række oplevede tendenser og tolkninger. Et metodisk udvælgelseskriterium er derfor, at de præsenterede argumenter, som minimum skal være fremhævet af to eller flere kilder – primært fra forskellige aktørgrupper.

9.3.2 Dimensioner på evalueringen

Procesanalysen struktureres omkring primære elementer fra projektbeskrivelsen samt centrale pointer fra primært interviewene. I evalueringen vil indgå en række elementer på tværs af analyserne fx

- **Programteori-dimensioner**
 - program/projektbeskrivelse
 - målsætninger
 - virkemidler
 - ressourcer
 - resultater
 - sammenhængen imellem dimensionerne

- **Proces-dimensioner:**
 - lederskab
 - kommunikation og dialog
 - inddragelse og involvering
 - læring

- **Sundhedsfremme-dimensioner**
 - muligheder
 - læring

I henhold til projektansøgning og det brede anvendte sundhedsbegreb synes en række gennemgående dimensioner i undersøgelsen at være:

- **Fysisk sundhedsløft** (bl.a. på vægt, blodtryk, kondi- og kolesteroltal mm.).
- **Psykisk sundhedsløft** (inde for områder såsom mere overskud, bedre humør hjemme og ændret holdning til sundhed og livsstil).
- En forøget **motivation for en sundere livsstil** (gennem medinddragelse i projektet).

10 Bilag D: Spørgeskemaundersøgelse 2; Data

Bilaget præsenterer rådata fra spørgeskemaundersøgelsen i form af tabeller. I det efterfølgende bilag præsenteres data løbende med liggende søjlediagrammer sammen med analysen.

	Total
[LAUNCH]	47

	Total
[TARGET_GROUP]	47

	Total
Dit navn (frivilligt)	37

	Total
Din alder	41

	Total
Hvor lang tid har du været på Marmormolen?	42

	Total	
Hvilket firma arbejder du for? (SÆT X):	Procent	Antal
Per Aarsleff A/S	80%	36
G. Tscherning A/S	18%	8
Andre	4%	2
Total	102%	46

	Total	
Hvilke opgaver varetager du på Marmormolen?	Procent	Antal
Håndmand	54%	25
Flådearbejder	9%	4
Anlægsmand	20%	9
Smed	22%	10
Maskinfører	17%	8
Formand	4%	2
Nedriver	0%	0
Andet	4%	2
Total	130%	60

	Total	
Ugentlige aktiviteter og/eller motion:	Procent	Antal
Ingen	23%	8
Motionsrum	20%	7
Core-træning	26%	9
Spinning	29%	10
Mackenzieøvelser	20%	7
Gå-ture	17%	6
Cross fit	29%	10
Massage	63%	22
Løbehold	3%	1
Havkajak	0%	0
Total	229%	80

	Total	
Temaaktiviteter	Procent	Antal
Ingen	8%	3
Førstehjælp	41%	15
Rygning	22%	8
Førstehjælp	30%	11
Søvn og restitution	54%	20
Om sex	68%	25
Manderollen	57%	21
Om sundhed	51%	19
Ergonomi i arbejdet	27%	10
Psykisk og social	46%	17
arbejds miljø	0%	0
Personlig vejning/mål	35%	13
Kost og kostvejledning	43%	16
Energi til livet / motion	30%	11
Alkohol og euforiserende stoffer	43%	16
Hud og testikelcancer	57%	21
Total	611%	226

	Total
Andet?	4

	Total	
Har du for nyligt deltaget i et fysisk sundhedstjek? (cirka november 2012)	Procent	Antal
Ja	38%	17
Nej	60%	27
Ved ikke	2%	1
Total	100%	45

	Total	
Har Marmormolen In Motion haft en betydning/virkning for dig? (Sæt gerne flere X'er)	Procent	Antal
Ja, jeg oplever, at jeg har det bedre fysisk	32%	13
Ja, jeg oplever, at jeg har det bedre psykisk	24%	10
Ja, jeg er blevet motiveret for en sundere livsstil	59%	24
Nej, hverken for min fysiske eller psykiske sundhed eller min motivation for en sundere livsstil	34%	14
Total	149%	61

	Total	
1. Hvordan er din generelle sundhedstilstand?	Procent	Antal
0 Meget dårlig	0%	0
1	0%	0
2	5%	2
3	5%	2
4	5%	2
5	13%	5
6	18%	7
7	13%	5
8	30%	12
9	5%	2
10 Meget god	8%	3
Total	100%	40

	Total	
Som følge af MMIM, er din generelle sundhedstilstand	Procent	Antal
værre end før	0%	0
den samme som før	71%	27
bedre end før	29%	11
Total	100%	38

	Total	
2. Hvordan er din fysiske form?	Procent	Antal
0 Meget dårlig	0%	0
1	0%	0
2	0%	0
3	0%	0
4	10%	4
5	15%	6
6	13%	5
7	28%	11
8	23%	9
9	8%	3
10 Meget god	5%	2
Total	100%	40

	Total	
Som følge af MMIM, er din fysiske form	Procent	Antal
værre end før	0%	0
den samme som før	73%	27
bedre end før	27%	10
Total	100%	37

	Total	
3. Hvor mange timer bruger du på motion ugentligt?	Procent	Antal
0 Antal timer	24%	9
1	5%	2
2	27%	10
3	16%	6
4	5%	2
5	5%	2
6	5%	2
7	0%	0
8	0%	0
9	0%	0
10	0%	0
10 timer eller mere	11%	4
Total	100%	37

	Total	
Som følge af MMIM dyrker du	Procent	Antal
mindre motion end før	0%	0
den samme motion som før	73%	27
mere motion end før	27%	10
Total	100%	37

	Total	
4. Hvor meget går du op i din fysiske sundhed?	Procent	Antal
0 Meget lidt	10%	4
1	0%	0
2	5%	2
3	5%	2
4	10%	4
5	15%	6
6	5%	2
7	23%	9
8	13%	5
9	5%	2
10 Rigtig meget	10%	4
Total	100%	40

	Total	
Som følge af MMIM, er din produktivitet på arbejdet	Procent	Antal
faldet	0%	0
den samme	88%	35
steget	13%	5
Total	100%	40

	Total	
5. Hvor meget psykisk overskud oplever du, at du har i din hverdag?	Procent	Antal
0 Meget lidt	3%	1
1	0%	0
2	0%	0
3	3%	1
4	3%	1
5	32%	12
6	8%	3
7	29%	11
8	16%	6
9	3%	1
10 Rigtig meget	5%	2
Total	100%	38

	Total	
Som følge af MMIM, er dit psykiske overskud	Procent	Antal
mindre end før	3%	1
det samme som før	77%	30
større end før	21%	8
Total	100%	39

	Total	
6. Hvordan vil du betegne dit humør i din fritid?	Procent	Antal
0 Meget dårligt	0%	0
1	0%	0
2	0%	0
3	0%	0
4	3%	1
5	3%	1
6	8%	3
7	21%	8
8	18%	7
9	21%	8
10 Meget godt	26%	10
Total	100%	38

	Total	
Som følge af MMIM, er dit humør i din fritid	Procent	Antal
dårligere end før	0%	0
det samme som før	77%	30
bedre end før	23%	9
Total	100%	39

	Total	
7. Hvordan vil du betegne dit humør på arbejde?	Procent	Antal
0 Meget dårligt	0%	0
1	0%	0
2	3%	1
3	0%	0
4	0%	0
5	8%	3
6	8%	3
7	23%	9
8	26%	10
9	13%	5
10 Meget godt	21%	8
Total	100%	39

	Total	
Som følge af MMIM, er dit humør på arbejde	Procent	Antal
dårligere end før	0%	0
det samme som før	74%	28
bedre end før	26%	10
Total	100%	38

	Total	
8. Hvor meget energi har du i din hverdag?	Procent	Antal
0 Meget lidt	0%	0
1	0%	0
2	0%	0
3	0%	0
4	3%	1
5	13%	5
6	15%	6
7	21%	8
8	23%	9
9	13%	5
10 Rigtig meget	13%	5
Total	100%	39

	Total	
Som følge af MMIM, har du	Procent	Antal
mindre energi end før	0%	0
den samme energi som før	82%	32
mere energi end før	18%	7
Total	100%	39

	Total	
9. Hvor vigtig er en sund livsstil for dig i din hverdag?	Procent	Antal
0 Slet ikke vigtig	3%	1
1	3%	1
2	5%	2
3	3%	1
4	5%	2
5	13%	5
6	10%	4
7	15%	6
8	21%	8
9	5%	2
10 Meget vigtigt	18%	7
Total	100%	39

	Total	
Som følge af MMIM, er en sund livsstil	Procent	Antal
mindre vigtig end før	0%	0
ligeså vigtig som før	67%	26
mere vigtig end før	33%	13
Total	100%	39

	Total	
10. Hvor motiveret er du for en sund livsstil?	Procent	Antal
0 Ikke motiveret	0%	0
1	3%	1
2	3%	1
3	5%	2
4	5%	2
5	18%	7
6	8%	3
7	20%	8
8	23%	9
9	8%	3
10 Meget motiveret	10%	4
Total	100%	40

	Total	
Som følge af MMIM, er din motivation for en sund livsstil	Procent	Antal
mindre end før	0%	0
den samme som før	54%	21
større end før	46%	18
Total	100%	39

	Total	
11. Spiser du sundt og varieret til hverdag?	Procent	Antal
0 Sjældent	3%	1
1	3%	1
2	5%	2
3	0%	0
4	5%	2
5	25%	10
6	23%	9
7	13%	5
8	13%	5
9	5%	2
10 Altid	8%	3
Total	100%	40

	Total	
Som følge af MMIM, er sund og varieret kost	Procent	Antal
mindre vigtig end før	0%	0
ligeså vigtig som før	72%	28
mere vigtig end før	28%	11
Total	100%	39

	Total	
12. Hvor mange timer sover du om natten?	Procent	Antal
0 Antal timer	0%	0
1	0%	0
2	0%	0
3	0%	0
4	0%	0
5	5%	2
6	37%	14
7	45%	17
8	13%	5
9	0%	0
10	0%	0
10 timer eller mere	0%	0
Total	100%	38

	Total	
Som følge af MMIM, er du	Procent	Antal
mindre udhvilet, når du vågner end før	0%	0
ligeså udhvilet, når du vågner som før	87%	33
mere udhvilet, når du vågner end før	13%	5
Total	100%	38

	Total	
Som følge af MMIM drikker jeg	Procent	Antal
stadig ikke alkohol	10%	4
mindre alkohol end før	15%	6
den samme alkohol	73%	29
mere alkohol end før	3%	1
Total	100%	40

	Total	
Som følge af MMIM ryger jeg	Procent	Antal
stadig ikke	58%	23
mindre end før	13%	5
det samme som før	30%	12
mere end før	0%	0
Total	100%	40

11 BILAG E: Spørgeskemaundersøgelse 3; Analyse

I bilaget udføres den stringente dataanalyse fra spørgeskemaundersøgelse, hvor de primære resultater overføres til hovedrapporten. Der er fokuseret på data, der evalueres i forhold til projektets resultatmålsætning. Spørgeskemaundersøgelsen omfattede en række spørgsmål, som kan ligge til grund for yderligere analyse – men som ikke henvender sig direkte mod resultatmålene, og som derfor ikke er analyseret, men blot præsenteret i form af figurer. Der opdeles i afsnit i henhold til hovedområderne.

Spørgeskemaer er udformet af DTU, mens Teknologisk Institut har varetaget indtastning af data og generering af figurer.

”Rå” spørgeskemadata ses i ”Bilag D: Spørgeskemaundersøgelse 2; Data” side 59. Besvarelserne på figurform samt en indledende analyse af de væsentligste elementer følger i nærværende kapitel. Alle figurer er præsenteret i oversigten, så alle data er tilgængelige for parterne fremover, men kun de relevante figurer kommenteres i analysen.

Data fra fysiske tests er baseret på Alectia rapport fra MMIM se ”BILAG F: Data fra fysiske tests fra Alectia” side 93. De fysiske tests fungerer primært sammen med spørgeskemaet til at adressere det første resultatmål omkring deltagernes fysiske sundhedsløft og fungerer som et (relativt) objektive inputs til de subjektive *oplevelser af fysisk sundhedsløft*, som adresseres af spørgeskemaerne. Der er imidlertid også enkelte pointer fra de fysiske tests, der relaterer sig til de to andre resultatmål.

I det følgende gennemgås analysen inddelt i underafsnit vedrørende baggrundsspørgsmål, spørgsmål om fysisk sundhed, spørgsmål om psykisk sundhed og spørgsmål om vaner og motivation for sundhed.

11.1 Sundhedsfremme generelt og baggrundsspørgsmål

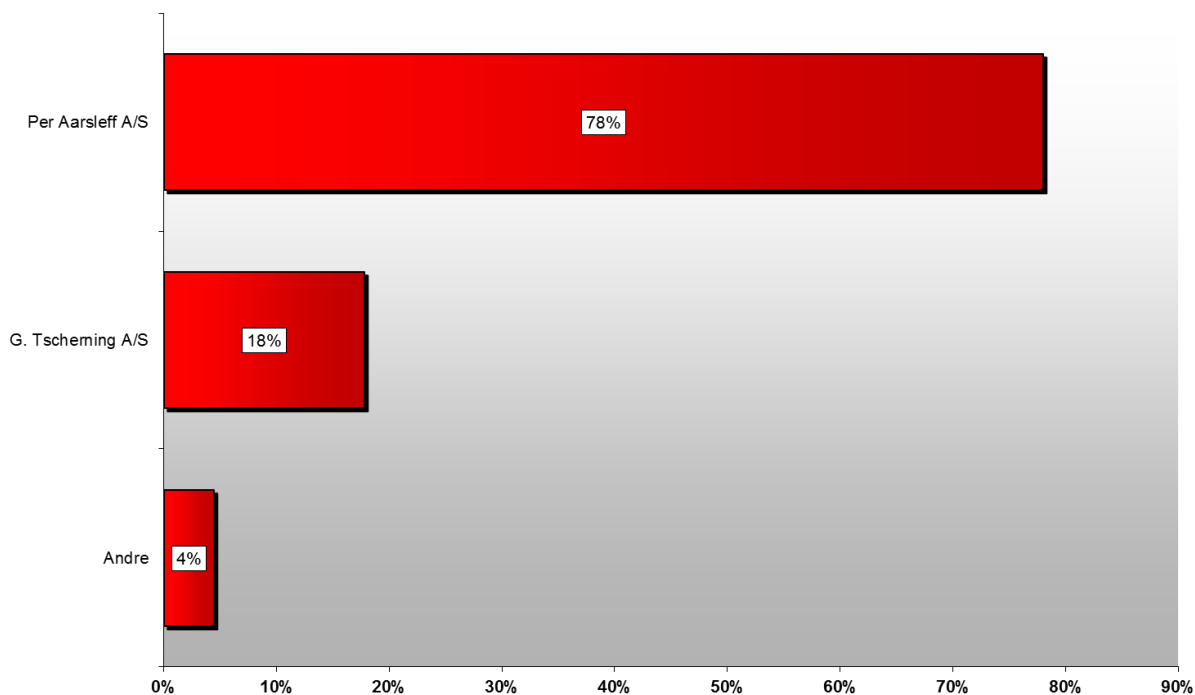
De tre første spørgsmål (”navn”, ”alder” og ”Hvor lang tid har du været på Marmormolen?”) er åbne, og er derfor ikke kvantificeret til andet end antal.

37 har noteret deres navn, selvom det var frivilligt. Navnet var tiltænkt som en mulighed for at mappe de konkrete før- og efter- spørgeskemaer op imod hinanden, hvilket ikke var aktuelt, da undersøgelsen blev udrullet, men også for at have muligheden for eventuelt at mappe op imod data fra sundhedstjek.

41 har noteret deres alder, mens 42 har noteret, hvor længe de har været på marmormolen.

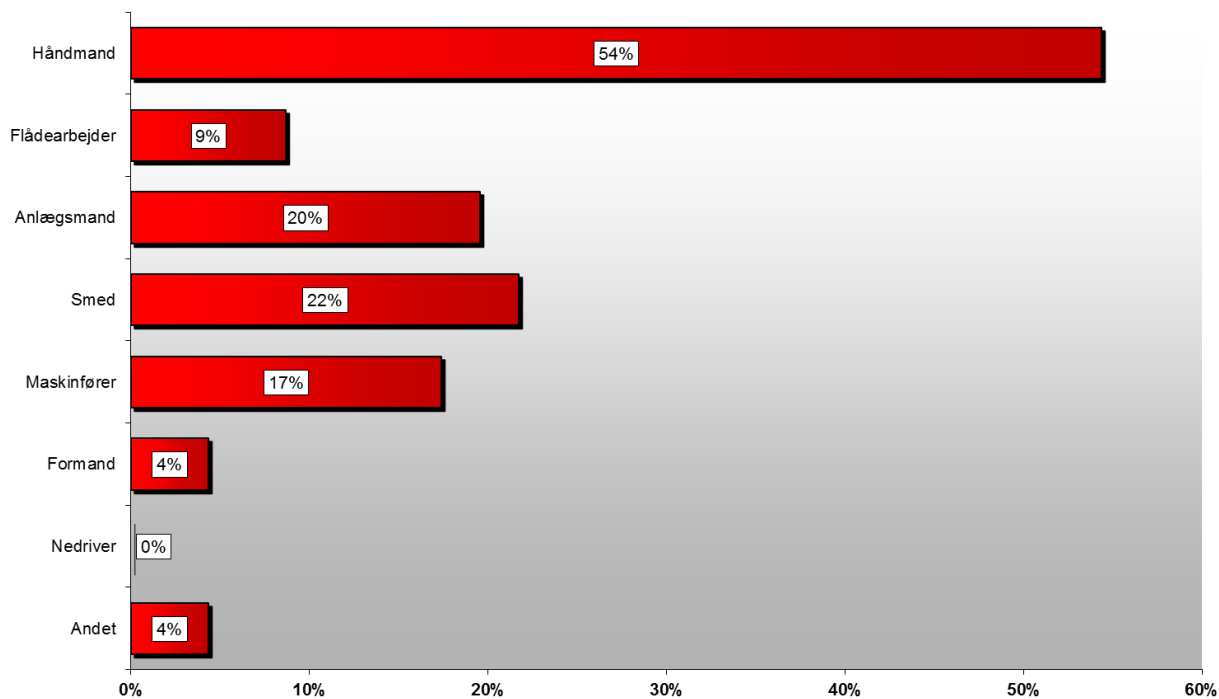
De efterfølgende spørgsmål har lukkede svarkategorier, og besvarelserne er derfor repræsenteret ved liggende søjlediagrammer.

Hvilket firma arbejder du for? (SÆT X):



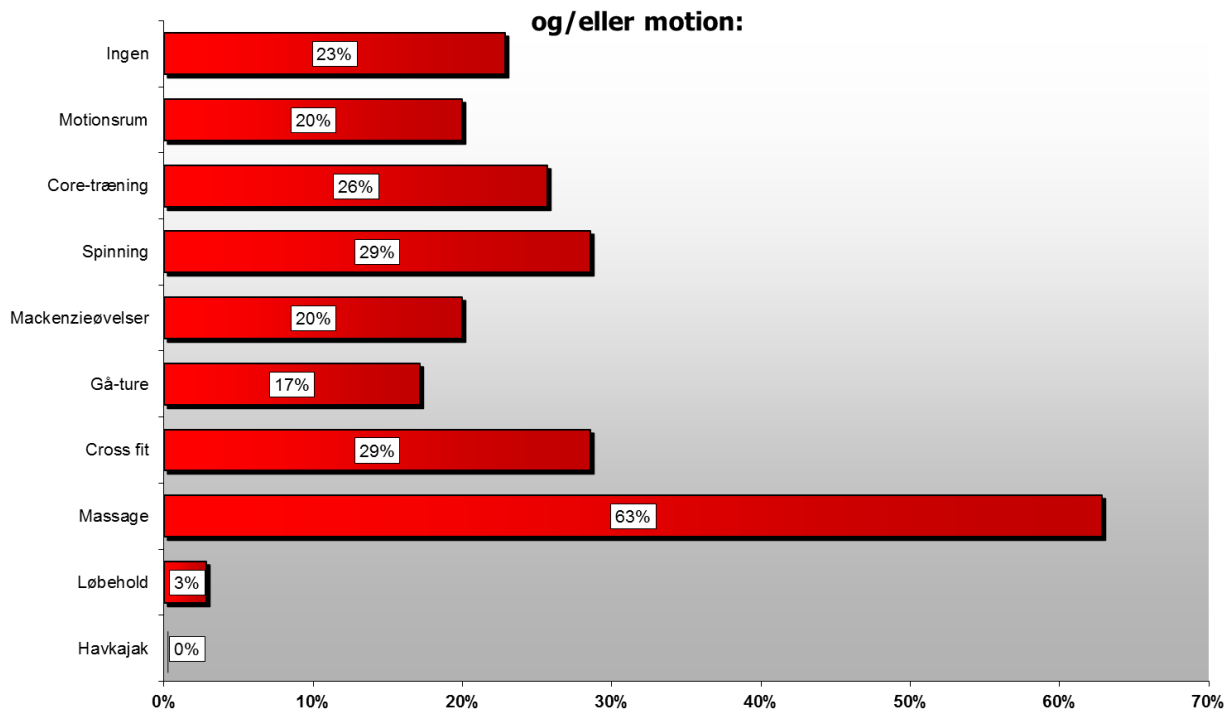
SPSK-Figur 1

Hvilke opgaver varetager du på Marmormolen?



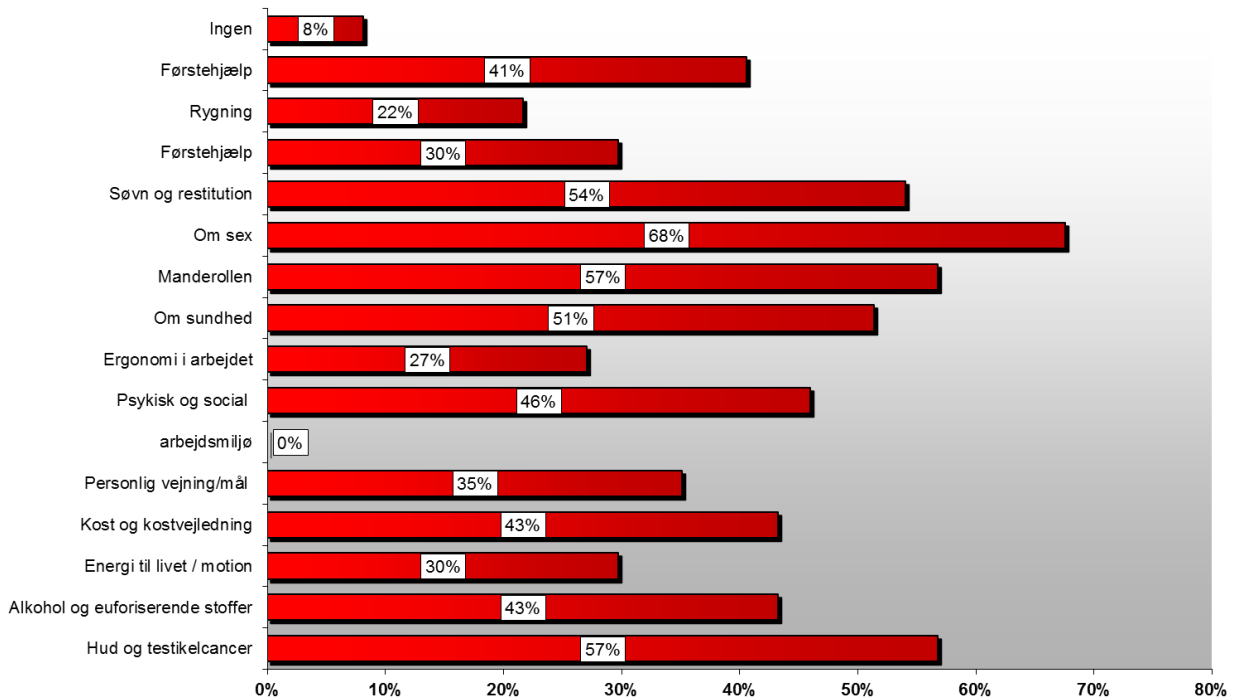
SPSK-Figur 2

Ugentlige aktiviteter



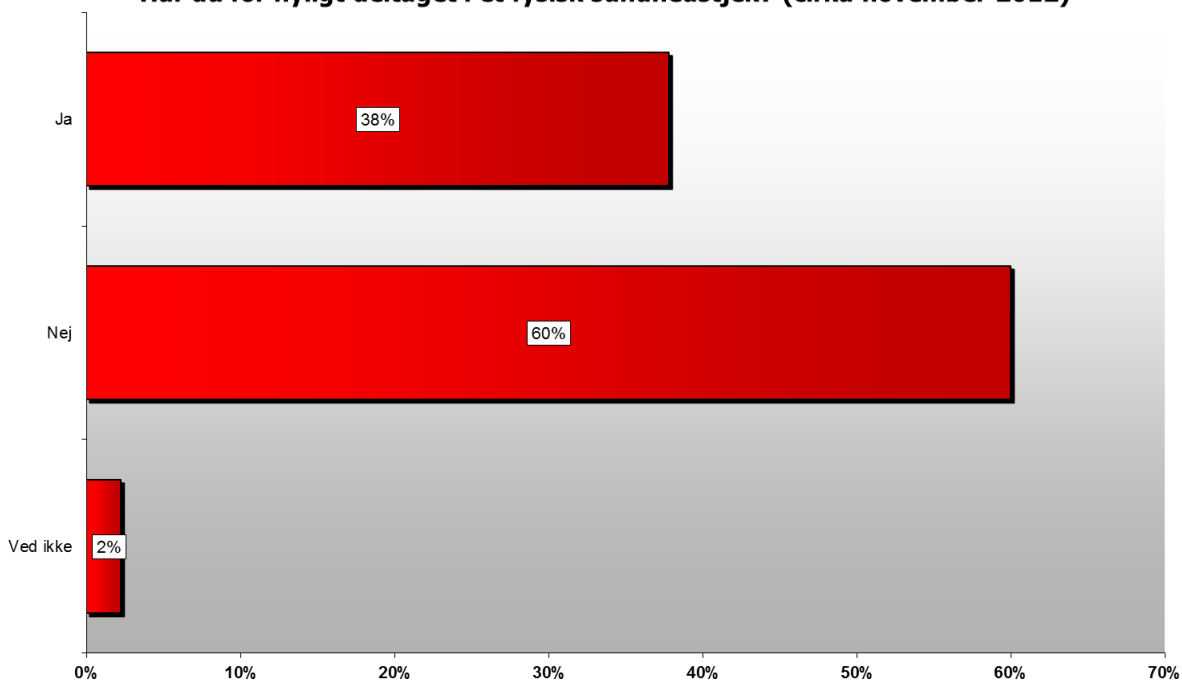
SPSK-Figur 3

Temaaktiviteter



SPSK-Figur 4

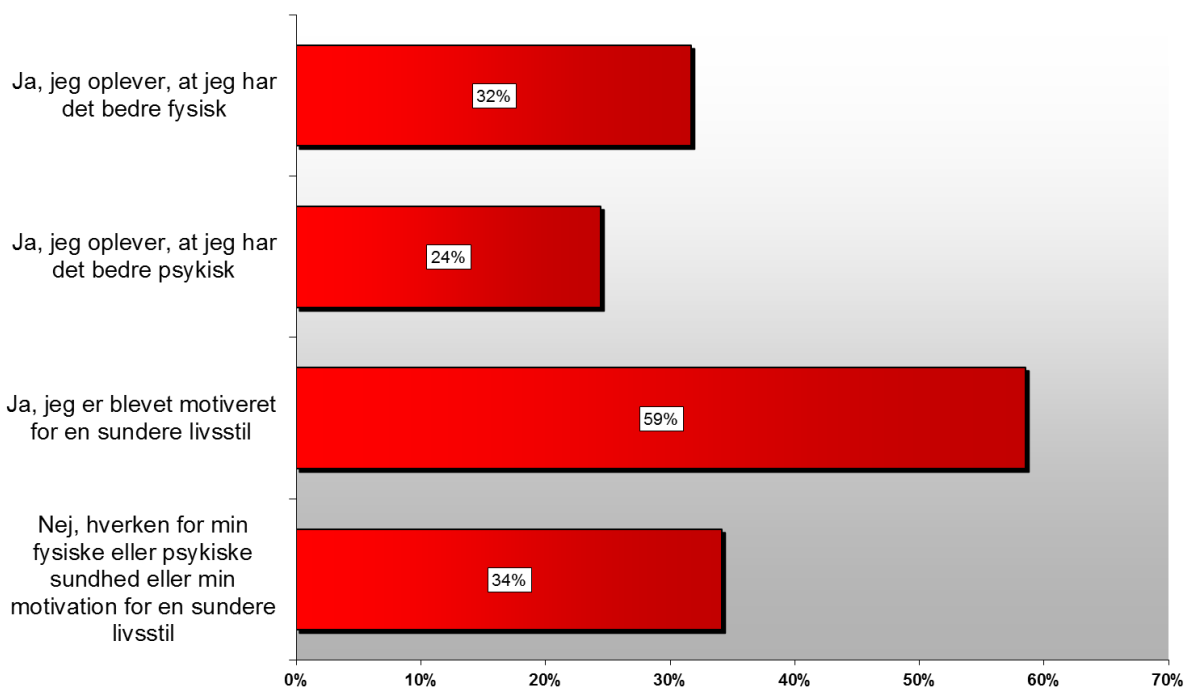
Har du for nyligt deltaget i et fysisk sundhedstjek? (cirka november 2012)



SPSK-Figur 5

Figuren nedenfor præsenterer svarene på spørgsmålet i undersøgelsen, der konkret retter sig mod MMIM's samlede resultatmål.

Har Marmormolen In Motion haft en betydning/virkning for dig? (Sæt gerne flere X'er)



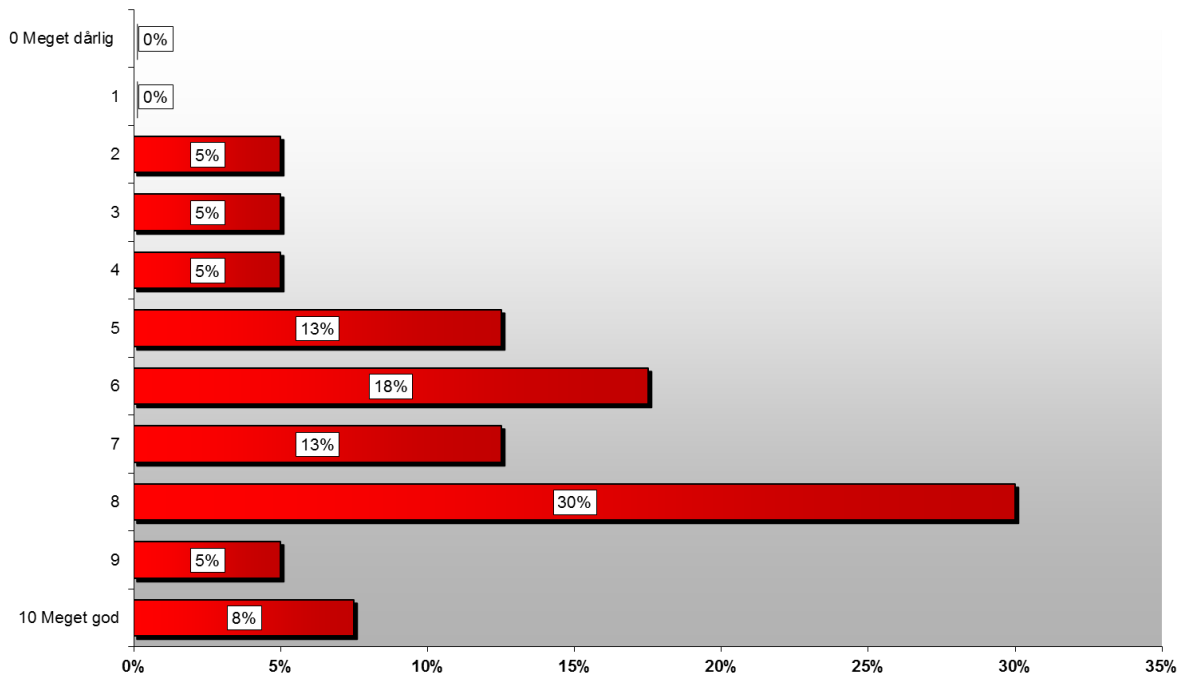
SPSK-Figur 6: Spørgsmål vedrørende MMIM resultatmål (Datagrundlag: 41 svar)

Heraf ses den umiddelbare oplevede effekt i forhold til de tre resultatmål, der behandles enkeltvis i de følgende afsnit. Mest interessant er det her at fremhæve, at kun 34 % (14 personer) peger på, at MMIM ikke

har påvirket hverken deres fysiske eller psykiske sundhed eller motivation for en sund livsstil. Der er i resultatmålene imidlertid ikke opstillet et mål for, hvor bredt indsatsen generelt ønskede at ramme.

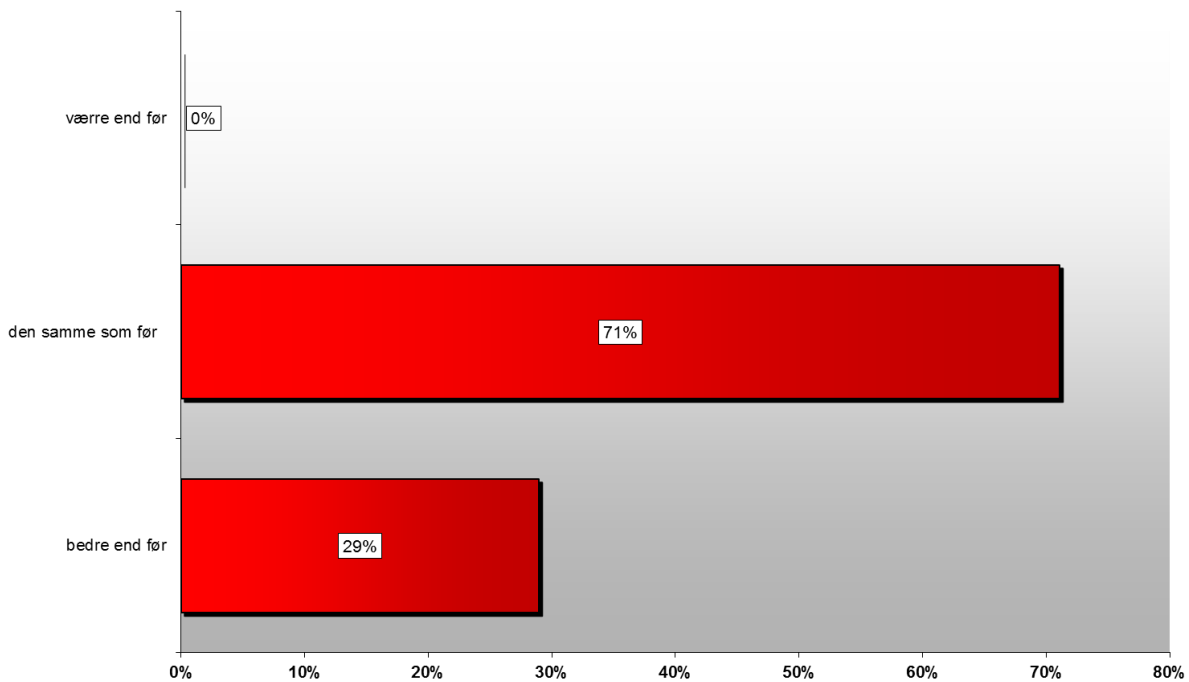
11.2 Spørgsmål om fysisk sundhed

1. Hvordan er din generelle sundhedstilstand?



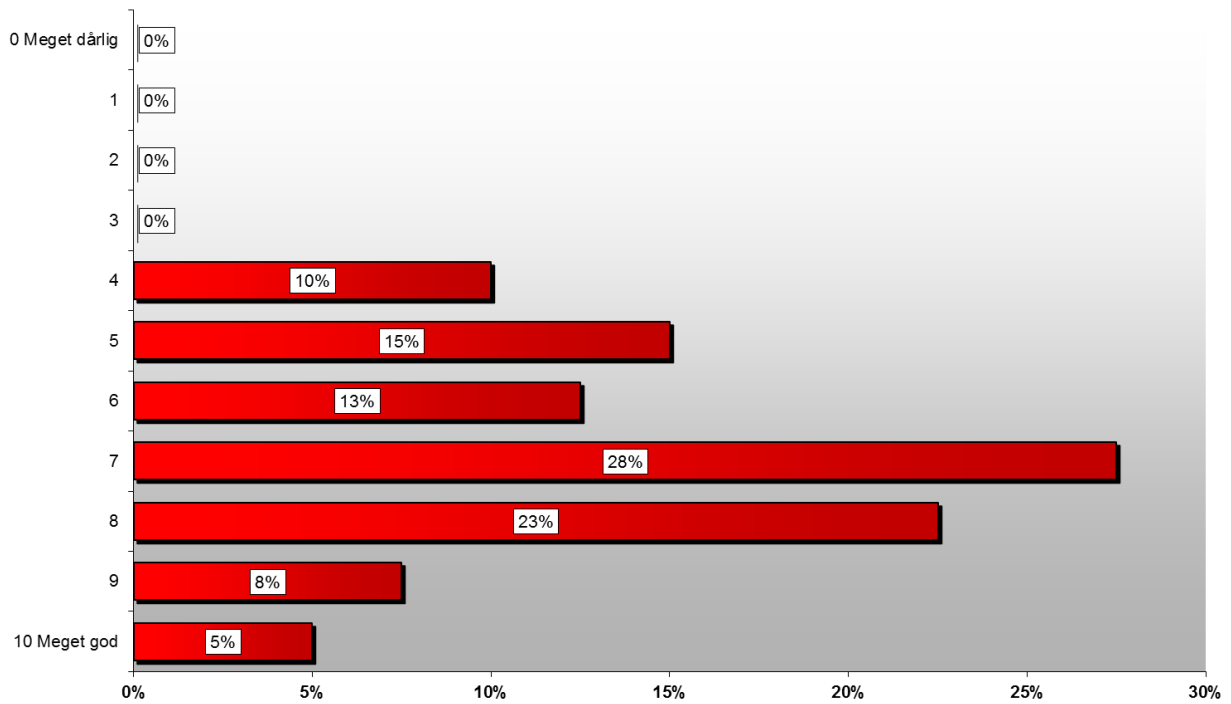
SPSK-Figur 7

Som følge af MMIM, er din generelle sundhedstilstand



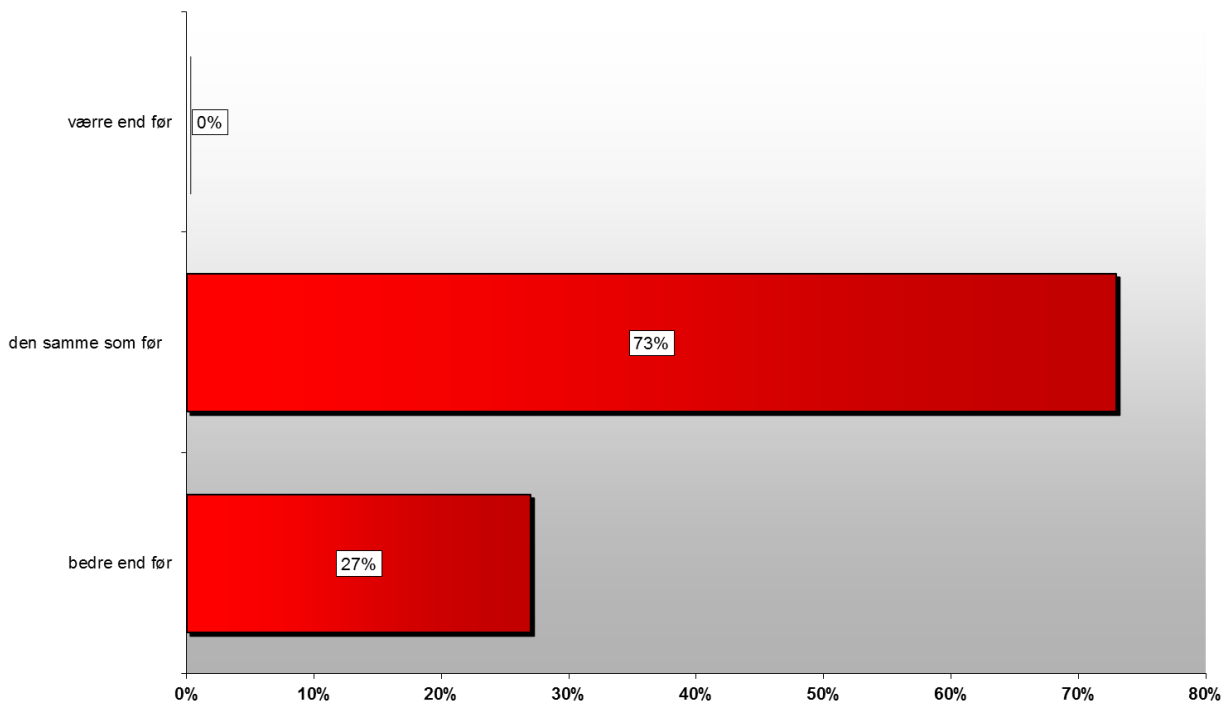
SPSK-Figur 8

2. Hvordan er din fysiske form?



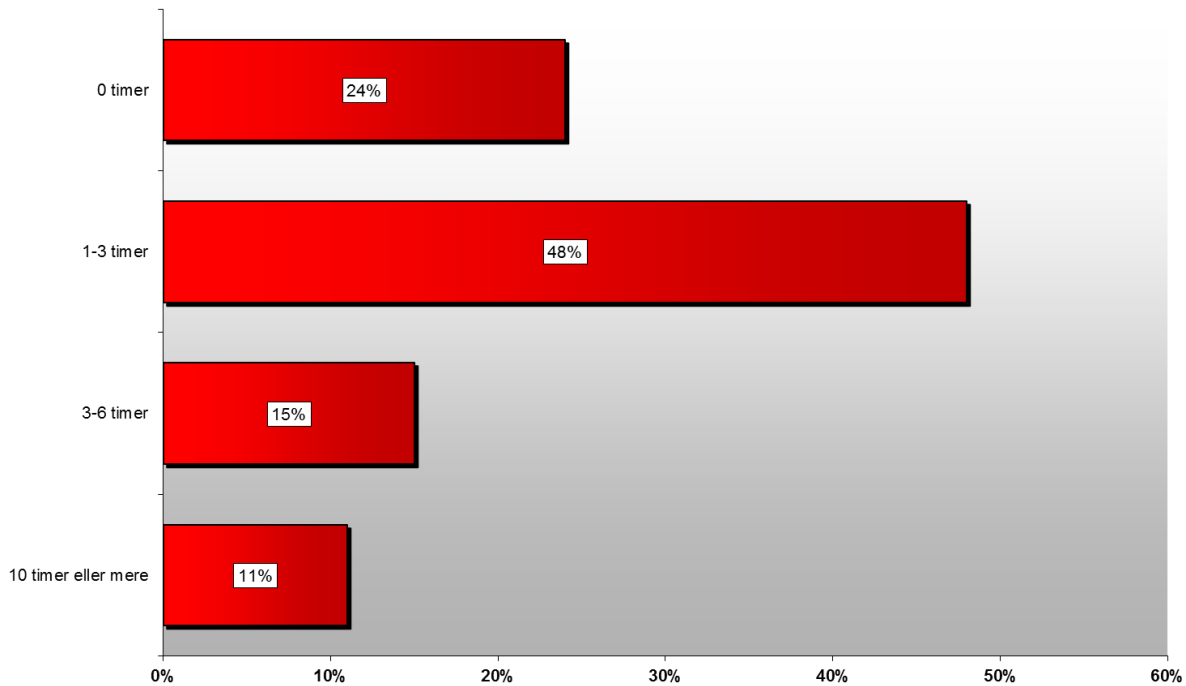
SPSK-Figur 9

Som følge af MMIM, er din fysiske form



SPSK-Figur 10

Hvor mange timer bruger du på motion ugentligt?

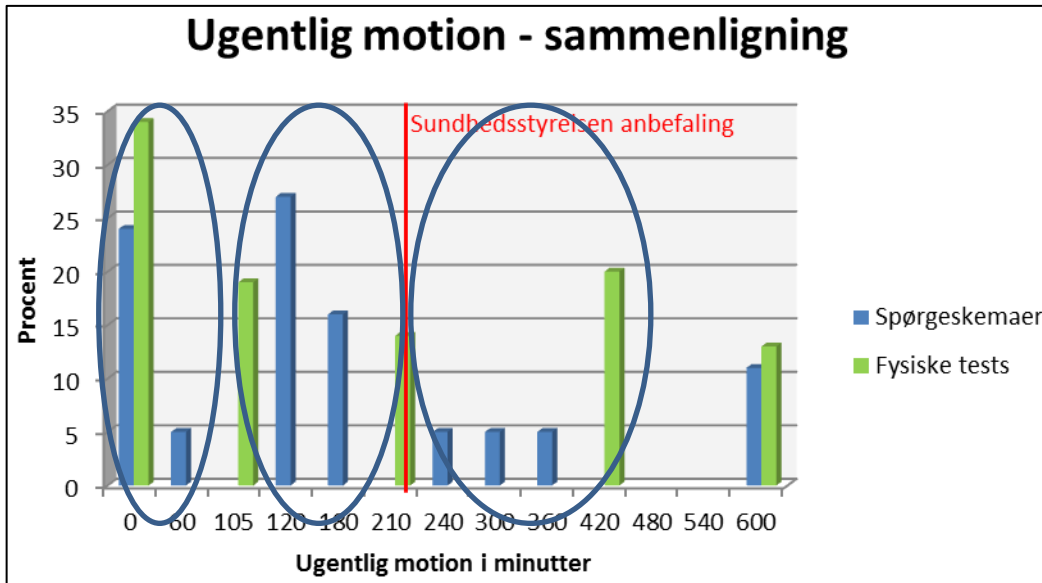


SPSK-Figur 11: Hvor mange timer bruger du på motion om ugen (Datagrundlag: 37 svar)

48 % svarer, at de dyrker 1-3 timers motion om ugen, 15 % mellem 3 og 6 timer, mens 11 % motionerer mere end 10 timer pr. uge. Resultaterne relaterer sig til motion generelt – og altså ikke kun MMIM-aktiviteter. Dette synliggør, at der synes at være en gruppe *ikke-brugere*, en større mellemgruppe der dyrker fra moderat motion til væsentligt mere end det af Sundhedsstyrelsen anbefalede fysiske aktiviteter for voksne (30 min dagligt⁵), og til en gruppe der motionerer voldsomt – muligvis med negative sundhedsmæssige konsekvenser.

Sammenlignes spørgeskemasvarene med data fra de fysiske tests, der er opgjort på to forskellige måder fås nedenstående figur.

⁵ <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Fysisk%20aktivitet/Anbefalinger%20til%20voksne.aspx>

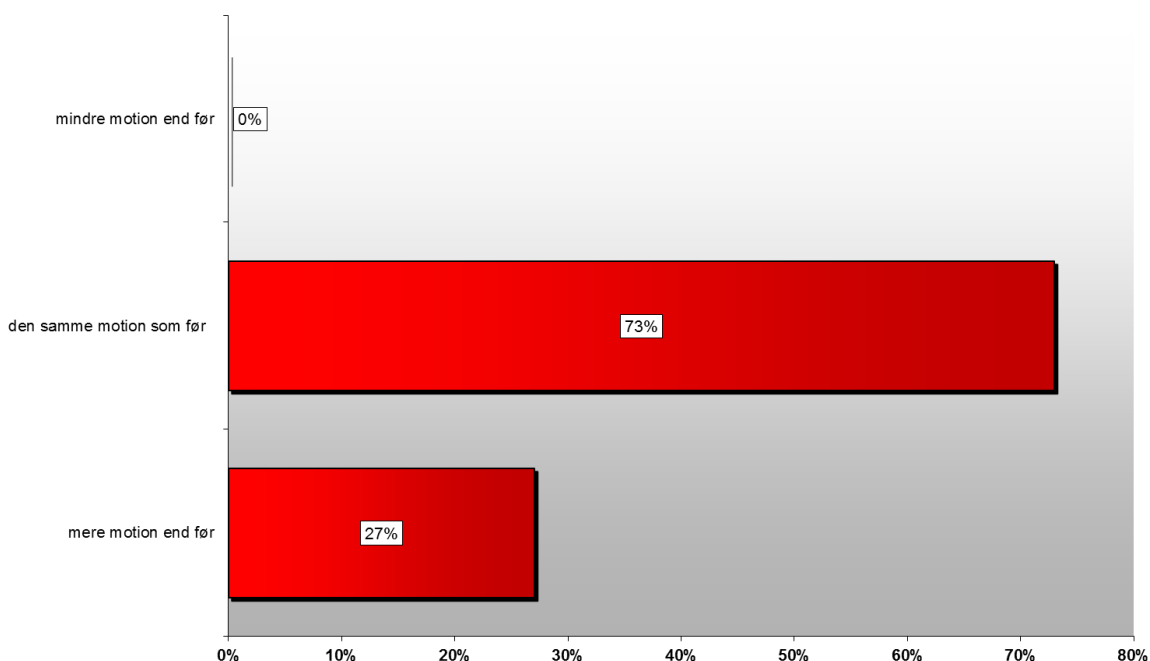


Figur 1: Ugentlig motion - spørgeskemaer og fysiske tests sammenlignet

Det ses, at svarene er rimeligt sammenlignelige, idet respondenterne har fået forskellige intervaller at vælge imellem i de to målinger. Gruppen der ikke dyrker motion er 34 % ved de fysiske tests, hvilket modsiger, at gruppen i de fysiske tests skulle være særligt aktive. Her ses fortsat et billede af at være en gruppe ikke-aktive, en mellemgruppe, der dog placerer sig noget bedre end spørgeskema-gruppen, og en tæt på identisk gruppe *super-brugere*.

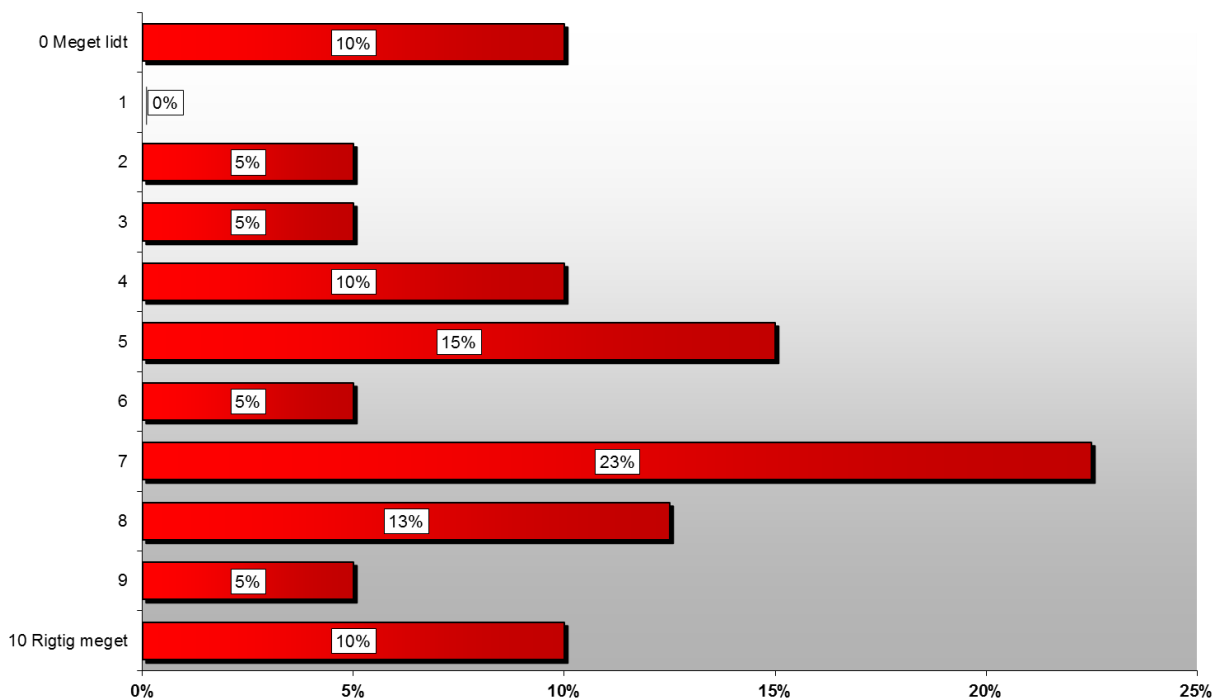
Det er imidlertid et problem for evalueringen, at de fysiske tests er anonymiserede, og vi derfor ikke kender overlappene mellem personer i fysiske tests og spørgeskemaundersøgelsen.

Som følge af MMIM dyrker du



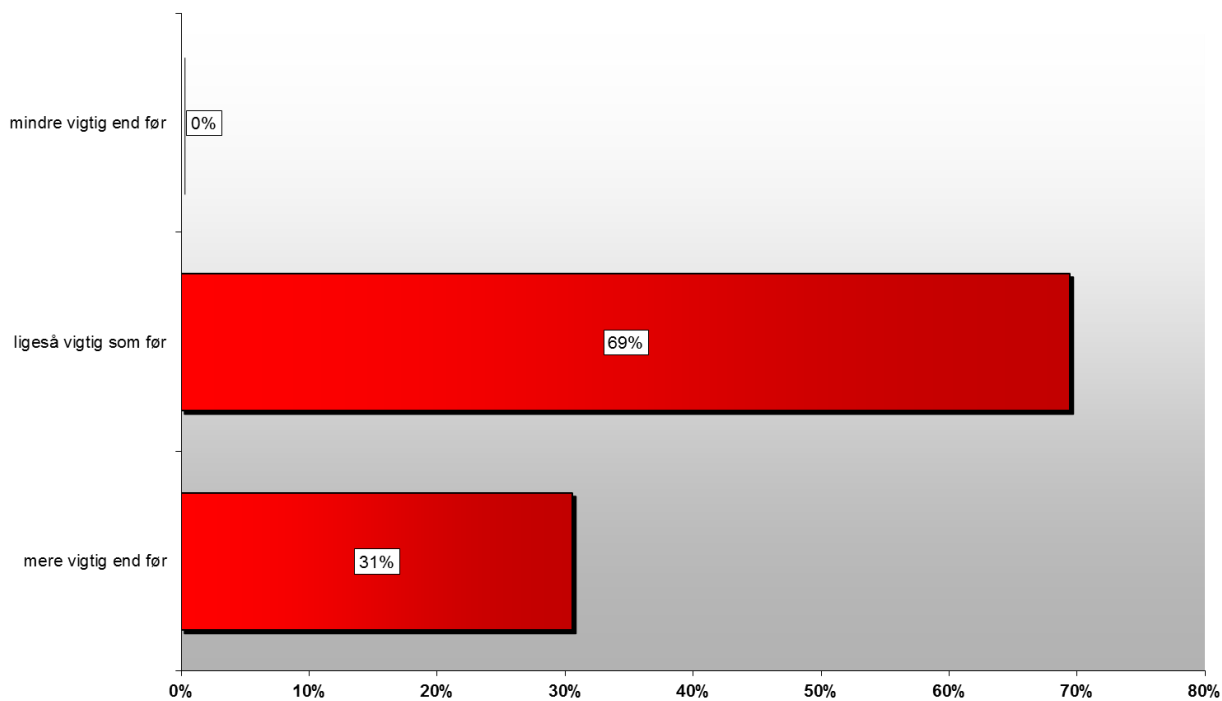
SPSK-Figur 12

4. Hvor meget går du op i din fysiske sundhed?



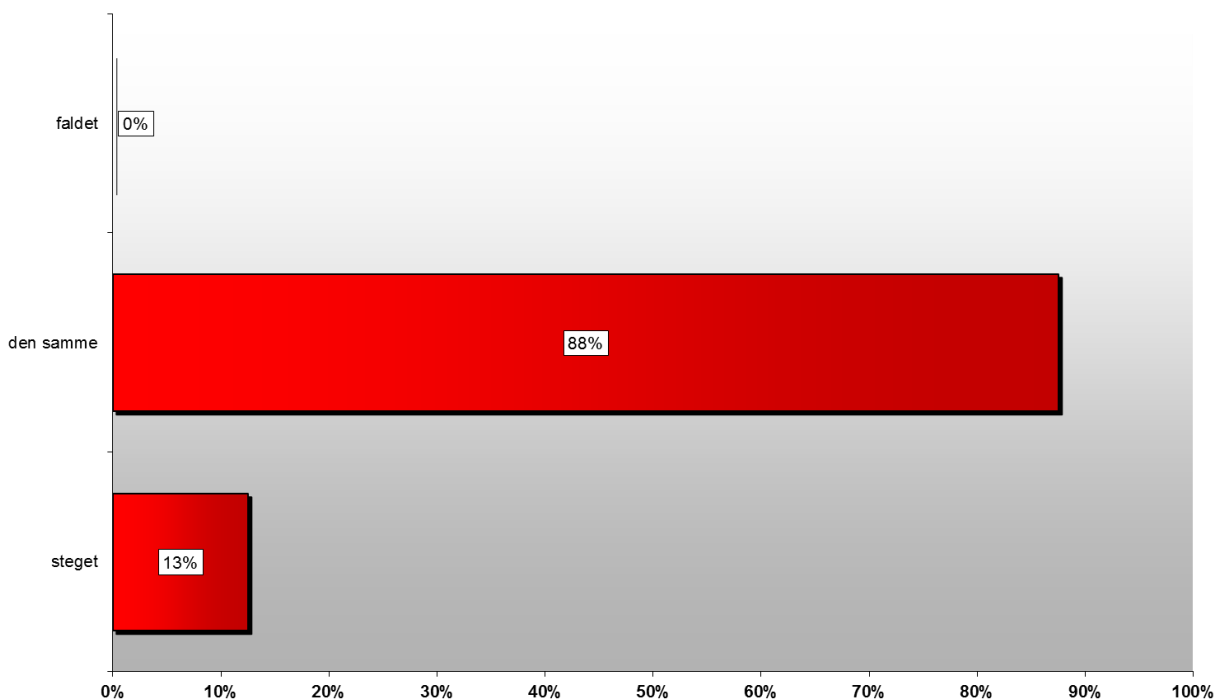
SPSK-Figur 13

Som følge af MMIM, er din fysiske sundhed



SPSK-Figur 14

Som følge af MMIM, er din produktivitet på arbejdet



SPSK-Figur 15

I den følgende tabel er der fulgt op på de primære spørgsmål, der henvender sig imod resultatmålsætningen indenfor fysisk sundhed, hvor målsætningen var:

- 40 % af deltagerne skal **opleve et fysisk sundhedsløft** bl.a. på vægt, blodtryk, kondi- og kolesteroltal mm.

Fra formuleringen af målsætningen kan man pege på, at de fysiske tests skal have en vis vægt i forbindelse med den endelige vurdering af dette spørgsmål.

Marmormolen in Motion – Fysisk sundhedsløft		Positive svar
Figur og spørgsmål		
Fig.	Spm.	
SPSK-Figur 6	Har MMIM haft en betydning/virkning for dig? Ja, jeg oplever, at jeg har det bedre fysisk.	32 %
SPSK-Figur 8	Som følge af MMIM er din generelle sundhedstilstand bedre end før.	29 %
SPSK-Figur 10	Som følge af MMIM er din fysiske form bedre end før.	27 %
SPSK-Figur 12	Som følge af MMIM dyrker du mere motion end før.	27 %
SPSK-Figur 14	Som følge af MMIM er din fysiske sundhed mere vigtig end før.	31 %
SPSK-Figur 15	Som følge af MMIM er din produktivitet på arbejdet steget.	13 %

Tabel 5: MMIM - primære spørgsmål om fysisk sundhed med angivelse af positive svar.

Det første spørgsmål adresserer målsætningen specifikt, mens de følgende fire behandler emnet fra forskellige vinkler. Det sidste spørgsmål henvender sig ikke direkte mod resultatmålet og udelukkes i den samlede vurdering, men er dog alligevel interessant at have med for at nuancere billedet.

Spørgeskemaundersøgelsen peger på, at 27-32 % har oplevet et fysisk sundhedsløft. Mest betydning må tillægges det direkte spørgsmål henvendt mod resultatmålsætningen, "Har MMIM haft en betydning/virkning for dig - fysisk?", der indikerer det største positive svar, 32 %, mens de to efterfølgende spørgsmål, "er din generelle sundhedstilstand bedre end før?" og "er din fysiske form bedre end før?" med hhv. 29 % og 27 % må tillægges næststørst betydning, da disse relaterer sig mere til det oplevede fysiske sundhedsløft end de efterfølgende spørgsmål. Konklusionen er, at **i omegnen af 30 % har ifølge spørgeskemabesvarelsen oplevet et fysisk sundhedsløft som følge af MMIM.**

Resultaterne af de fysiske tests der henvender sig mod målgruppens fysiske sundhed er blandt andet følgende:

Marmormolen in Motion – Fysiske tests		Testpersoner med forbedrede resultater	Testpersoner i alt	Procent
Resultater relevant for fysisk sundhed				
Forbedring fra første til anden fysiske test				
Emne				
Motion	Forbedring af kondital	13	17	76 %
Kropssammensætning	Forbedring af BMI (Body Mass Index)	8	17	47 %
Kropssammensætning	Formindsket fedtprocent	6	17	35 %
Kropssammensætning	Formindsket talje-hofte ratio	12	17	71 %
Blodtryk	Sænket systolisk og diastolisk blodtryk fra K1 til normalt	2	17	12 %
Kolesterol	Forbedret totalcholesterol	6	17	35 %

Tabel 6: MMIM – Alectias fysiske tests med relevans for vurdering af resultatmål om fysisk sundhedsløft

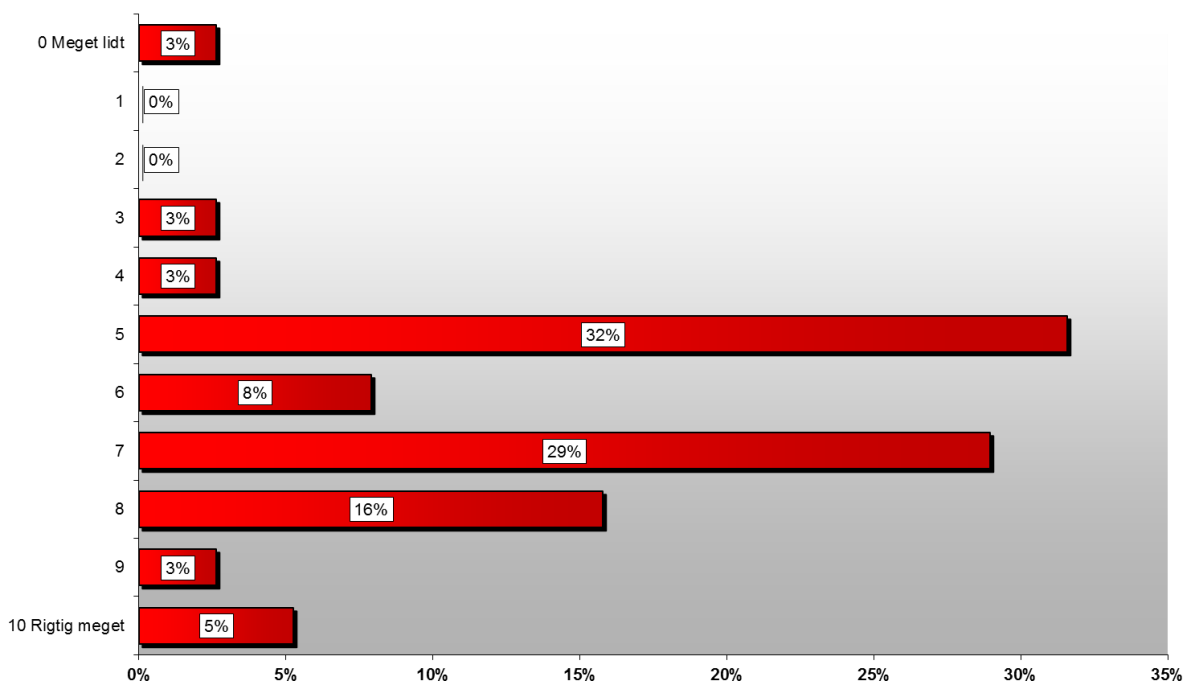
Blodsukker er udeladt af oversigten pga. følsomhed omkring testpersonernes fastetid, og kolesterol er reduceret til at betragte totalcholesterol (LDL- og HDL-kolesterol udeladt).

Forbedringerne blandt de 17 testpersoner ses generelt at ligge højere end niveauet fra spørgeskemaerne. Gennemsnittet af forbedring af de seks fysiske mål er 46 %, men omvendt kan man argumentere for, at alle 13 der har forbedret deres kondital reelt har oplevet et fysisk sundhedsløft. Det synes at underbygge antagelsen om, at gengangerne ved sundhedstjek er over gennemsnittet i målgruppen. Undtaget fedtprocenten ligger måltal for motion og kropssammensætning over resultatmålet i denne testgruppe – og markant bedre for kondital og talje-hofte-ration. Fedtprocenten er dog tæt på resultatmålet 40 %. For testene af blodtryk og kolesterol er tallene under resultatmålet. Det giver imidlertid ikke mening at beregne et gennemsnit – fx vægtes – af værdierne, da de indholdsmæssigt ikke er sammenlignelige.

Som følge af den antagne bias ved testgruppen er det begrænset, hvad disse tests kan bidrage til i forhold til en vurdering om resultatmålets opfyldelse i projektet. Men hvis resultaterne alligevel skal benyttes som en indikator for resultatmålene, synes det at pege i den positive retning.

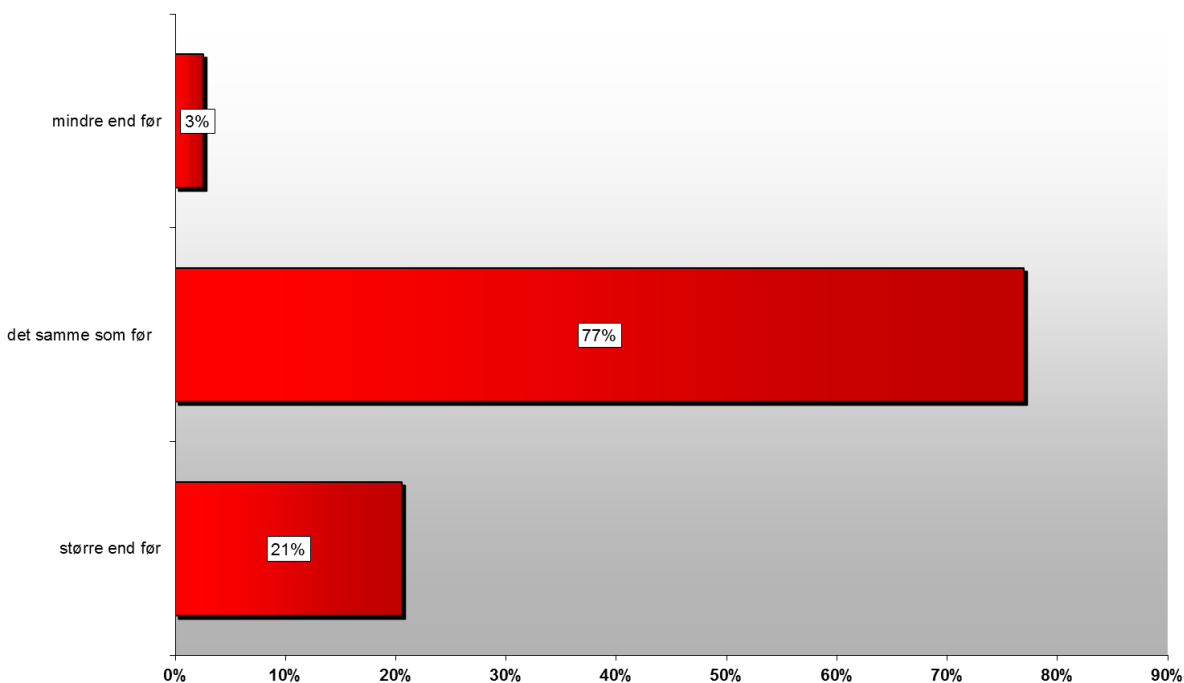
11.3 Spørgsmål om psykisk sundhed

5. Hvor meget psykisk overskud oplever du, at du har i din hverdag?



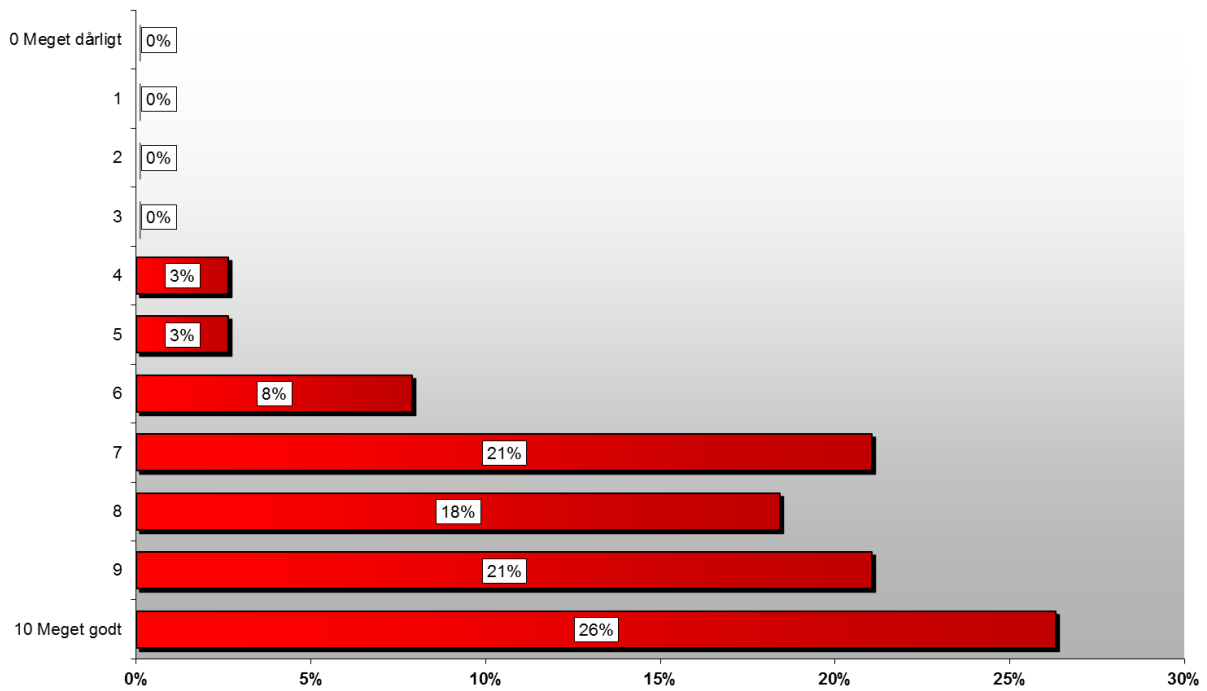
SPSK-Figur 16

Som følge af MMIM, er dit psykiske overskud



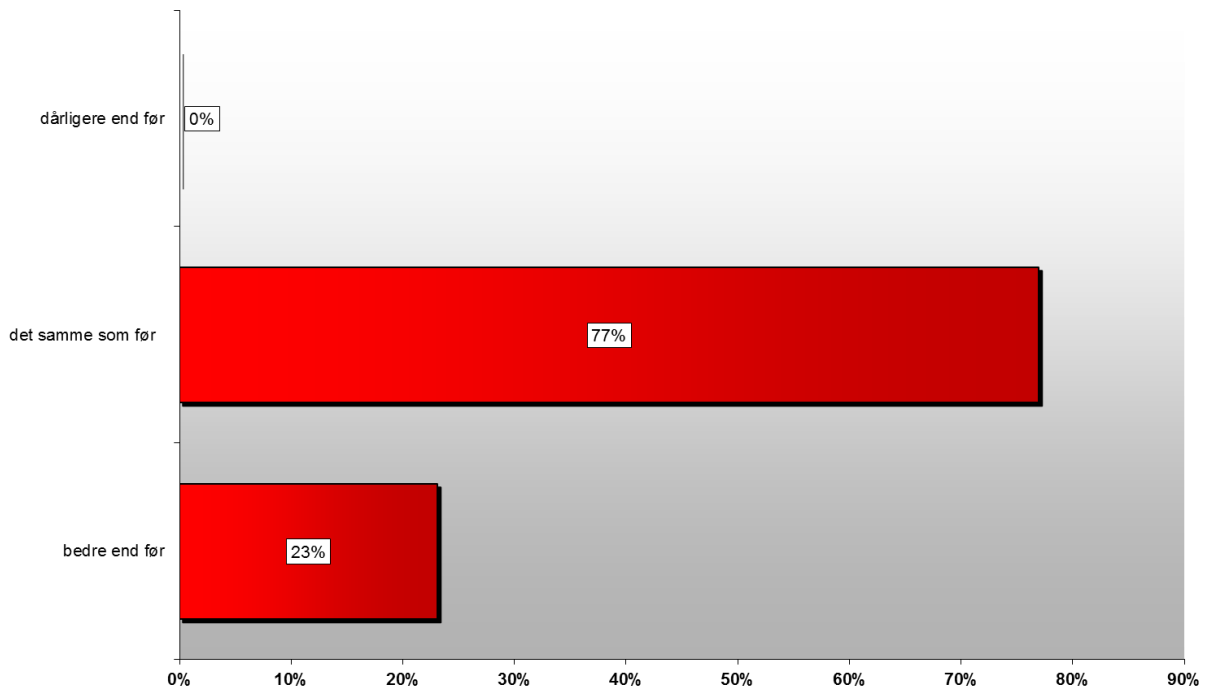
SPSK-Figur 17

6. Hvordan vil du betegne dit humør i din fritid?



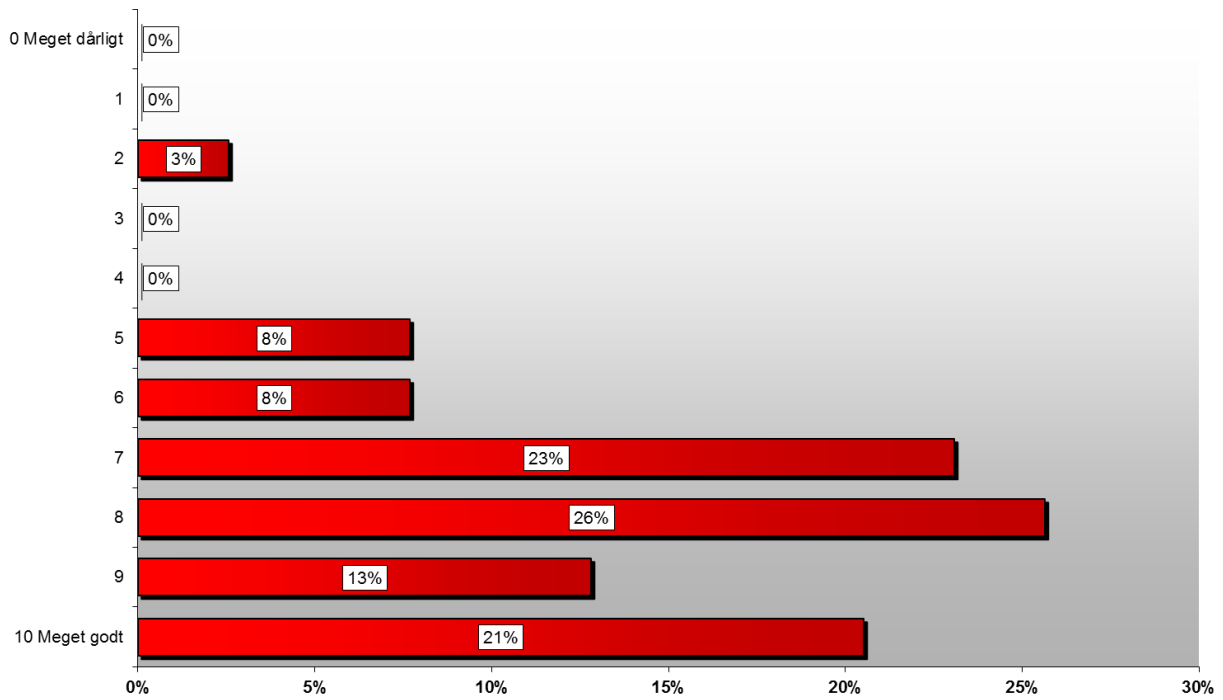
SPSK-Figur 18

Som følge af MMIM, er dit humør i din fritid



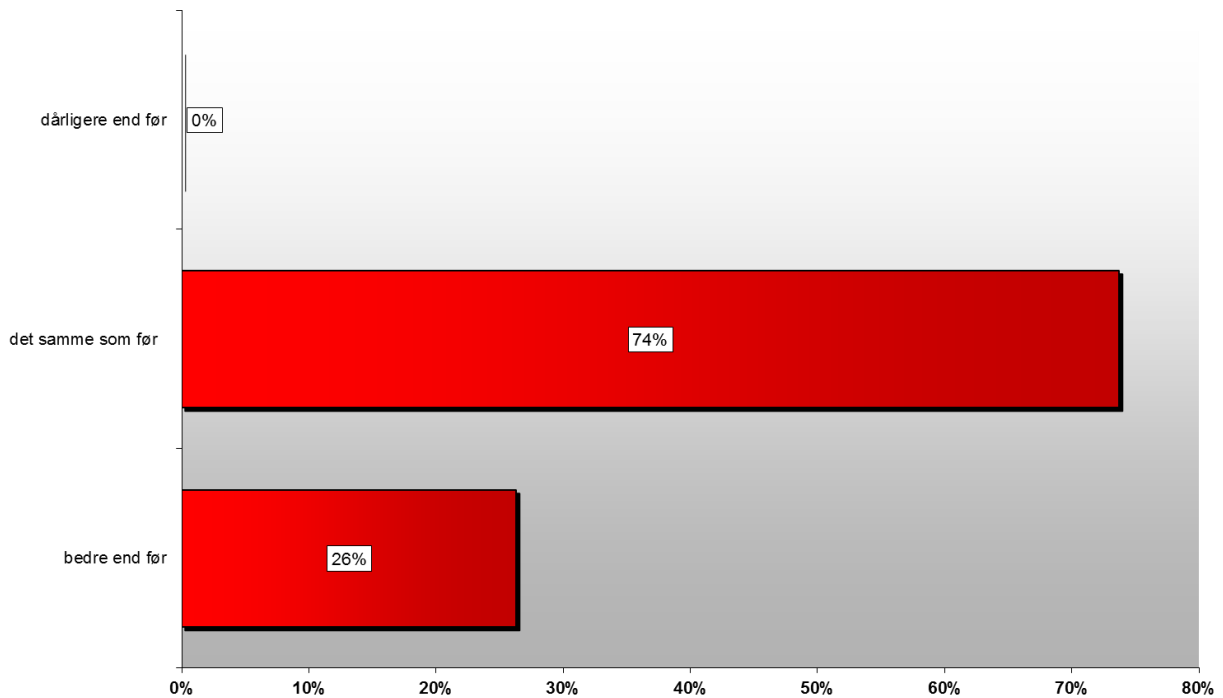
SPSK-Figur 19

7. Hvordan vil du betegne dit humør på arbejde?



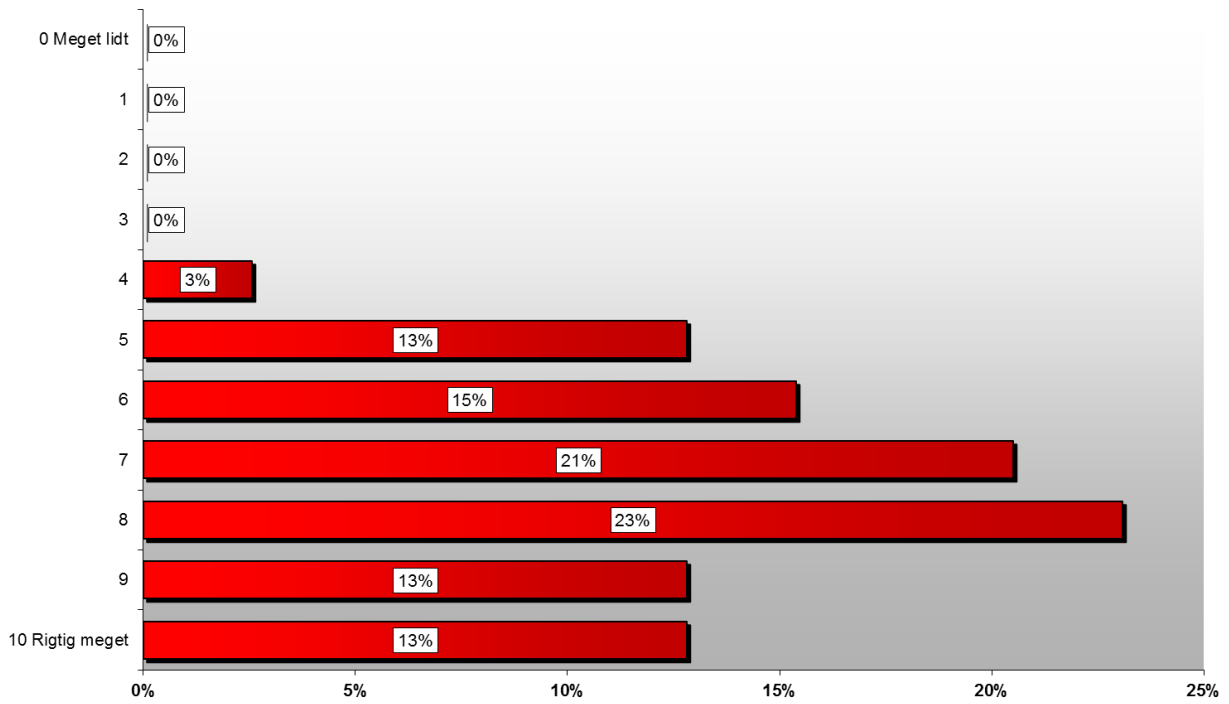
SPSK-Figur 20

Som følge af MMIM, er dit humør på arbejde



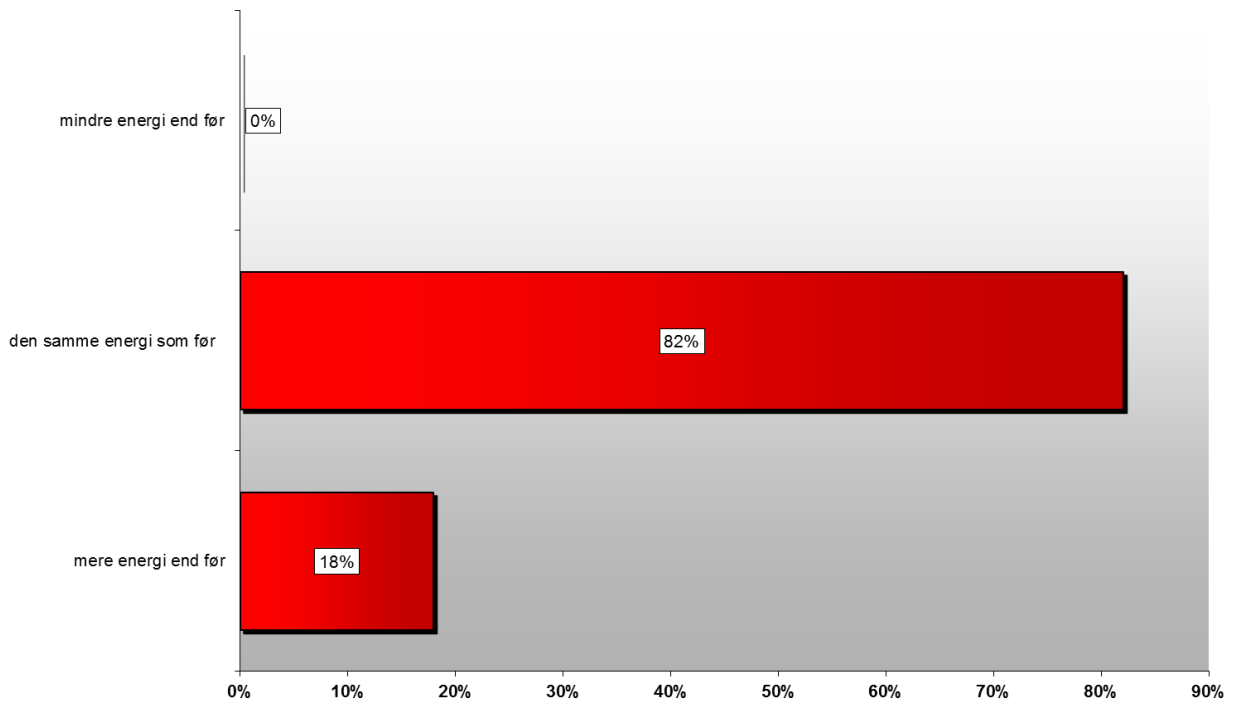
SPSK-Figur 21

8. Hvor meget energi har du i din hverdag?



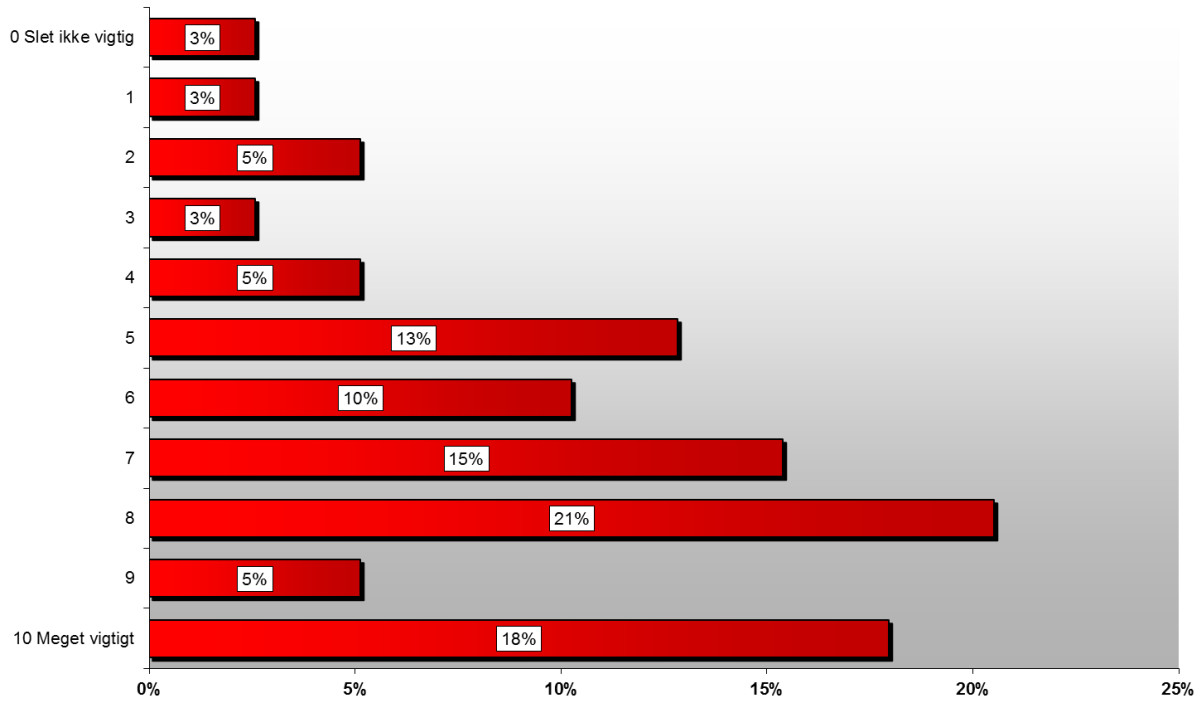
SPSK-Figur 22

Som følge af MMIM, har du



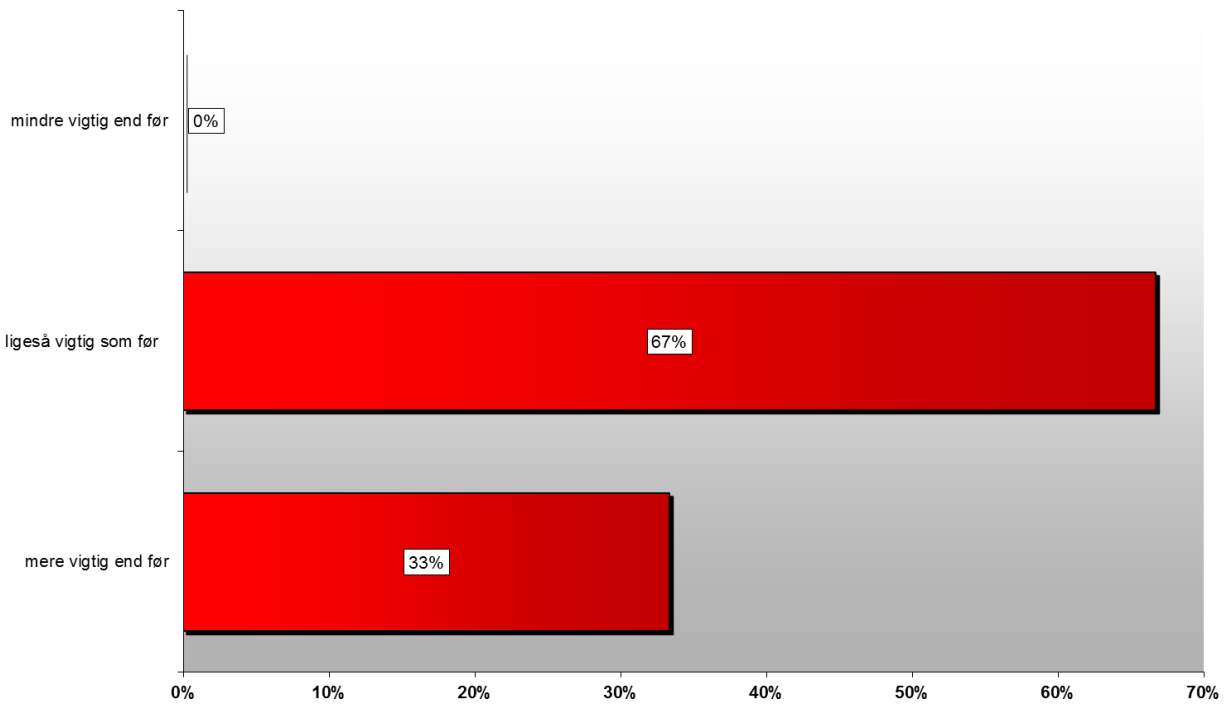
SPSK-Figur 23

9. Hvor vigtig er en sund livsstil for dig i din hverdag?



SPSK-Figur 24

Som følge af MMIM, er en sund livsstil



SPSK-Figur 25

I den følgende tabel er der fulgt op på de primære spørgsmål, der henvender sig imod resultatmålsætningen indenfor psykisk sundhed, hvor målsætningen var:

- 50 % af deltagerne skal **opleve et psykisk sundhedsløft** inden for områder såsom mere overskud, bedre humør hjemme og ændret holdning til sundhed og livsstil.

Marmormolen in Motion – Psykisk sundhedsløft		Positive svar
Figur og spørgsmål		
Fig.	Spm.	
SPSK-Figur 6	Har MMIM haft en betydning/virkning for dig? Ja, jeg oplever, at jeg har det bedre psykisk.	24 %
SPSK-Figur 17	Som følge af MMIM er dit psykiske overskud større end før	21 %
SPSK-Figur 19	Som følge af MMIM er dit humør i din fritid bedre end før.	23 %
SPSK-Figur 21	Som følge af MMIM er dit humør på arbejde bedre end før.	26 %
SPSK-Figur 23	Som følge af MMIM har du mere energi end før.	18 %
SPSK-Figur 25	Som følge af MMIM er en sund livsstil mere vigtig end før.	33 %

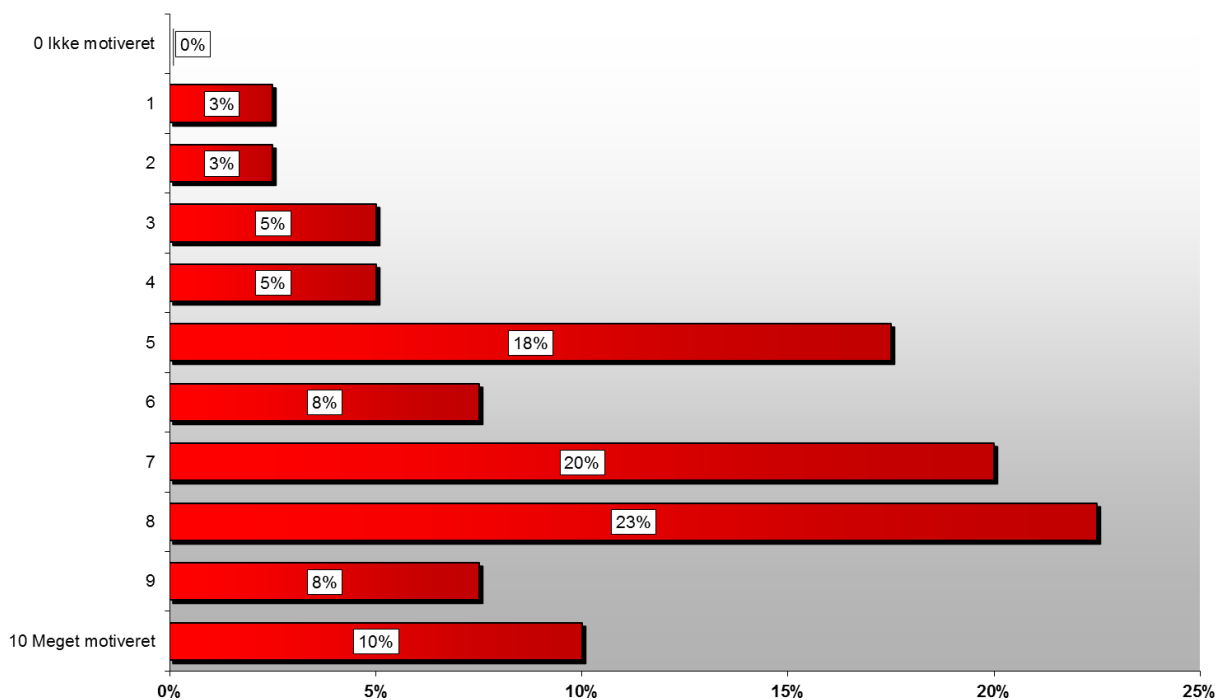
Tabel 7: MMIM - primære spørgsmål om psykisk sundhedsløft med angivelse af positive svar.

Det første spørgsmål adresserer målsætningen mest specifikt mens de følgende fire behandler emnet fra forskellige vinkler. Det sidste spørgsmål henvender sig ikke direkte mod resultatmålet og udelukkes i den samlede vurdering, men er dog alligevel interessant at have for at nuancere billedet.

Analysen peger på, at 18-26 % har *oplevet et psykisk sundhedsløft*. Mest betydning må tillægges det direkte spørgsmål henvendt mod resultatmålsætningen ”*Har MMIM haft en betydning/virkning for dig - psykisk?*”, 24 %, mens det efterfølgende spørgsmål ”*er dit psykiske overskud større end før?*”, 21 %, må tillægges næststørst betydning grundet spørgsmålets nære relation til resultatmålsætningen. Derefter er spørgsmålene ”*er dit humør i din fritid bedre end før?*”, ”*er dit humør på arbejde bedre end før?*” og ”*har du mere energi end før?*” med hhv. 23 %, 26 % og 18 % også betydende. Med henblik på det begrænsede antal besvarelser og den store usikkerhed der må tillægges disse, kan datamaterialet ikke bære mere, end at konklusionen er, at **20-25 % har ifølge spørgeskemabesvarelsen oplevet et psykisk sundhedsløft som følge af MMIM.**

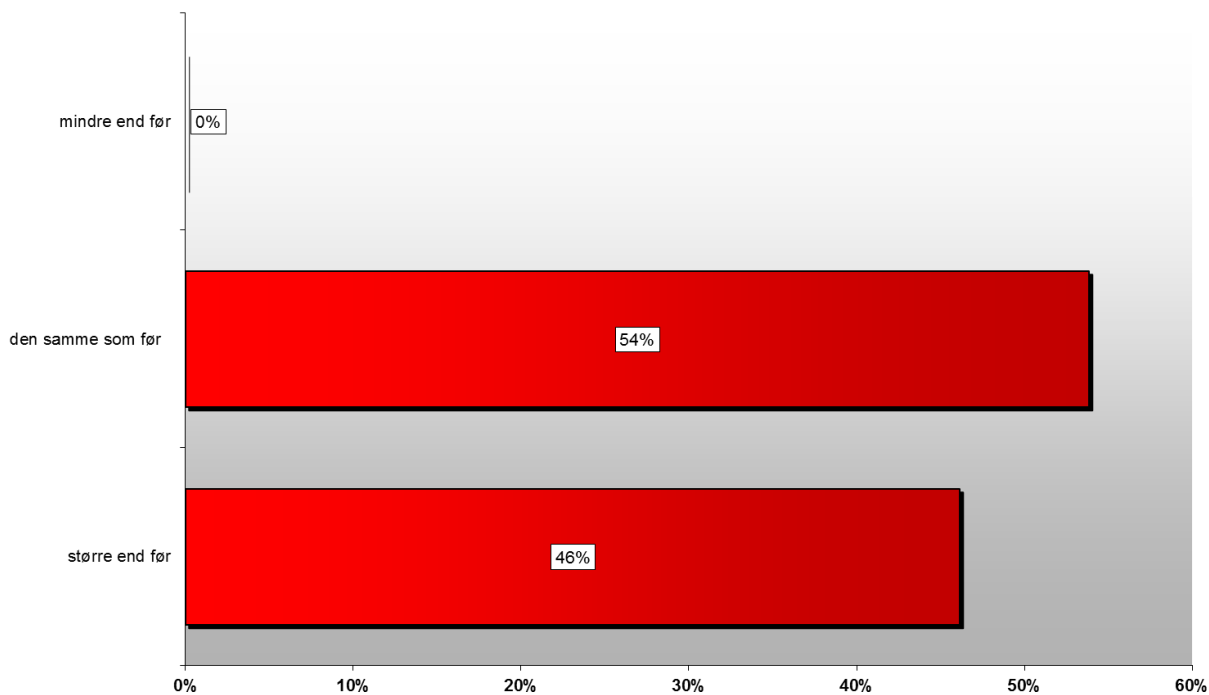
11.4 Spørgsmål om vaner og motivation for sundhed

10. Hvor motiveret er du for en sund livsstil?



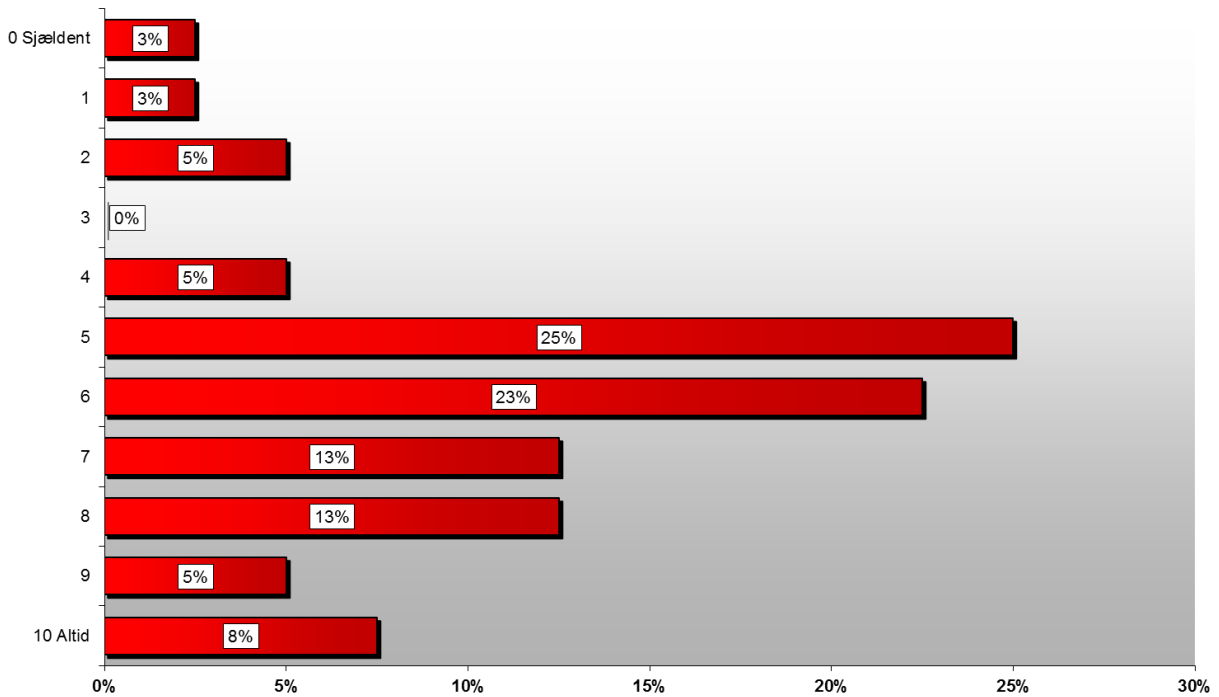
SPSK-Figur 26

Som følge af MMIM, er din motivation for en sund livsstil



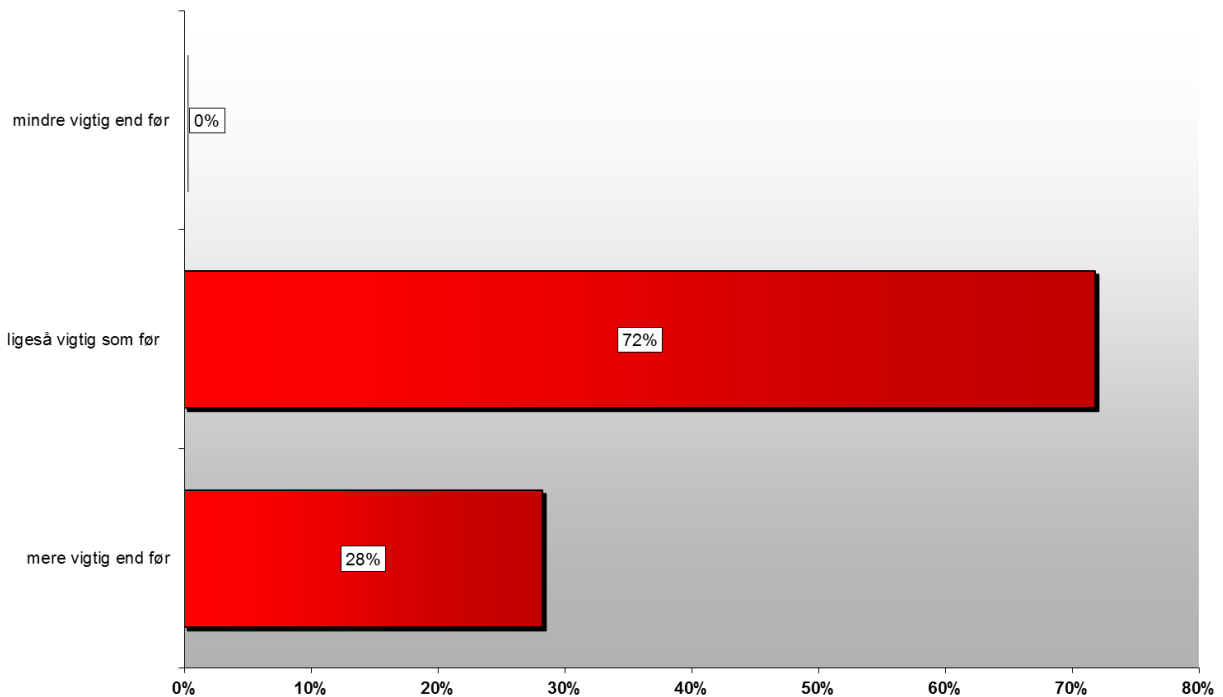
SPSK-Figur 27

11. Spiser du sundt og varieret til hverdag?



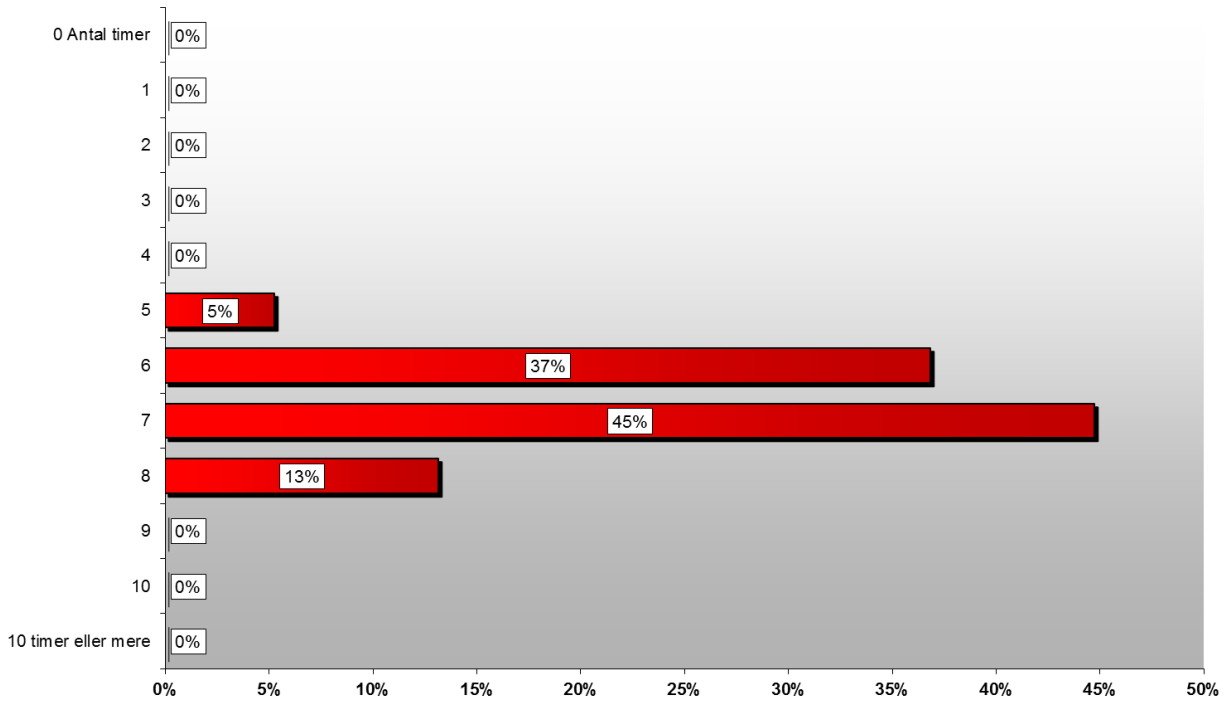
SPSK-Figur 28

Som følge af MMIM, er sund og varieret kost



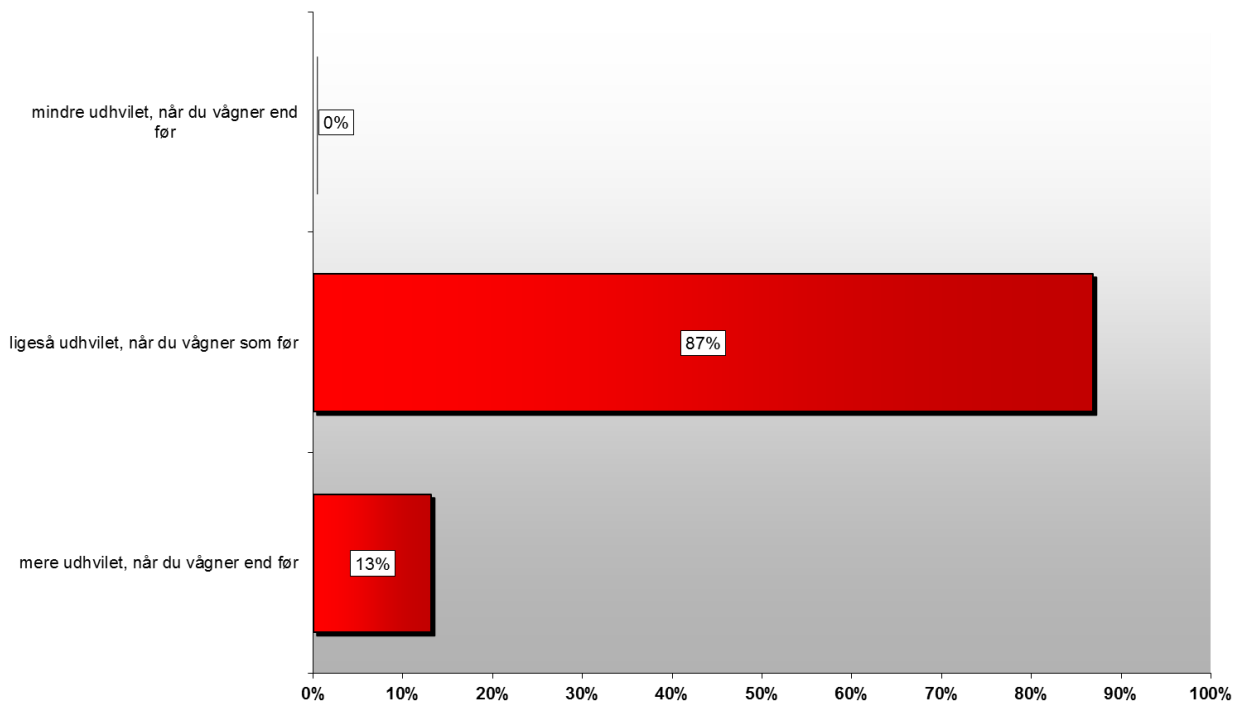
SPSK-Figur 29

12. Hvor mange timer sover du om natten?



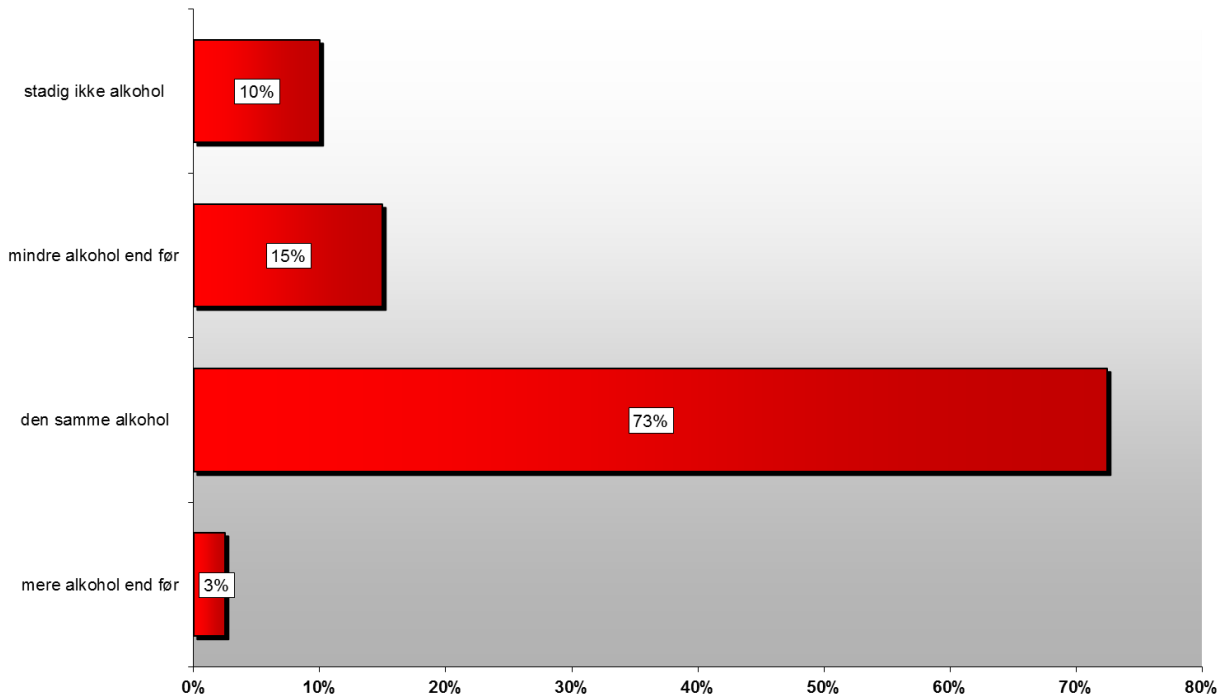
SPSK-Figur 30

Som følge af MMIM, er du



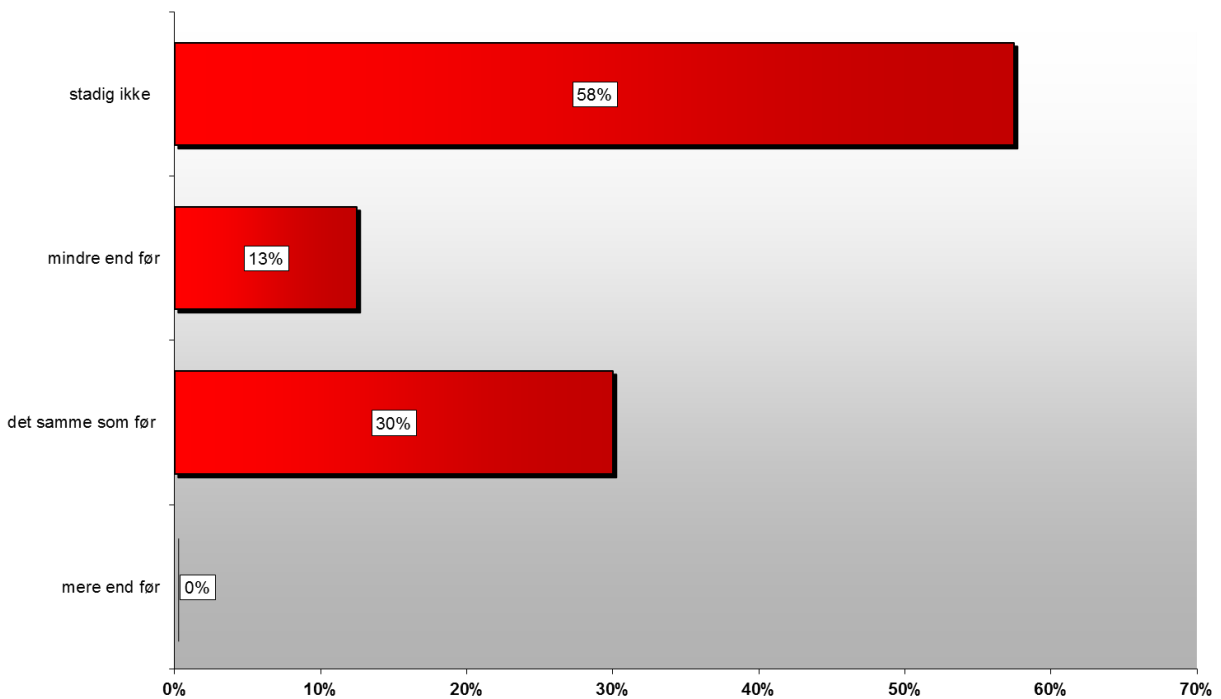
SPSK-Figur 31

Som følge af MMIM drikker jeg



SPSK-Figur 32

Som følge af MMIM ryger jeg



SPSK-Figur 33

I den nedenstående tabel er der fulgt op på de primære spørgsmål, der henvender sig imod resultatmålsætningen indenfor vaner og motivation, hvor målsætningen var:

- 30 % af deltagerne **oplever en forøget motivation for en sundere livsstil** gennem medinddragelse i projektet.

Marmormolen in Motion – Vaner og motivation Figur og spørgsmål		Positive svar
Fig.	Spm.	
SPSK-Figur 6	Har MMIM haft en betydning/virkning for dig? Ja, jeg er blevet motiveret for en sundere livsstil.	59 %
SPSK-Figur 27	Som følge af MMIM er din motivation for en sundere livsstil større end før	46 %
SPSK-Figur 29	Som følge af MMIM er sund og varieret kost mere vigtig end før	28 %
SPSK-Figur 31	Som følge af MMIM er mere udhvilet, når du vågner end før.	13 %
SPSK-Figur 32	Som følge af MMIM drikker jeg mindre alkohol end før.	15 %
SPSK-Figur 33	Som følge af MMIM ryger jeg mindre end før	13 %

Tabel 8: MMIM - primære spørgsmål om forøget motivation for en sundere livsstil med angivelse af positive svar.

Strengt taget er det kun motivationen resultatmålet spørger til. Derfor er spørgsmålene ”*Har MMIM haft en betydning/virkning for dig – og din motivation for en sundere livsstil?*” og ”*er din motivation for en sundere livsstil større end før?*” reelt de eneste, der måler på resultatmålet. Det er dybest set det samme spørgsmål og de forskellige svarresultater hhv. 59 % og 46 %, som afslører, at pålideligheden ved målingerne er begrænsede. Med henblik på det begrænsede antal besvarelser og den begrænsede pålidelighed der må tillægges disse, kan datamaterialet ikke bære mere, end at konklusionen er, at **46-59 % har ifølge spørgeskemabesvarelsen forøget motivationen for en sundere livsstil som følge af MMIM.**

Det er heller ikke uvæsentligt, at spørgeskemaet afslører – trods usikkerhederne – at 13 % (5 personer) føler sig mere udhvilede, 15 % (6 personer) drikker mindre alkohol og 13 % (5 personer) ryger mindre end før – som følge af MMIM. Det er umiddelbart et begrænset antal personer, men set i forhold til den begrænsede antal respondenter i det hele taget har MMIM i hvert fald haft en konkret betydning for nogle.

En række af *spørgsmålene fra de fysiske tests* retter sig konkret mod vaner og motivation, i form af en personlig handleplan for hhv. stress, motionsvaner, kostvaner, rygevaner, alkoholvaner og søvnvaner. Fx svarer 52 %, at de ønsker at ændre motionsvaner. Deltagerne ved de fysiske test har ikke haft frit valg i forhold til at vælge ønsker til ændrede vaner – fx motion, kost, stress, søvn, rygning og alkohol – men har kun kunne vælge to emner i deres personlige handlingsplan. Man kan dog pege på, at da hver enkelt på baggrund af sine personlige fysiske data bliver bedt om at udpege nogle emner i deres personlige handleplan, må man forvente at langt de fleste udpeger mindst ét mål, og derfor vil inddragelse af disse data påvirke en samlet vurdering uforholdsmæssigt i den positive retning, hvorfor data fra fysiske tests udelades af de samlede konklusioner.

De fysiske tests fremhæver samtidig, at der er en stor gruppe rygere, hvor der fortsat er et potentiale i at sætte ind med hjælp til at stoppe. Endnu mere markant er det, at 33 % gennemsnitligt drikker over Sundhedsstyrelsens anbefalede mængde alkohol ugentligt. Samtidig er der er meget lille ønske om at ændre alkoholvaner (3 %), så dette er også et relevant muligt fremtidigt indsatsområde.

12 BILAG F: Data fra fysiske tests fra Alectia

Data fra fysiske tests er baseret på Alectia rapport fra MMIM, der er præsenteret ubehandlet i dette bilag, for at sikre at evalueringen samlet præsenterer så meget relevant data som muligt. En overordnet analyse af Alectias materiale – specifikt fokuseret på ovennævnte resultatmål er placeret i ”BILAG E: Spørgeskemaundersøgelse 3; Analyse” (side 71) og hoveddokumentet.

ALECTIA

Marmormolen

20. december

2012

Sundhedstjek

Deltagere

Kvinder: 2

Mænd: 66

I alt: 68

FORORD

På Marmormolen har i alt 68 medarbejdere fået foretaget sundhedstjek mindst en gang. Ud af disse 68 har 17 medarbejdere deltaget ved mindst to sundhedstjek. Eventuelle forbedringer på fysiske målinger blandt disse 17 medarbejdere fremgår også af denne rapport.

MOTION OG KONDITAL

Viden om

Motion og bevægelse er godt for både kroppen og humøret. Det øger dit fysiske og psykiske velvære, giver bedre appetitregulering og større overskud i hverdagen (Ernæringsrådet og Danmarks Fødevareforskning 2005).

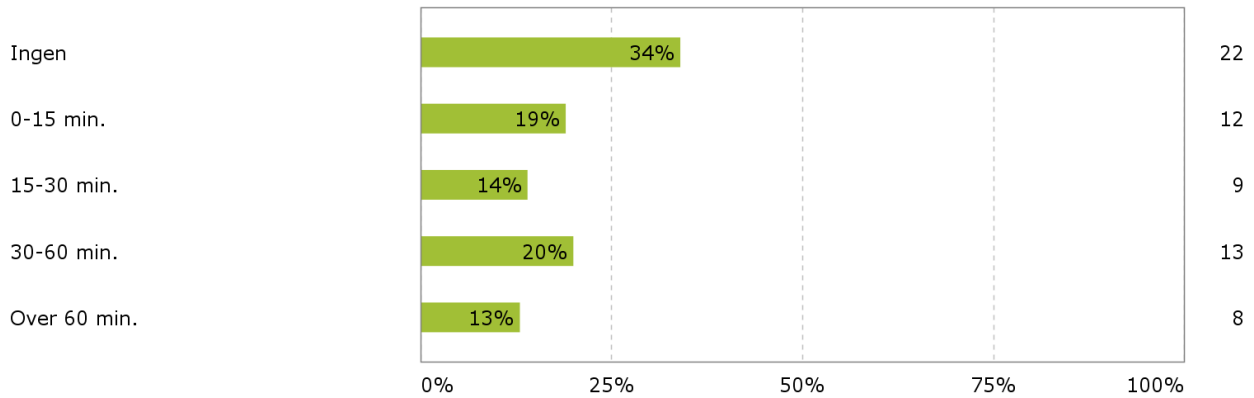
Hjerte, lunger, muskler og knogler bliver stærkere af at blive brugt, og regelmæssig motion forebygger type 2 diabetes, hjerte-kar-sygdomme, forhøjet blodtryk, knogleskørhed og overvægt. Forebyggelseskommissionen (2009) anslår, at fysisk inaktive personer har 5-6 års kortere levetid end fysisk aktive.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne er fysisk aktive mindst 30 min. om dagen med moderat til høj intensitet, og at der mindst to gange ugentligt indgår mindst 20 min. aktivitet med høj intensitet. Moderat intensitet betyder, at pulsen kommer op, men du kan tale imens - aktiviteter kan fx være cykling, rask gang, havearbejde og motionsidræt. Høj intensitet betyder, at du bliver så forpustet, at det er svært at føre en samtale - aktiviteter kan fx være løb, spinning, styrketræning og boldspil.

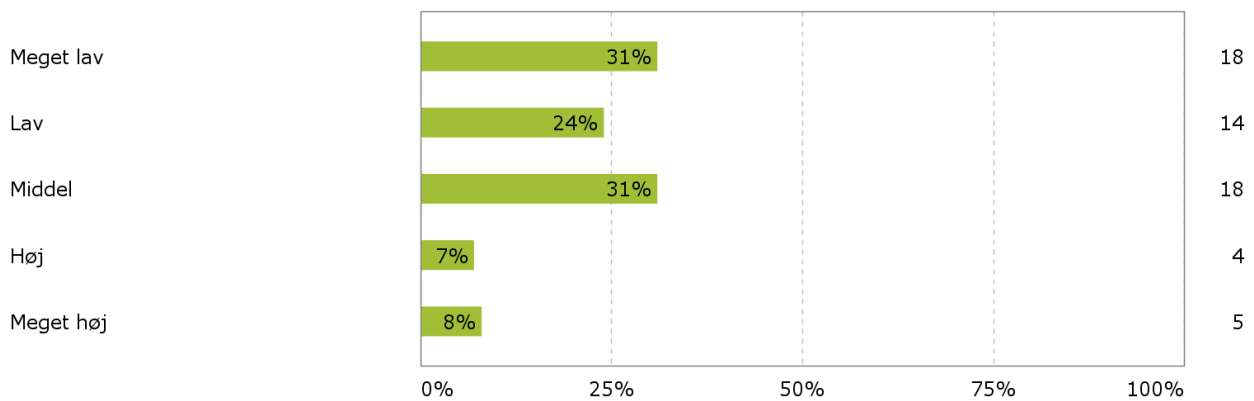
Konditallet er et udtryk for, hvor god kondition du er i. Tallet er et mål for kroppens evne til at optage og transportere ilt. Konditesten i sundhedstjekket estimerer konditallet på baggrund af alder, køn, vægt, belastning og puls. Kvinder har generelt lavere kondital end mænd, og ældre har generelt lavere kondital end yngre, men alle aldersgrupper kan øge deres kondital ved at være mere fysisk aktive. Ca. hver anden voksen i Danmark har lavt kondital (Statens Institut for Folkesundhed 2009).

Jeres virksomhed:

Hvor meget motion får du i gennemsnit pr. dag?

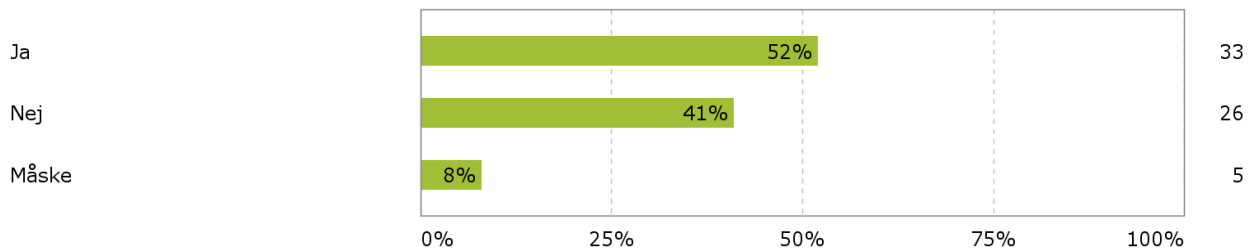


Kondital



13 ud af 17 medarbejdere har forbedret deres kondital fra første til seneste sundhedstjek!

Ønsker at ændre motionsvaner



KOST

Viden om

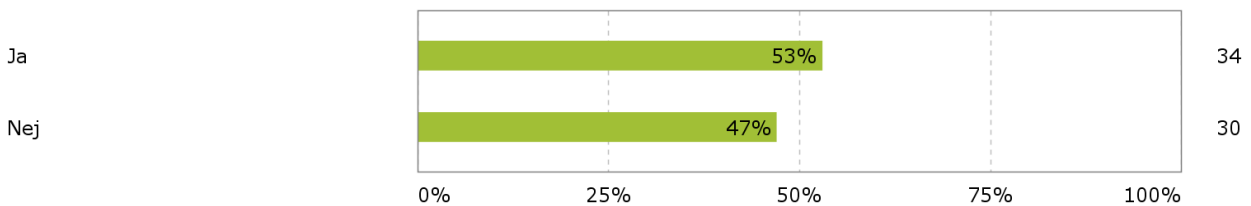
En sund og varieret kost sikrer, at du får dækket dit behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer. Du mindsker risikoen for en række sygdomme så som hjerte-kar-sygdomme, type 2 diabetes og visse kræftformer, og samtidig forebygger du overvægt (Fødevarestyrelsen, www.altomkost.dk 2012).

Fødevarestyrelsens kostråd anbefaler at du;

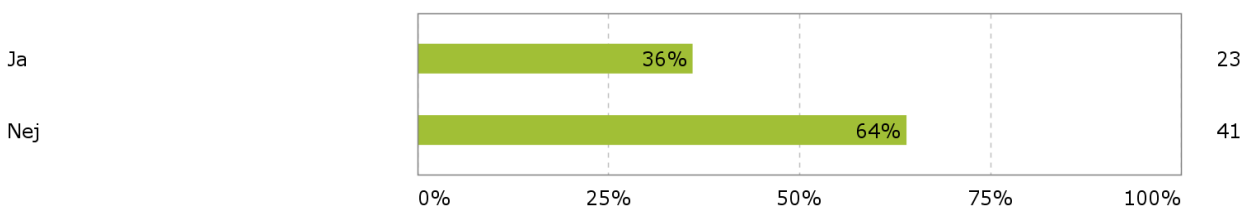
- spiser mindst 600 gram frugt og grønt om dagen
- spiser 200-300 gram fisk og fiskepålæg om ugen
- sparer på sukkeret især fra sukkerholdige drikkevarer, slik, is samt kager
- begrænser indtaget af fedt især fra mejeriprodukter og kød
- vælger fuldkornsprodukter
- spiser varieret og bevarer normalvægten
- slukker tørsten i vand (drik 1-1½ liter væske om dagen - mere når du er fysisk aktiv)

Jeres virksomhed

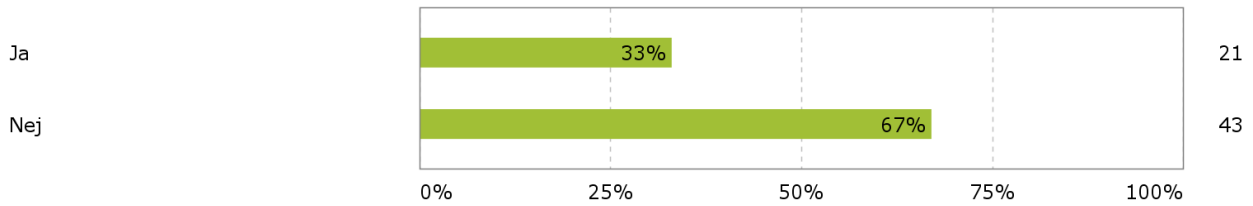
Tænker du over kostens fedtindhold?



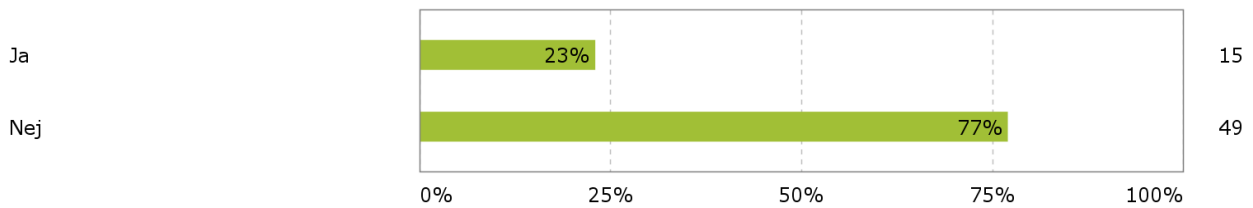
Skelner du mellem animalsk og vegetabilsk fedt?



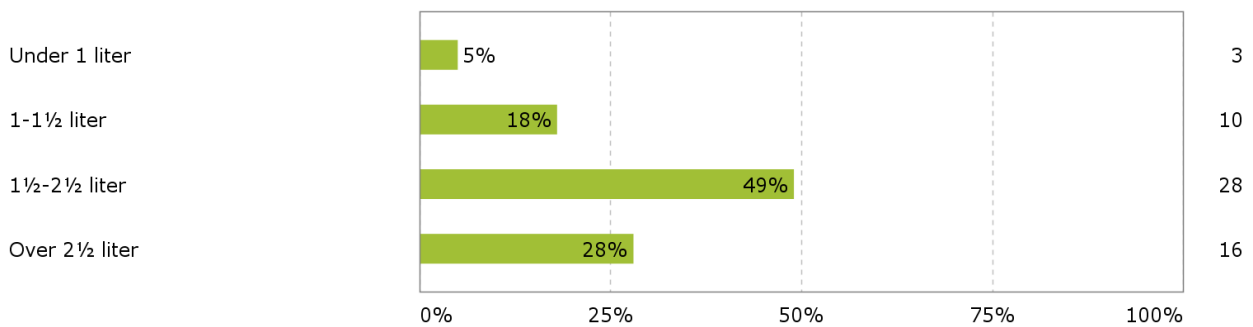
Spiser du 600 g frugt og grønt om dagen?



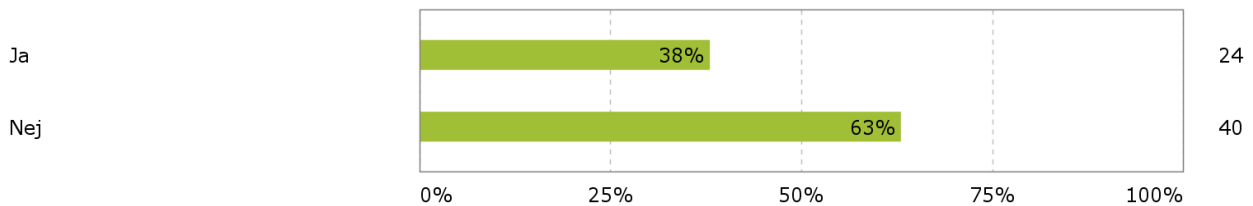
Får du slik, is, kage, sodavand eller saftvand hver dag?



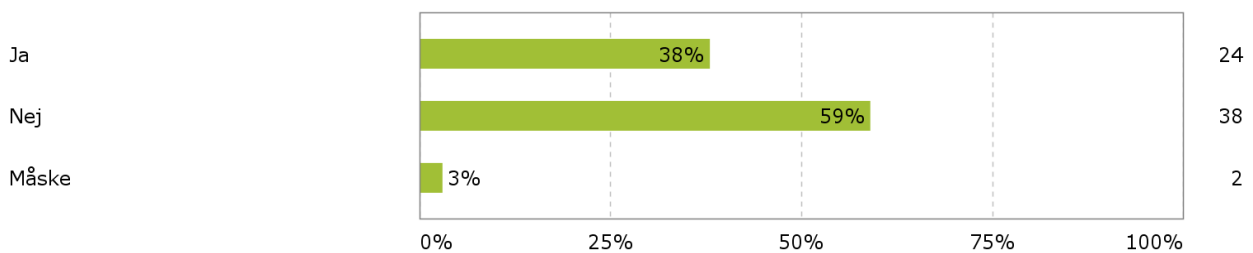
Hvor meget væske indtager du dagligt?



Er dit væskeindtag overvejende koffeinholdige drikke?



Ønsker at ændre kostvaner



KROPSSAMMENSÆTNING

Viden om

En normal vægt og kropssammensætning er forbundet med lavere sygdomsrisiko og bedre fysisk velvære. Overvægt og fedme øger risikoen for bl.a. type 2 diabetes, hjerte-kar-sygdomme og visse kræftformer, og de ekstra kilo belaster kroppen, hvilket giver større risiko for smerter (Ernæringsrådet og Danmarks Fødevarerforskningscenter 2005). Statens Institut for Folkesundhed skønner, at overvægt er årsag til 1.8 millioner ekstra sygedage årligt på landsplan. Også undervægt kan have negative konsekvenser for helbredet (Fødevarerstyrelsen, www.altomkost.dk 2010).

I sundhedstjekket indgår tre tests, som tilsammen giver et godt billede af kropssammensætningen:

BMI er et udtryk for forholdet mellem højde og vægt. Det fortæller ikke noget om fordelingen af fedt, muskler og knogler. Er du en muskuløs person, kan dit BMI være højt, uden at du er overvægtig.

Fedtprocenten er vigtig for sundheden. Der er dog usikkerheder ved målingen, og væske-, salt- og alkoholindtag kan påvirke resultatet.

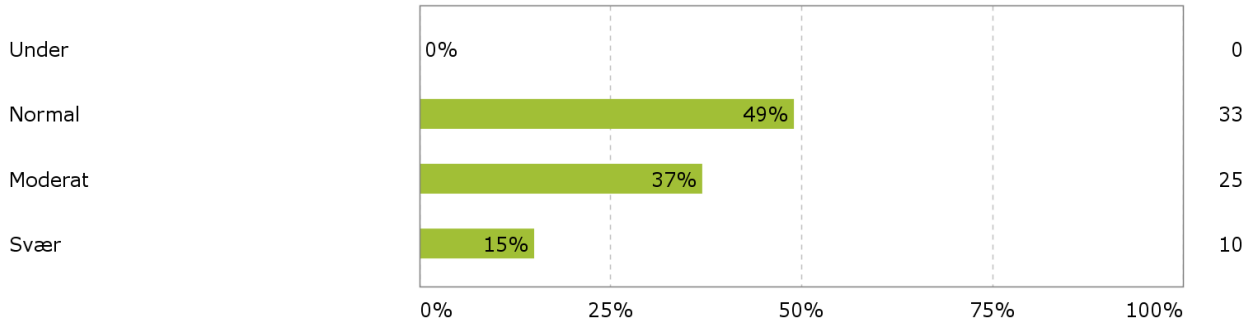
Talje-hofte ratioen er et udtryk for, hvor på kroppen fedtet er placeret. Ved høj talje-hofte ratio er fedtet placeret omkring maven og de indre organer (æbleform), hvilket er mere sundhedsskadeligt end fedt på lår og hofter (pæreform).

Region	Moderat overvægt ($25 \leq \text{BMI} < 30$) i %	Svær overvægt ($\text{BMI} \geq 30$) i %
Hovedstaden	30,2	11,1
Sjælland	35,5	15,6
Syddanmark	35,3	14
Midtjylland	33,4	13,5
Nordjylland	35,6	15,3

Tabel 1: Forekomst af overvægt ($\text{BMI} \geq 25$) i regionerne (Sundhedsprofil2010.dk)

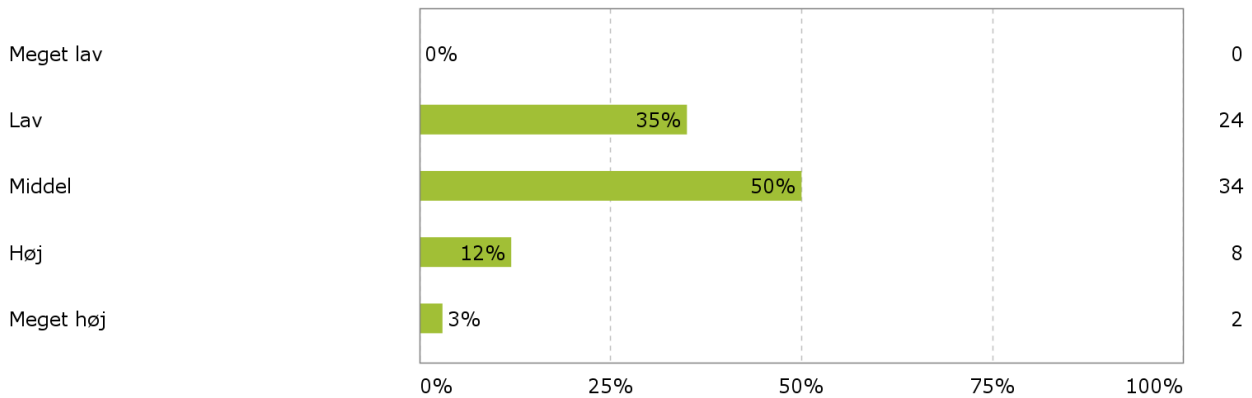
Jeres virksomhed

Body Mass Index (BMI)



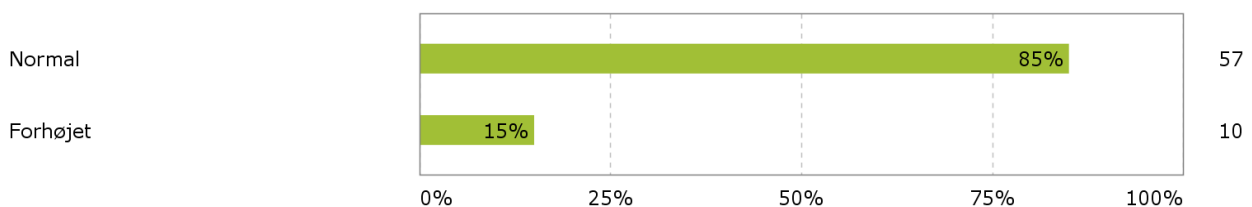
8 ud af 17 medarbejdere har forbedret deres BMI mellem første og seneste sundhedstjek!

Fedtprocent



6 ud af 17 medarbejdere har opnået en lavere fedtprocent mellem første og seneste sundhedstjek!

Talje-hofte ratio



12 ud af 17 medarbejdere har nu en lavere talje-hofte ratio end ved første måling!

BLODTRYK

Viden om

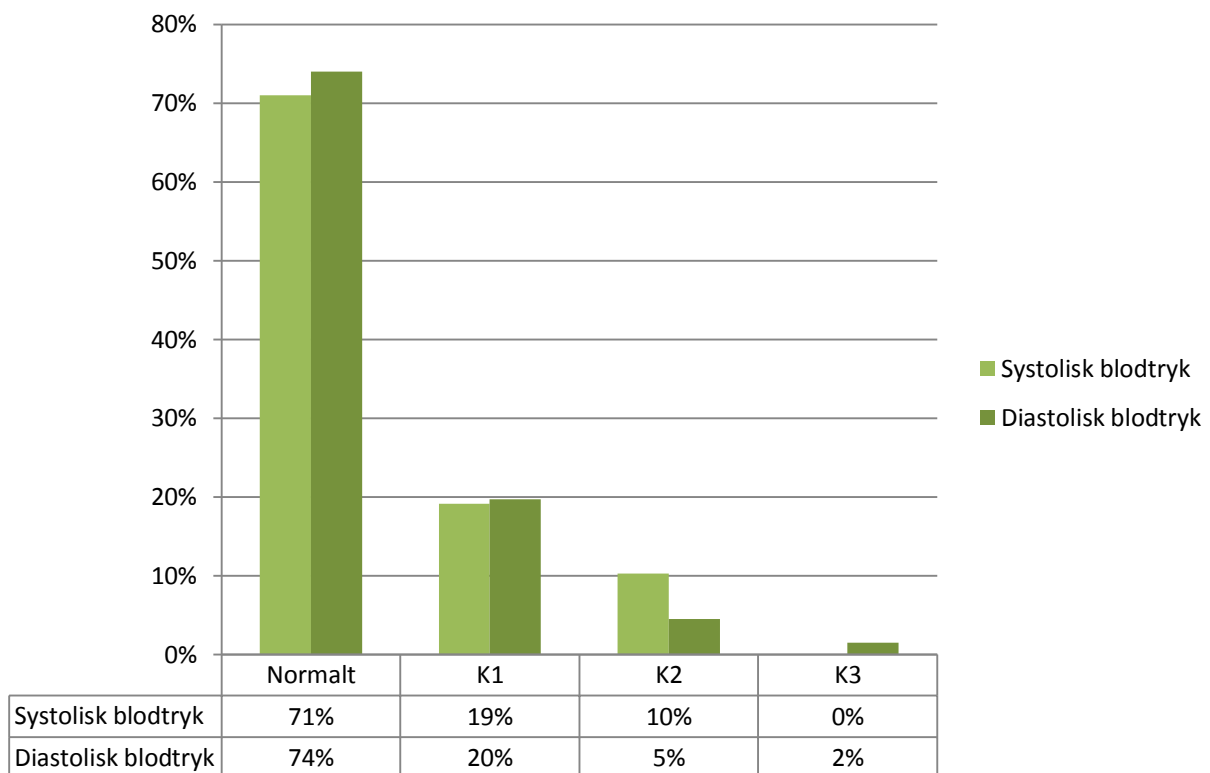
Blodtrykket er trykket i kroppens pulsårer. Det systoliske blodtryk er det tryk der måles, når hjertet trækker sig sammen, og det diastoliske blodtryk er trykket mellem hjerteslagene.

Forhøjet blodtryk er ikke en sygdom i sig selv, men er belastende for hjertet og øger risikoen for hjerte-kar-sygdomme. Risikoen forøges, hvis du samtidig ryger, indtager for meget alkohol eller er overvægtig, fysisk inaktiv eller stresset. Ca. 18 % af den danske befolkning har forhøjet blodtryk - hyppigheden stiger med alderen (Sundhedsstyrelsen 2011).

På figuren neden for står K1, K2 og K3 for henholdsvis let, moderat og svært forhøjet blodtryk.

Jeres virksomhed

Blodtryk



2 ud af 17 medarbejdere har sænket deres systoliske og diastoliske blodtryk fra let forhøjet (K1) til normalt mellem første og seneste sundhedstjek!

KOLESTEROL

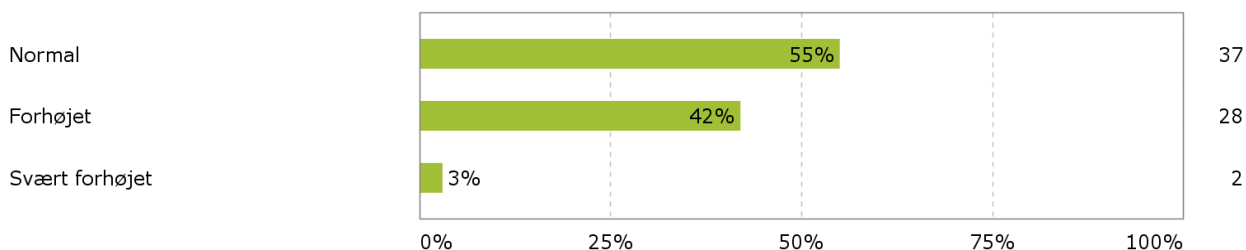
Viden om

Kolesterol er et fedtstof, som bl.a. bruges til opbygning af kroppens celler. Et forhøjet kolesterolindhold i blodet er ikke i sig selv en sygdom, men kan være en medvirkende årsag til udviklingen af åreforkalkning. Kolesterol kan måles som totalcholesterol og opdeles i LDL- og HDL-cholesterol. LDL-cholesterol er det *skadelige* kolesterol, som medvirker til dannelsen af åreforkalkning, mens det *gavnligt* HDL-cholesterol har en beskyttende virkning.

Triglycerider er en anden type af fedtstoffer, som bl.a. fungerer som energikilde. Målingen er mere påvirkelig end kolesterolmålingerne, da niveauet bl.a. afhænger af det seneste måltid. Forhøjet triglycerid optræder især hos personer med diabetes, fedme eller nyresygdomme. Disse personer har øget risiko for åreforkalkning (Patienthåndbogen, sundhed.dk 2012).

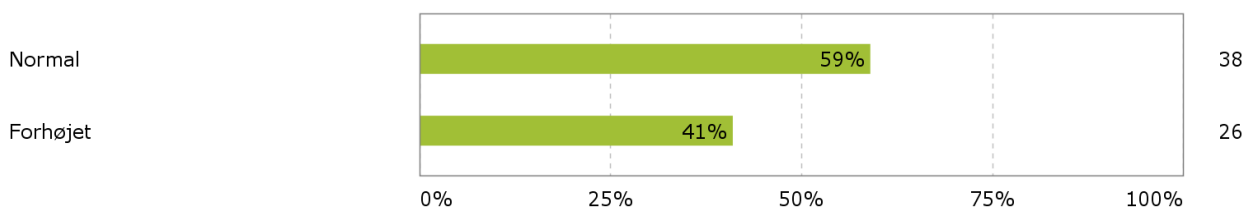
Jeres virksomhed

Totalcholesterol



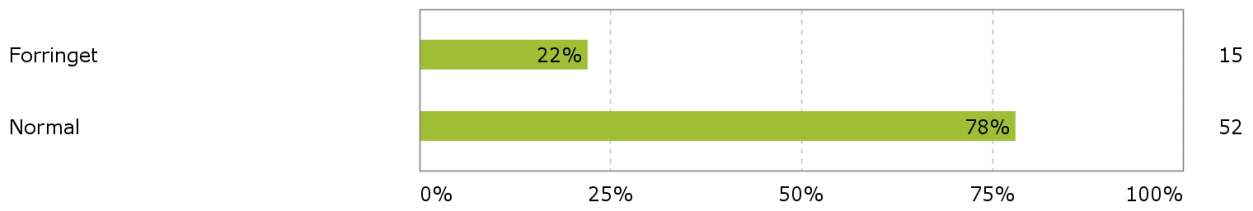
6 ud af 17 medarbejdere har forbedret deres totalcholesterol mellem første og seneste sundhedstjek!

LDL



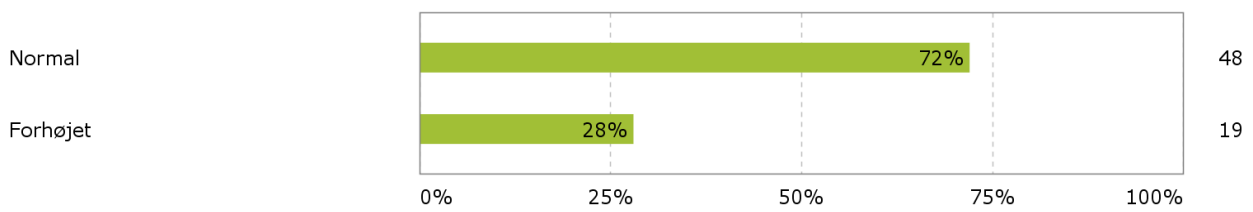
8 ud af 17 medarbejdere har forbedret deres LDL mellem første og seneste sundhedstjek!

HDL



6 ud af 17 medarbejdere har forbedret deres HDL mellem første og seneste sundhedstjek!

Triglycerider



BLODSUKKER

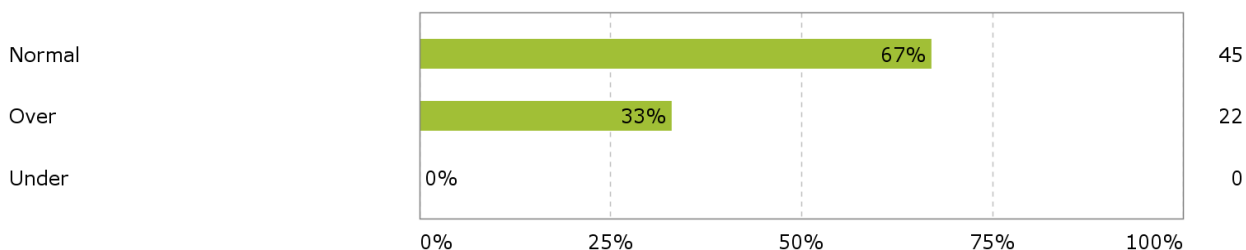
Viden om

Blodsukkerniveauet er udtryk for mængden af sukker (glukose) i blodet. Efter et måltid stiger blodsukkeret, hvorefter det falder igen i takt med at sukkeret optages i cellerne blandt andet ved hjælp af insulin (Raben og Astrup 2005). Et forhøjet fastebloodsukker kan være tegn på type 2 diabetes, som skyldes nedsat insulinfølsomhed. Diabetes fører ofte andre sygdomme med sig, bl.a. hjerte-kar-sygdomme og komplikationer i nervesystemet, nyrer og øjne (Sundhedsstyrelsen, www.sst.dk 2012).

Ifølge Statens Serum Institut var knap 290.000 danskere diagnosticeret med diabetes i 2010, hvilket svarer til ca. 5 procent af befolkningen. Derudover skønner Diabetesforeningen, at 245.000 danskere endnu ikke ved, at de har type 2 diabetes. Hvis du er overvægtig og ikke dyrker motion, har du større risiko for at udvikle type 2 diabetes.

Jeres virksomhed

Blodsukker



7 ud af 17 medarbejdere har sænket deres blodsukker mellem første og seneste sundhedstjek!

SØVN

Viden om

Søvn er afgørende for både helbredet, humøret og koncentrationsevnen. For de fleste voksne er 7-8 timers sammenhængende søvn pr. døgn biologisk set det bedste (Arbejds miljøinstituttet 2005).

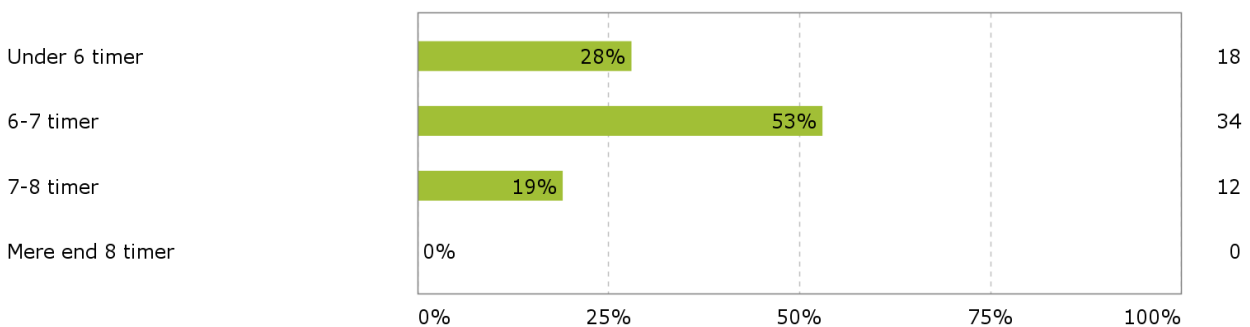
Søvn har stor betydning for kroppens genopbygning og for immunforsvaret. Undersøgelser tyder desuden på, at der er sammenhæng mellem for lidt søvn og risikoen for overvægt, type-2 diabetes og forhøjet blodtryk (Knutson and Van Cauter 2008, Nagai and Kario 2012).

Søvn er også væsentlig for hukommelsen, for evnen til at lære nyt og for reaktionsevnen. Populært sagt kan tilstrækkelig kvalitetssøvn gøre dig mere mentalt skarp, så risikoen for fejl og ulykker mindskes. Samtidig kan god søvn gøre dig gladere og mindre nærtagende (Videnskab.dk 2009, Arbejds miljøinstituttet 2005).

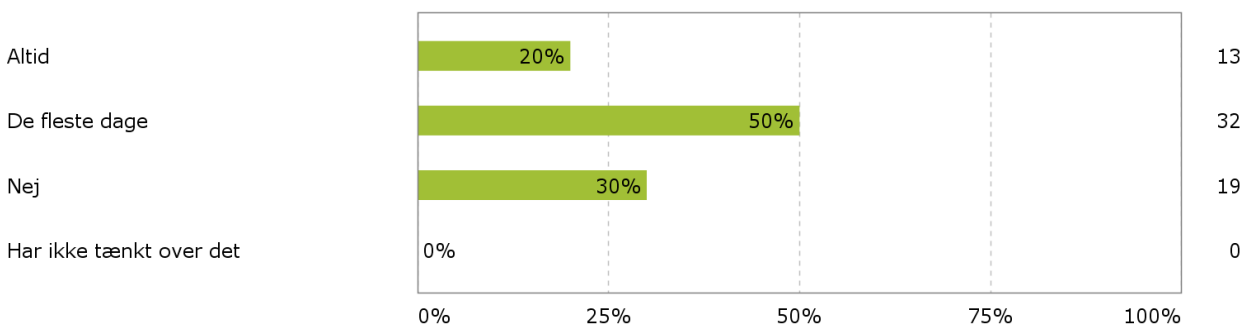
Hvis du får for lidt god søvn, nedsætter det din reaktions- og koncentrationsevne. Derfor kan risikoen for fejl og ulykker stige (Arbejds miljøinstituttet 2005).

Jeres virksomhed

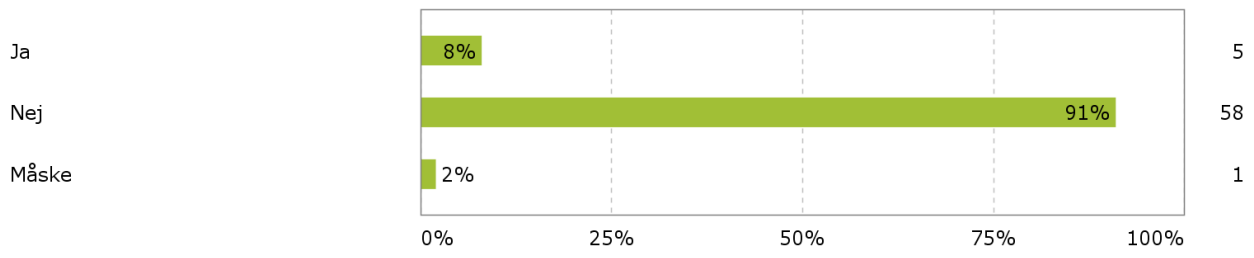
Hvor mange timers søvn får du i gennemsnit om natten?



Føler du, at timerne du sover dækker dit søvnbehov?



Ønsker at ændre søvnvaner



STRESS

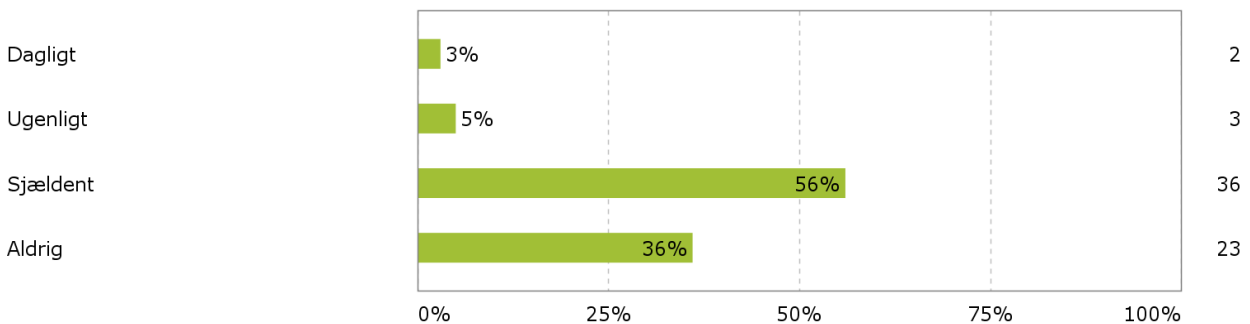
Viden om

Det er vigtigt at skelne mellem kortvarig stress og langvarig stress. Kortvarig stress kan være hensigtsmæssig, når der skal ydes ekstra og er desuden helt normalt, mens langvarig stress er skadeligt for helbredet. Langvarig stress opstår, når de situationer, der stresser os, ikke forsvinder, men fortsætter med at gøre livet svært og forhindrer kroppen i at slappe af. Det er skadeligt, da vores krop ikke er skabt til at være i konstant beredskab, hvilket påvirker hormonbalancen negativt (Videncenter for Arbejdsmiljø, Arbejdsmiljøviden.dk 2012).

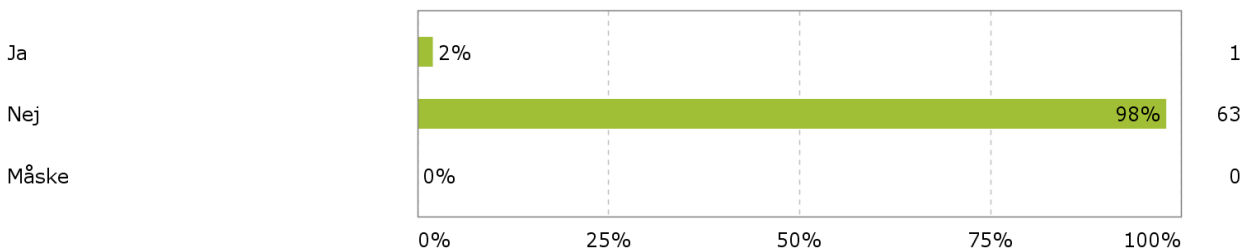
Stress er ikke i sig selv en sygdom, men kan føre til en række lidelser som hjerte-kar-sygdomme og depression. Derfor skal stress tages meget alvorligt. Stress kan have mange forskellige symptomer, bl.a. hjertebanken, søvnproblemer, hyppige infektioner, indre uro og koncentrationsbesvær. I alt 12-13 % af den voksne danske befolkning angiver, at de meget ofte eller ofte føler sig nervøse eller stressede (Statens Institut for Folkesundhed 2012).

Jeres virksomhed

Føler du dig stresset i din dagligdag?



Ønsker at ændre stressvaner



RYGNING

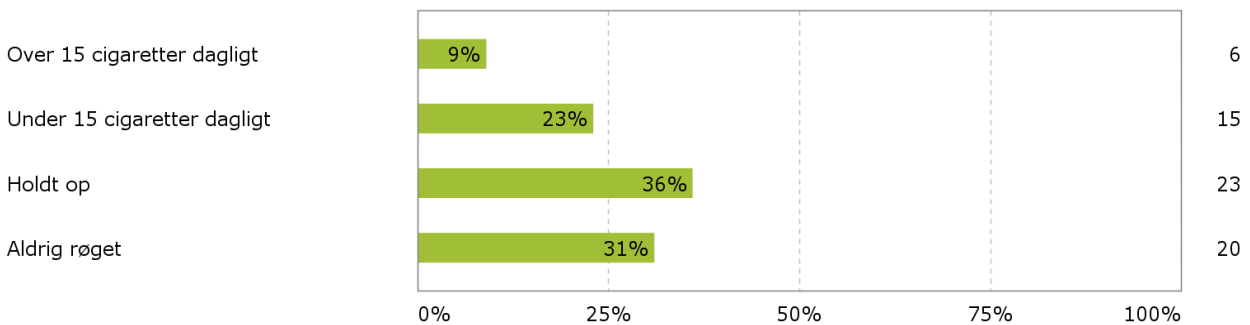
Viden om

Rygning øger risikoen for en række alvorlige sygdomme, særligt lungekræft, hjerte-kar-sygdomme og KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom). Risikoen for sygdom øges, jo mere du ryger, og jo flere år du har røget. Storrygere dør i gennemsnit ca. 8-10 år for tidligt sammenlignet med aldrig-rygere, og smårygere dør i gennemsnit ca. 5 år for tidligt (Statens Institut for Folkesundhed, 2012). I Danmark var der i 2010 ca. 21 % dagligrygere blandt voksne, og rygning er den risikofaktor, som har størst negativ betydning for helbredet.

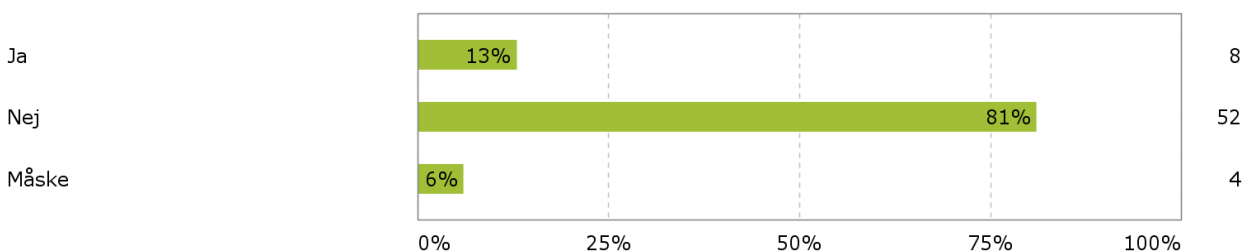
Der er store helbredsgevinster ved at holde op med at ryge - uanset din alder. Allerede kort tid efter et rygestop mindskes risikoen for blodpropper, og lungerne bliver bedre til at bekæmpe infektioner, men først efter 10-15 år er sygdomsrisikoen næsten den samme som hos en aldrig-ryger (Sundhedsstyrelsen, www.sst.dk 2012).

Jeres virksomhed

Ryger du?



Ønsker at ændre rygevaner



ALKOHOL

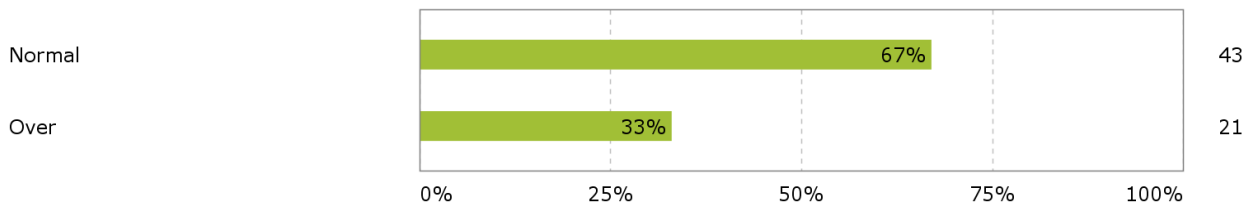
Viden om

Alkohol kan forårsage både fysiske, psykiske og sociale skader. Et stort alkoholforbrug øger risikoen for en række sygdomme, herunder sindslidelser, mave-tarm-sygdomme, kræft og hjerte-kar-sygdomme samt skader forplantningsevnen - jo større alkoholforbrug, jo større risiko. Ca. 5 % af alle dødsfald i Danmark skyldes alkohol eller har alkohol som medvirkende årsag (Statens Institut for Folkesundhed 2012).

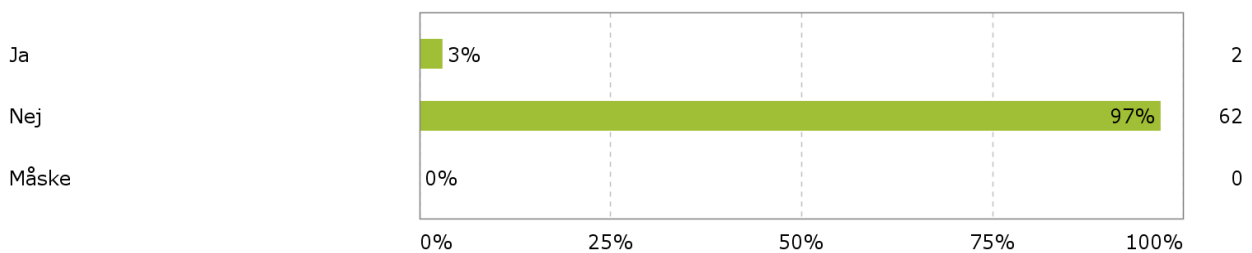
Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinder ikke drikker mere end 7 genstande om ugen, og at mænd ikke drikker mere end 14 genstande om ugen. Desuden anbefales det, at der maksimalt drikkes 5 genstande ved samme lejlighed. På landsplan drikker ca. 24 % mere end det anbefalede antal genstande pr. uge (Sundhedsprofil 2010.dk).

Jeres virksomhed

Hvor mange genstande drikker du gennemsnitligt om ugen?

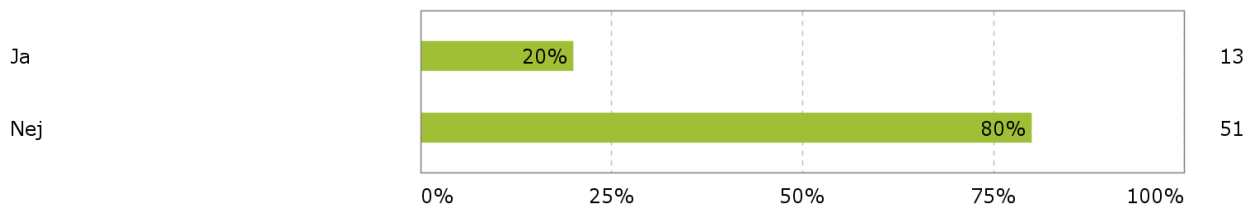


Ønsker at ændre alkoholvaner



HENVIST TIL LÆGE

Videresendt til læge:



13 BILAG G: Aktiviteter i MMIM

På den følgende side ses en oversigt over aktiviteter i MMIM. Oversigten er udarbejdet af Liselotte Rasmussen, Teknologisk Institut.

Aktiviteter i MMIM

Sundhedstjek

- Opstartssundhedstjek
- Midtvejsundhedstjek
- I november måned vil der blive udført afslutningsundhedstjek

Teorioplæg - mandagsmøder. Varighed 1 time.

- Manderoller - Hvordan agere mænd i sundhedsvæsenet og ved sygdom?
- Kost
- Motion - giver energi til livet
- Ergonomi
- Hud-testikel-prostatacancer
- Søvn og restitution
- Sex og sundhed
- Alkohol og euforiserende stoffer
- Akutte ulykker - hvad så?
- Førstehjælp
- Opsamling på sundhedstjek
- Tobak
- Arbejds miljøets og sundhedsbegrebets historiske udvikling
- Hjerter og kredsløbssygdomme

Motion

- Coretræning
- Spinning
- Løbehold
- Gåhold
- Crossfit
- Machenzieøvelser
- Selvtræning i motionscenter

Massage

- Massage/vejledning

Kost

- Mellemmåltider. Uddeling af sunde mellemmåltider på plads: " Alt godt fra netto"
- Fælles frokost på pladsen. Delt op i temaer som madpakken, sunde fryseretter mm.
- Vejning/mål/kostvejledning
- Indretning af Kantine



Sociale aktiviteter

- Mountainbiketour
- Paintball
- Sportsdag

Introduktion til selvtræning

- Gennemgang og instruktion i brug af maskiner i motionsrum

Rygestop kurser

Ergonomi

- Ergonomisk vejledning om indretning af førerhuse

Handlekompetence - Hvordan ændrer man sine vaner, mental vejledning

- 5 oplæg på mandagsmøderne
- 1 halvdagskursus

Prøvetime i CrossFit Copenhagen

Særlige tiltag for beboere på Ugandavej (tiltag som alle dog kunne deltage i)

- Cykelture
- Lær at lave mad i mikroovn
- Madaftener
- Udarbejdelse af opskriftbøger med fokus på madlavning i campingvogne
- Cykelture

Kick-off den 26. marts 2012

Møder med udvalgte grupper af timelønnede

Introduktionsmøde for de timelønnede inden for beton

Introduktionsmøde for tyrkisk talende timelønnede (med tolk)

Interview af udvalgte timelønnede

Interview af 10 beboere fra Ugandavej

Interview af 8 timelønnede (ikke fra Ugandavej)

Liselotte Rasmussen/Teknologisk Institut



14 BILAG H: Oplægsholdere på mandagsmøder

På den følgende side ses en oversigt over oplægsholdere på MMIM. Oversigten er udarbejdet af Liselotte Rasmussen, Teknologisk Institut.

Oplægsholdere på mandagsmøder MMIM

Sex og sundhed: Sexolog og parterapeut Line Bassøe

Manderoller: Svend Aage Madsen, chefspsykolog, Rigshospitalet

Handlekompetence: Frank Dalsgaard, Co-founder and Business Therapist hos Core Motion

Prostata-, testikel- og hudcancer: Mikkel Bandak, afdelingslæge, læge på Kræftafdelingen på Rigshospitalet

Kost: Hjerteforeningen, Julie Wedell-Wedellsborg, Rikke Storm Alectia

Søvn: Stine Moesmand, Alectia

Alkohol og euforiserende stoffer: Henrik Glyngbo, Marjorgården

Ergonomi: Cecilie Huth, Alectia

Ergonomi: Liselotte Rasmussen, Teknologisk Institut

Motion giver energi til livet: Nille Moesmand, Alectia

Første Hjælp/Akut hjælp: Ole Cosmos, Førstehjælp Danmark

Tobak: Cecilie Høgsbro, Alectia

Liselotte Rasmussen/Teknologisk Institut



15 Referencer

- Agervold, M., 1998. *Spørgeskema til psykosocialt arbejdsmiljø - kortlægning og ændring*. København: Arbejdsmiljøfondet.
- Arbejdstilsynet, 2004. *Håndbog for psykisk arbejdsmiljø - kortlægning og ændring*. København: Arbejdstilsynet.
- Fontaine, K.R. et al., 1999. Impact of Weight loss Health-Related Quality of Life. *Quality of Life Research*, 275-77.
- Frankfort-Nachmias, C. & Nachmias, D., 2008. *Research methods in the social sciences*. 7th ed. New York: Worth Publishers.
- Fødevarerstyrelsen, 2011. *Alt om Kost*. [Online] Available at: <http://www.altomkost.dk/> [Accessed Juli 2011].
- Graversgård, J., 1995. *Psykisk arbejdsmiljø - en brugervejledning*. 3rd ed. Randers: Frydenlund Grafisk.
- Hansen, N.-H.M., Marckmann, B. & Nørregård-Nielsen, E., 2008. *Sprøgeskemaer i virkeligheden - målgrupper, design og svarkategorier*. 1st ed. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Jørgensen, C., 2011. *surveyXact*. [Online] Available at: <http://www.surveyxact.dk/files/metode1.pdf> [Accessed 12. Juni 2011].
- Kolotkin, R. & Crosby, R.D., 2002. Psychometric evaluation of the impact of weight on quality of life-lite questionnaire (IWQOL-Lite) in community sample. *Quality of Life Research*, 157-71.
- Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen (NCSA), 2006. *Definitioner*. [Online] Available at: <http://www.ncsa.dk/index.php?id=129> [Accessed 7. juli 2011].
- Pedersen, U., 2007. Styrk individets handlekraft. *Ergoterapeuten*, April. 24-27.
- Rieper, O., 2004. *Håndbog i evaluering*. København: AKF Forlaget.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thorhill, A., 2009. *Research methods for business students*. 5th ed. Harlow: Pearson Professional Limited.
- Taylor, S.E. & Brown, J.D., 1988. Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health. *Psychological Bulletin*, 193-210.
- Vasiljevic, N., Ralevic, S., Kolotkin, R., Marinkovic, J. & Jorga, J., 2011. The Relationship Between Weight Loss and Health-related Quality. *European Eating Disorder Review*, 1. juli.

World Health Organisation (WHO), 1986. *Sundhed for alle*. København: Dansk Sygeplejeråd.

Aarsleff, Tscherning og Teknologisk Institut, 2013. *Sundhedsfremme – hvordan kan det gøres?*
En aktivitetssamling fra bygge anlæg. – skrevet i forbindelse med projekt MMIM. Til uddeling.
Aarsleff, Tscherning og Teknologisk Institut.

Denne rapport er udarbejdet for Teknologisk Institut og udgør proces- og resultatevaluering for sundhedsfremmeprojektet Marmormolen in Motion, der er gennemført med støtte fra Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse. Marmormolen in Motion er udført blandt timelønnede i anlægs- og nedrivningsbranchen med Per Aarsleff A/S som projekter i samarbejde med G. Tscherning A/S og med Teknologisk Institut som projektleder. Danmarks Tekniske Universitet varetager evalueringen.

Marmormolen in Motion henvender sig mod sundhedsfremme på skiftende arbejdspladser - her specifikt på en byggeplads med skiftende bemanning. Formålet er at forbedre sundheden hos deltagerne samt at udvikle en metode til implementering af sundhedsfremme på byggepladser, således at antallet af livsstilssygdomme og tidlige tilbagetrækninger fra arbejdsmarkedet reduceres.

ISBN 978-87-92706-94-2

DTU Management Engineering
Institut for Systemer, Produktion og Ledelse
Danmarks Tekniske Universitet

Produktionstorvet
Bygning 424
2800 Kongens Lyngby
Danmark
Tel. +45 45 25 48 00
Fax +45 45 93 34 35

www.man.dtu.dk